

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Manual und Interviewleitfaden

zur

**Psychoonkologischen
Basisdokumentation**

Kurzform (PO-Bado-KF)

Arbeitsgruppe PO-Bado München:

Peter Herschbach

Birgitt Marten-Mittag

April 2008

Vorbemerkung

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) ist eine Fremdeinschätzungsskala für das psychosoziale Befinden von Krebspatienten (aller Diagnosen und Stadien). Sie wurde von der Arbeitsgruppe PO-Bado¹ mit Unterstützung von DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie) und PSO (Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft), gefördert von der Deutschen Krebshilfe, in den Jahren 2000 bis 2006 entwickelt. Die PO-Bado kann von Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften angewandt werden, um Art und Ausmaß psychologischer Belastung von Krebspatienten einzuschätzen.

Es liegen heute neben der Standardversion der PO-Bado eine Spezialversion für Brustkrebspatientinnen vor (PO-Bado-BK) sowie eine Kurzform (PO-Bado-KF). Jede dieser Versionen besteht aus einem Antwortformular, einem Manual und einem Interviewleitfaden (Herschbach et al. 2004, Knight et al. 2008, Herschbach et al. 2008 a,b).

Das vorliegende Script bezieht sich auf die Kurzform der PO-Bado, die aus 6 Items besteht (vgl. Anhang). Patientenangaben zu Person und Erkrankung können auf einem standardisierten Zusatzformular registriert werden (vgl. Anhang).

Anleitung zur Einschätzung der einzelnen Items

Für die Anwendung der PO-Bado-KF sind zwei Merkmale von besonderer Bedeutung:

1. Das zentrale Bewertungskriterium ist das **subjektive Befinden des Patienten, nicht die Stärke eines Symptoms!** Bezogen auf das Item „Erschöpfung/Mattigkeit“ beispielsweise, soll nicht das Ausmaß der Erschöpfung beurteilt werden, sondern das Ausmaß der subjektiven Belastung, die die Erschöpfung auslöst. Also nicht: *Wie stark ist die Erschöpfung?* sondern *Wie sehr leiden Sie unter der Erschöpfung?*

¹ Peter Herschbach, München; Monika Keller, Heidelberg; Gabriele Blettner, Wiesbaden; Erhard Schneider, Wangen; Gerhard Strittmatter, Münster; Andrea Schumacher, Münster; Tobias Brandl, München; Lucie Knight, Heidelberg.

2. Zeitfenster der Beurteilung sind ausschließlich **die letzten drei Tage!** Falls das subjektive Befinden innerhalb des Zeitfensters schwankte, soll die stärkste Belastung während der letzten drei Tage erfasst werden.

Die subjektive Belastung des Patienten soll nach den folgenden **Antwortkategorien** eingeschätzt werden:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 = nicht belastend | Es gibt keine Hinweise dafür, dass der Patient unter diesem Aspekt leidet oder das Problem trifft nicht auf den Patienten zu. 0 soll auch angekreuzt werden, wenn keine Informationen vorliegen. |
| 1 = wenig belastend | Der Patient leidet in geringem Ausmaß unter diesem Aspekt, allerdings nicht so stark, dass ihn die Belastung ernsthaft einschränkt. |
| 2 = mittelmäßig belastend | Der Patient fühlt sich durch diesen Aspekt belastet und eingeschränkt. Subjektiver Leidensdruck ist in mittelmäßiger Ausprägung vorhanden. |
| 3 = ziemlich belastend | Der Patient leidet erheblich unter diesem Aspekt und beschreibt eine ziemlich starke Einschränkung durch die Belastung. |
| 4 = sehr belastend | Der Patient ist außerordentlich belastet und leidet so stark unter diesem Aspekt, dass die Belastung für ihn schwer zu ertragen ist. |

In der Skala sind die Abstände zwischen den einzelnen Werten als gleich anzusehen.

