

# Willkommen

## Workshop

**Wie kann das psychische  
Befinden der Patientinnen und  
Patienten eingeschätzt  
werden?**

**26.03.2009**

**Dr. phil. Jan Hauser**

**Markus Musholt-Meijer**



# Inhalt des Workshops

Plenum: Sammlung von Erfahrungen

1. Psychische Situation bei einer Krebserkrankung
2. Erfassung der psychischen Befindlichkeit/Belastungen
  - A Indirekt mit Info-Flyer und Fragebögen
  - B Direkt: Interview, Ansprechen und Kommunikation des Angebots

Diskussion

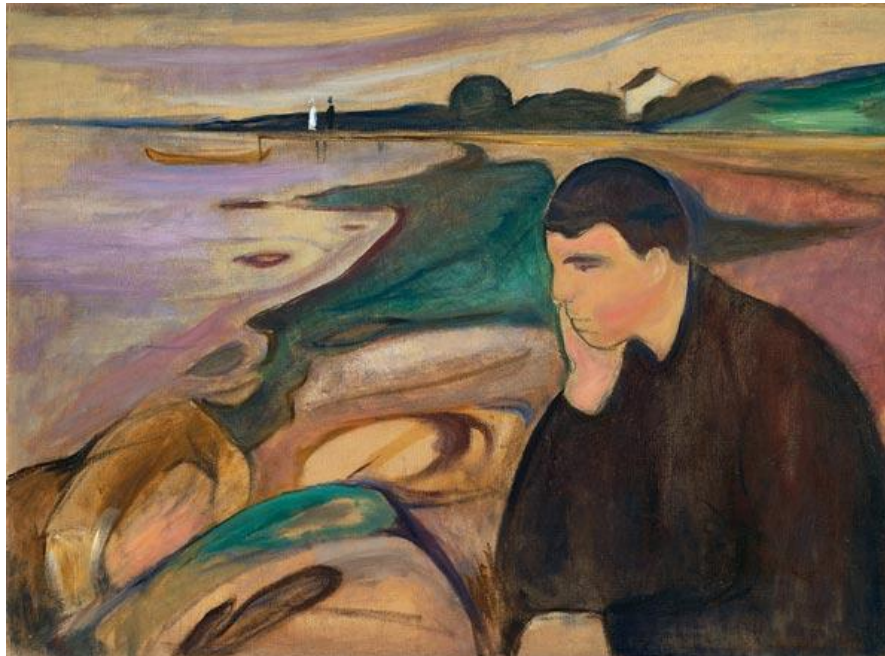


# Vorstellung



# Erfahrungen

Welche Erfahrungen haben Sie bei der Einschätzung des psychischen Befindens Ihrer Patienten gemacht?



Wie kann das psychische Befinden der Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden?

Edvard Munch, Melancholie, 1894/95

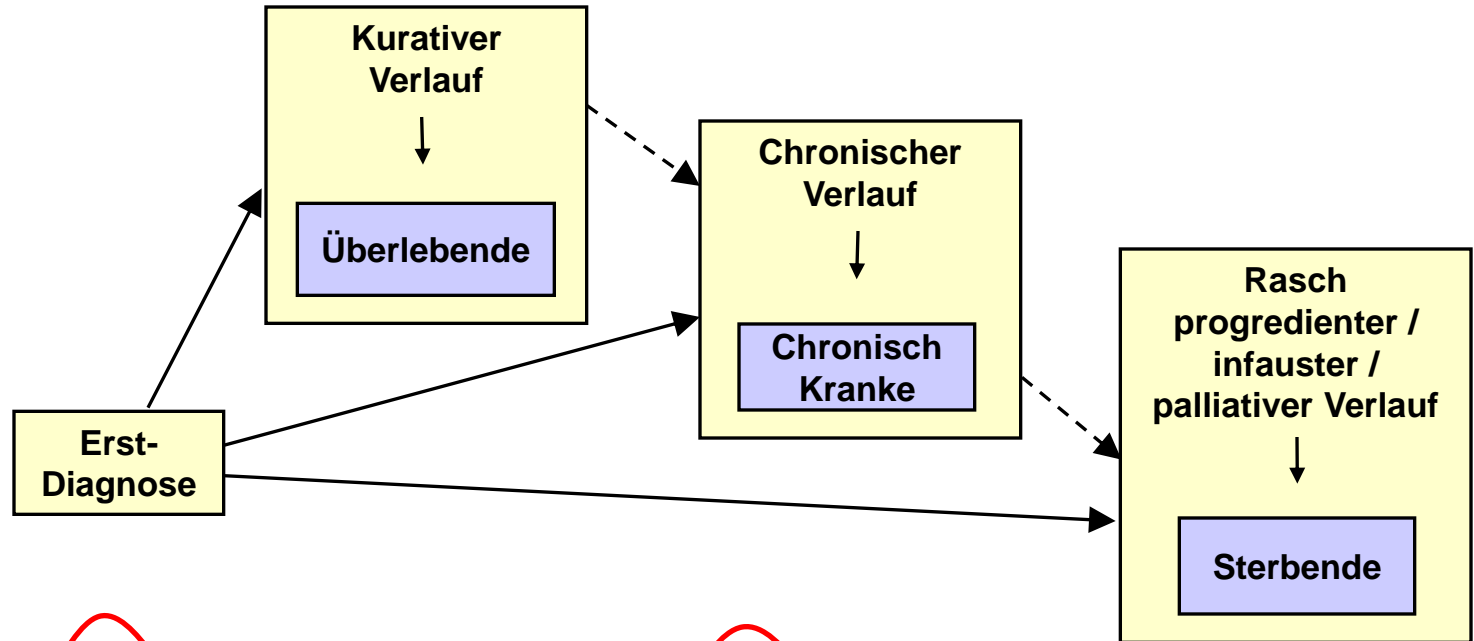
# Psychische Situation bei einer Krebserkrankung



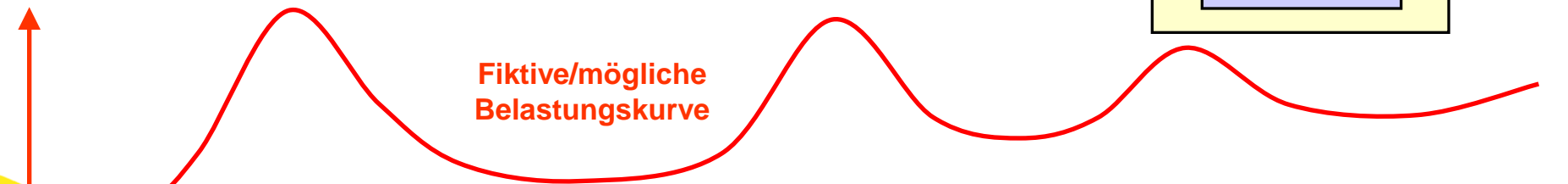
Einar Jónsson, Rest



# Besonderheit des Krankheitsverlaufs



Belastung