Die Einschätzung der subjektiven Belastung soll sich auf den Gesamteindruck stützen, den der Patient macht. Hier können Verhaltensbeobachtungen, Fremdschilderungen durch Angehörige und Mitpatienten, das nonverbale Verhalten, das Sozialverhalten des Patienten etc. eingehen. Wir empfehlen jedoch ein kurzes standardisiertes Interview (Interviewleitfaden s. unten).

In Einzelfällen, wenn es dem Rater unmöglich erscheint, eine Antwortkategorie auszuwählen, kann der Patient auch selbst direkt gefragt werden („*Wo würden Sie ihr Problem - auf einer Skala von 0 = keine Belastung bis 4 = sehr starke Belastung - selbst einordnen?*“).

Die einzelnen Belastungsbereiche

1. Erschöpfung / Mattigkeit: Leidet der Patient subjektiv unter eingeschränkter körperlicher Vitalität, Kraftlosigkeit, Schwäche, leichter Erschöpfbarkeit oder Müdigkeit? Eine Unterscheidung zwischen eher körperlichen oder eher psychischen Aspekten der Erschöpfung ist hier oft schwierig. Hier ist ein Phänomen angesprochen, das immer wieder auch mit dem Terminus „Fatigue“ beschrieben wird.

Beispiel: Ein Patient ermüdet bei der kleinsten Anstrengung, muss sich selbst nach einem kurzen Spaziergang längere Zeit ausruhen, um sich wieder zu erholen. (Rating: 3)

Beispiel: Eine Patientin berichtet, dass sie sich gelegentlich müde fühlt und sich mehr als früher ausruhen muss. Dies mache ihr jedoch nichts aus, da sie die Ruhezeiten auch genießen kann und sich bewusst Erholung gönnt. (Rating: 0)

2. Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit: Ist die Stimmungslage des Patienten eher konstant oder berichtet er über Stimmungsschwankungen oder Unausgeglichenheit? Wechselt die Stimmung plötzlich von Niedergeschlagenheit zu Optimismus und Euphorie? Diese emotionale Situation wird häufiger in der Frühphase der Krebserkrankung beobachtet, wenn der Patient um die Akzeptanz der Erkrankung ringt.

Beispiel: Bisherige Wertvorstellungen und Gewissheiten sind durch die Krankheit in Frage gestellt. Der Patient hat „den Boden unter den Füßen verloren“. (Rating: 4)

Beispiel: Ein Patient fühlt sich zeitweise hoffnungsvoll und hat Vertrauen in die Behandlung. Diese Zeiten wechseln sich aber fast täglich mit Phasen der Angst und Resignation ab. Er ist verunsichert, weil er so etwas von sich nicht kennt. (Rating: 2)

Starke Verunsicherung kann auch auf eine *Schockreaktion* hinweisen, in der sich der Patient wie erstarrt, überwältigt, eingefroren oder handlungsunfähig fühlt. Wenn die Schockreaktion eine Affektblockade hervorruft, wirkt der Patient ruhig und gefasst, nimmt seine Umgebung aber eher als unwirklich wahr. Informationen erreichen ihn oft nicht.

Leidet der Patient darunter, dass er seiner Krankheit und/oder seinen Behandlern hilflos ausgeliefert ist? Wird die Situation als Kontrollverlust empfunden? Äußert der Patient Gefühle der Ohnmacht oder leidet er darunter, seine Situation nicht beeinflussen zu können? Bereitet es

dem Patienten Probleme, wichtige Dinge nicht mehr in der Hand zu haben und auf andere angewiesen zu sein?

Beispiel: Eine bettlägerige Patientin klagt darüber, dass sie nicht weiß, wo sich wichtige Dinge befinden, weil jeder, der in ihre Wohnung kommt (mobile Pflege, Tochter, Tante), aufräumt und in ihren persönlichen Dingen „herumkramt“, ohne sie zu fragen oder zu informieren. (Rating: 1/2)

Beispiel: Ein Patient, der vor drei Tagen erfahren hat, dass er ein Magenkarzinom hat, das in zwei Tagen operiert werden soll, berichtet, dass seine Stimmung manchmal gut und optimistisch ist, manchmal, z.B. vor dem Einschlafen, weine er, weil er keinen Ausweg sieht. Er ist durch dieses Auf und Ab völlig verunsichert. (Rating: 4)

3. Angst / Sorgen / Anspannung: „Angst“ umfasst sowohl situationsbezogene Befürchtungen vor bestimmten Dingen oder Situationen als auch globale Ängstlichkeit. Angst kann mit physiologischen Reaktionen einhergehen, z.B. mit Herzrasen, Schwitzen und/oder Atemnot, die von Patienten als Symptome einer körperlichen Krankheit gedeutet werden können und dann häufig noch mehr Angst hervorrufen. Es kann auch zu plötzlichen, anfallartigen Panikattacken kommen.

Leidet der Patient unter allgemeiner Ängstlichkeit oder ängstigt er sich vor bestimmten Behandlungsverfahren, z.B. vor Chemotherapie, vor bestimmten Untersuchungsverfahren (z.B. Klaustrophobie bei der Computertomographie) oder vor operativen Eingriffen? Hat der Patient Angst vor dem weiteren Verlauf der Krankheit oder vor dem Tod (Progredienzangst)? Macht er sich Sorgen um die Zukunft?

Beispiel (situative Angst): Ein älterer Patient mit einem Sigmakarzinom ist das erste Mal im Krankenhaus und ängstigt sich sehr vor der bevorstehenden Operation. Dies äußert sich durch Zittern, Unruhe, Schwitzen und Schlafstörungen. Die Operation verzögert sich aus organisatorischen Gründen um einige Tage, was zu einer Wartezeit führt, die für den Patienten nur schwer auszuhalten ist. (Rating: 4)

Beispiel (Progredienzangst): Eine Patientin mit einem Lungenkarzinom wurde erfolgreich operiert, lebt aber in ständiger Angst vor einem Rezidiv. Die Nachuntersuchungen sind für sie immer sehr beunruhigend. Sie beobachtet sich täglich und meint oft, Symptome einer Wiedererkrankung zu spüren. (Rating: 3)

Leidet der Patient unter körperlichen oder seelischen Anspannungen, Verspannungen oder Unruhe? Fühlt er sich zum Beispiel getrieben, gehetzt, "unter Hochspannung", ungeduldig oder in bestimmten Körperpartien verspannt?

Beispiel: Eine Patientin beschreibt, sie fühle sich seit der Krebsdiagnose wie auf einem Pulverfass. Sie sei in Aufruhr, wie getrieben und unfähig, sich zu entspannen. Im Gespräch fällt es ihr schwer, still zu sitzen. (Rating: 4)

4. Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität: Wirkt der Patient niedergeschlagen, bedrückt und traurig? Kann er sich an (früher) angenehmen Aktivitäten nicht mehr erfreuen? Wirkt er resigniert bzw. sieht er seine Situation als hoffnungslos/pessimistisch? Fehlt ihm der gewohnte Antrieb? Zieht er sich von anderen Menschen zurück? Besonders ist auf nonverbale Zeichen von Niedergeschlagenheit zu achten (Mimik, Gestik, Vitalität, Veränderungen im Verhalten).

Leidet der Patient unter einer Trauerreaktion? Empfindet er traurige oder schmerzliche Gefühle angesichts von endgültigen Verlusten? Ist er niedergeschlagen und bedrückt? Unter Umständen ist eine Trauerreaktion erst im zeitlichen Verlauf von Depressivität zu unterscheiden.

Beispiel: Ein Patient berichtet mit spürbarem Schmerz, dass er viele seiner Pläne, die er sich für seinen Ruhestand vorgenommen hatte, nach seiner Lungenoperation nicht mehr verwirklichen kann. (Rating: 3)

Anzeichen einer depressiven Reaktion sind: Verlust von Freude und Interesse an Aktivitäten, die vorher Freude machten, Gefühl der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit, Grübeln um Gedanken, von denen es nicht gelingt loszukommen, Schuldgefühle bzw. die Überzeugung, anderen nur noch „eine Last“ zu sein, Entscheidungsunfähigkeit, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit, Gefühl der Überforderung („Ich schaffe das nicht mehr.“), Antriebsverarmung bzw. -verlust, Ein- und Durchschlafstörungen, besonders mit morgendlichem Früherwachen („Morgen-Grauen“), psychomotorische Verlangsamung oder innere Unruhe, sozialer Rückzug, Selbstmordgedanken.

Beispiel: Eine Brustkrebspatientin fühlt sich seit der Entfernung ihrer linken Brust wertlos und hat deshalb ihre sozialen Kontakte eingeschränkt, weil sie sich von anderen nicht verstanden fühlt. Sie schläft morgens sehr lange und hat die Lust an Aktivitäten verloren, die ihr früher Freude machten. Da sie ihren Beruf nicht mehr ausüben kann,

hat sie wenig Hoffnung bezüglich ihrer Zukunft. Sie hat Angst davor, bald von Sozialhilfe abhängig zu sein und sieht keinen Ausweg. (Rating: 4)

5. Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens: Diese Kategorie ist bewusst sehr weit gefasst; sie beinhaltet alle Aspekte des Alltagslebens, die für das Individuum relevant sein können (und oben noch nicht eingeschätzt wurden).

Leidet der Patient darunter, dass er normale Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr selbst ausführen kann, z.B. Haushaltsführung, sich waschen, sich anziehen, auf die Toilette gehen (z.B. künstlicher Darmausgang), essen? Ist der Patient durch Behinderungen beim Gehen, Stehen, Sitzen oder Tragen belastet?

Wichtig ist es, nicht das Ausmaß der Behinderung zu beurteilen, sondern das Ausmaß, in dem der Patient subjektiv unter der Behinderung leidet (*Wie schlimm ist es für Sie, dass Sie nicht mehr Radfahren können?*).

Beispiel: Eine Mamma-Ca Patientin leidet an einem Lymphödem, das die Belastbarkeit und Beweglichkeit des rechten Armes erheblich einschränkt. Sie kann daher viele anfallende Haushaltsarbeiten (Putzen, Einkaufen etc.) nicht mehr alleine verrichten, was ihr sehr schwer fällt, da sie immer sehr aktiv war. (Rating: 4)

Bei stationären Patienten, die vor kurzem operiert wurden, liegen natürlich erhebliche Einschränkungen in diesem Bereich vor. Wenn Patienten allerdings davon ausgehen, dass dies ein vorübergehender Zustand ist und gut damit zurecht kommen, sind sie in diesem Punkt als nur wenig belastet einzuschätzen.

Beispiel: Trotz guter Fortschritte nach der Operation und günstiger Prognose macht es einem stationären Patienten sehr zu schaffen, dass er in seinen Aktivitäten eingeschränkt ist. Er macht sich Sorgen, ob er wohl die Treppe zu seiner Wohnung noch bewältigen kann. (Rating: 3)

6. Weitere Probleme z.B. im sozialen / familiären Bereich. Mit diesem Item sollen vor allem Belastungen dokumentiert werden, die sowohl die sozialen Beziehungen des Patienten betreffen als auch seine wirtschaftliche/berufliche Situation. Darüber hinaus sollen hier auch alle individuell bedeutsamen Lebensaspekte beurteilt werden, die in den anderen Items nicht berücksichtigt werden konnten („Restkategorie“).

Soziale Belastungen können schon vor der Erkrankung bestanden haben. Gemeint sind Belastungen mit Angehörigen wie z.B. Tod einer nahen Bezugsperson, Probleme in Bezug auf

die Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Familienmitgliedern, Unfähigkeit von Bezugspersonen, mit der Krebserkrankung umzugehen, d.h. alles, was im Kontext sozialer Beziehungen eine Belastung darstellt.

Des Weiteren sollten hier wirtschaftliche und berufliche Probleme berücksichtigt werden. Welche finanziellen und beruflichen Folgen hat die Erkrankung für den Patienten? Ist er dadurch in seiner wirtschaftlichen Existenz bedroht? Ist er um seine berufliche Zukunft besorgt oder leidet er darunter, dass er nicht mehr wie bisher berufstätig sein kann? Gab es schon vor der Erkrankung Probleme in diesen Bereichen?

Beispiel: Der Ehemann einer Krebspatientin hat vor kurzem einen Herzinfarkt erlitten. Er ist sehr anklammerungs- und hilfsbedürftig. Die Patientin, die selbst sehr schwach ist, hat große Sorgen, wie sie ihm in Zukunft helfen soll. (Rating: 4)

Beispiel: Ein türkischer Patient, der nur schlecht deutsch spricht und in materiell schwierigen Verhältnissen lebt, macht sich große Sorgen darüber, wie er die Taxikosten für die täglichen Fahrten zur ambulanten Chemotherapie bezahlen soll. (Rating: 3)

Interviewleitfaden

Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung

Wir empfehlen ein halbstandardisiertes Interview, um die Belastungssitems der PO-Bado-Kurzform angemessen beantworten zu können. Dieses Interview dauert erfahrungsgemäß ca. 10 Minuten. Es liegt nahe, die spezifischen Fragen in die individuelle klinische Situation „vor Ort“ zu integrieren (Visite, Anamnese, Erstgespräch, Konsilanforderung etc.).

Grundsätzlich sollte der Interviewer versuchen, das Gespräch entsprechend der sechs Belastungssitems zu strukturieren. Bitte bedenken Sie, dass der Fokus auf **den letzten drei Tagen** liegt.

Das Ansprechen der einzelnen Belastungsaspekte sollte jeweils möglichst mit einer offen formulierten Orientierungsfrage zur aktuellen Situation eingeleitet werden.

Beispiel: „Wie sieht es mit Ihrer körperlichen Energie/Verfassung aus?“

Da das Ausmaß der subjektiven Belastung eingeschätzt werden soll, nicht die Stärke eines Symptoms, sollte immer wieder entsprechend nachgefragt werden.

Beispiel: „Wie viel macht Ihnen ... aus?“ oder „Wie sehr leiden Sie darunter?“

Bei der Erhebung des seelischen Befindens ist es besonders wichtig, auf Äußerungen der Patienten zu achten, die auf Belastungen hinweisen und diese aufzugreifen. Äußerungen wie „Manchmal weiß ich nicht, wie das noch weitergehen soll“, könnten Sorgen hinsichtlich der Zukunft, Ängste oder Hoffnungslosigkeit ausdrücken. Allgemeine Bemerkungen, z.B. „Na ja, man macht sich schon so seine Gedanken“ können mit Fragen wie „Was geht Ihnen da durch den Kopf?“ aufgegriffen werden.

Begriffe, die der Patient zur Beschreibung seines Befindens verwendet, sollten immer geklärt werden. Wenn eine Patientin z.B. sagt: „Ich bin depressiv“, sollte der Untersucher nachfragen, was die Patientin genau damit meint bzw. verbindet.

Beispiel: „Was verstehen Sie unter depressiv sein?“ ... „Wie erleben Sie das?“ ... „Wie stark leiden Sie darunter?“

Falls eine deutliche Diskrepanz zwischen den Äußerungen des Patienten und dem subjektiven Eindruck des Untersuchers besteht, sollte dies vorsichtig angesprochen werden.

Beispiel: „Sie sagen, dass Sie gut mit Ihrer Krankheit zurecht kommen, aber vorhin, als Ihnen die Tränen kamen, hatte ich den Eindruck, dass Sie sehr besorgt sind.“

Letztlich hat immer der Gesamteindruck des Interviewers, der auch die nonverbale Kommunikation des Patienten berücksichtigt, Vorrang vor den direkten Patientenäußerungen.

Der Gesprächsbeginn

Der Gesprächsbeginn hängt stark von dem Untersuchungskontext und dem Gesprächsrahmen ab. Falls der Patient Sie noch nicht kennt, sollte am Beginn Ihre Vorstellung (Name und Funktion) stehen, der Grund/Anlass Ihrer Kontaktaufnahme („Ich wurde von Dr. X gerufen, der den Eindruck hatte, dass Sie momentan eine schwierige Situation zu bewältigen haben.“ oder „Wir sprechen mit jedem neuen Tumorpatienten in unserer Klinik.“) sowie der Hinweis darauf, dass Sie sich mit ihm im folgenden Gespräch gerne **über sein aktuelles körperliches und seelische Befinden** unterhalten möchten.

Die Belastungsbereiche

1. Erschöpfung / Mattigkeit:

„Wie sieht es mit Ihrer Energie aus?“, „Werden Sie leicht müde?“, „Leiden Sie unter Mattigkeit?“, „Macht Ihnen die Mattigkeit viel aus?“

2. Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit:

„Wie ist Ihre Stimmung heute?“, „Haben Sie den Eindruck, dass Sie hinreichend Bescheid wissen über die Abläufe hier?“, „Würden Sie Ihre Stimmung als konstant oder eher als wechselnd beschreiben?“

3. Angst / Sorgen / Anspannung:

Es empfiehlt sich in Einzelfällen, den Begriff *Angst* zu vermeiden und stattdessen von „Sorgen“ oder „Befürchtungen“ zu sprechen.

Gibt es Dinge, die Ihnen zurzeit besondere Sorgen machen?“, „Was genau befürchten Sie?“, „Was ist momentan Ihre größte Sorge?“, Fühlen Sie sich sehr angespannt zur Zeit?“, „Wie schlimm ist das für Sie?“

5. Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität:

„Wie ist Ihre Stimmung zur Zeit?“, „Fühlen Sie sich manchmal auch niedergeschlagen?“

6. Weitere Probleme z.B. im sozialen / familiären Bereich:

Soziale und weitere Belastungen sollten mit generellen Fragen zur familiären Situation oder der allgemeinen Lebenssituation erhoben werden.

Orientierungsfrage: *„Wie leben Sie momentan?“ ... „Leben Sie allein oder mit einem Partner / einer Familie zusammen?“, Haben Sie Kinder zu Hause?“... „Wie sieht Ihre familiäre / berufliche Situation aus?“*

Je nachdem, was der Patient auf diese Fragen hin berichtet, kann der Untersucher genauere Fragen stellen.

„Wie ist es für Ihren Mann (Ihre Kinder), dass Sie jetzt krank sind?“, „Haben Sie finanzielle Probleme?“, „Wie stark belastet Sie das?“

Beendigung des Gesprächs

Am Ende des Gespräches sollte zunächst nach Aspekten der Krebsbewältigung gefragt werden, die vielleicht bisher noch nicht angesprochen wurden:

„Gibt es außer dem bisher Erwähnten noch andere Dinge, die Sie belasten?“

Um das Gespräch abzuschließen empfiehlt es sich, die Hauptpunkte kurz zusammenzufassen und dem Patienten Rückmeldung über die im Gespräch gewonnenen Eindrücke zu geben. So kann der Patient überprüfen, ob er richtig verstanden wurde.

„Ich habe den Eindruck, dass die Sorge um den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung aktuell das lebensbestimmende Thema“

Wenn der Untersucher den Eindruck hat, dass professionelle psychosoziale Unterstützung nötig ist, sollte er dem Patienten dies rückmelden und das weitere Vorgehen klar vereinbaren.

Beispiel: „ Ich würde Ihnen weitere Gespräche vorschlagen, weil ich den Eindruck habe, dies könnte Ihnen bei der weiteren Krankheitsbewältigung helfen - Wie sehen Sie das?“

Indikation für psychoonkologische Betreuung

Wenn das Ergebnis des PO-Bado-KF als Entscheidungshilfe für die Zuweisung zu professioneller psychoonkologischer Unterstützung (Hinzuziehen eines Psychoonkologen oder Vermittlung einer Psychotherapie) herangezogen werden soll, schlagen wir folgende alternative Schwellenwerte vor (bitte nur eine Alternative verwenden):

1. Es wurde mindestens 2 x der Wert 3 angekreuzt **oder** mindestens 1 x der Wert 4.
2. Alternative: Summenwert > 8.

Manchmal ist es sinnvoll, in der jeweiligen Einrichtung (Klinik, Beratungsstelle) im Rahmen eines Probelaufes einen eigenen einrichtungsspezifischen Schwellenwert zu erarbeiten.

Literatur

Herschbach P, Brandl T, Knight L, Keller M (2004). Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebskranken. Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Deutsches Ärzteblatt 101(12): 799-802

Knight L, Mussell M, Brandl T, Herschbach P, Marten-Mittag B, Treiber M, Keller M (2008) Development and Psychometric Evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado). J Psychosom Res 64(4):373-81

Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Lindena G, Neuwöhner, K, Marten-Mittag B (2008a) Psychological Distress in Cancer Patients Assessed with an Expert Rating Scale. British J. Cancer, Jul 8;99(1):37-43

Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Marten-Mittag B (2008b) The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) – an expert rating scale for the psychosocial condition of cancer patients. Onkologie, 31: 591-596

Herschbach, P., Weis, J. (Hrsg.) Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis. Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin 2008

Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

Patient:

Datum:

*das seelische Befinden
von Krebspatienten*

PsychoOnkologische **Basis**dokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

| | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Alter: | | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> W | |
| Feste Partnerschaft: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Kinder: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Arbeitssituation: | <input type="checkbox"/> Berufstätig | <input type="checkbox"/> Krank geschrieben | <input type="checkbox"/> Rente |
| | <input type="checkbox"/> Hausarbeit | <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Tumor-Diagnose / Lokalisation | <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> HämATOlogische Erkrankungen (Leukämie etc.) | |
| | <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore | <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) | |
| | <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien | <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome) | |
| | <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden | <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) | |
| | <input type="checkbox"/> Colon/Rektum | <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas | |
| | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| Metastasen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Datum der Erstdiagnose: | (Monat/Jahr) /..... | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | |
| Aktueller Krankheitsstatus: | <input type="checkbox"/> Ersterkrankung | <input type="checkbox"/> Zweitumor | <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen |
| | <input type="checkbox"/> Rezidiv | <input type="checkbox"/> Remission | |
| Behandlungen in den letzten zwei Monaten: | <input type="checkbox"/> OP | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Sonstige:..... |
| | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Hormontherapie | <input type="checkbox"/> Keine |
| Weitere relevante somatische Erkrankungen: | <input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | |
| Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquilizer, Morphin) | <input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): | | |
| | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | |
| Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit: | <input type="checkbox"/> Ja | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | |
| Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4) | <input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig | | |
| Gesprächsinitiative / Zugangsweg: | <input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- /Routinegespräch) | | |
| | <input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst) | | |
| | <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.) | | |

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten in den **letzten drei Tagen** beziehen.

Psychosoziale Belastungen

| Der Patient / die Patientin leidet unter ... | nicht | wenig | mittel- mäßig | ziemlich | sehr |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ... Erschöpfung / Mattigkeit. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Angst / Sorgen / Anspannung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indikation

| | Ja | Nein |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |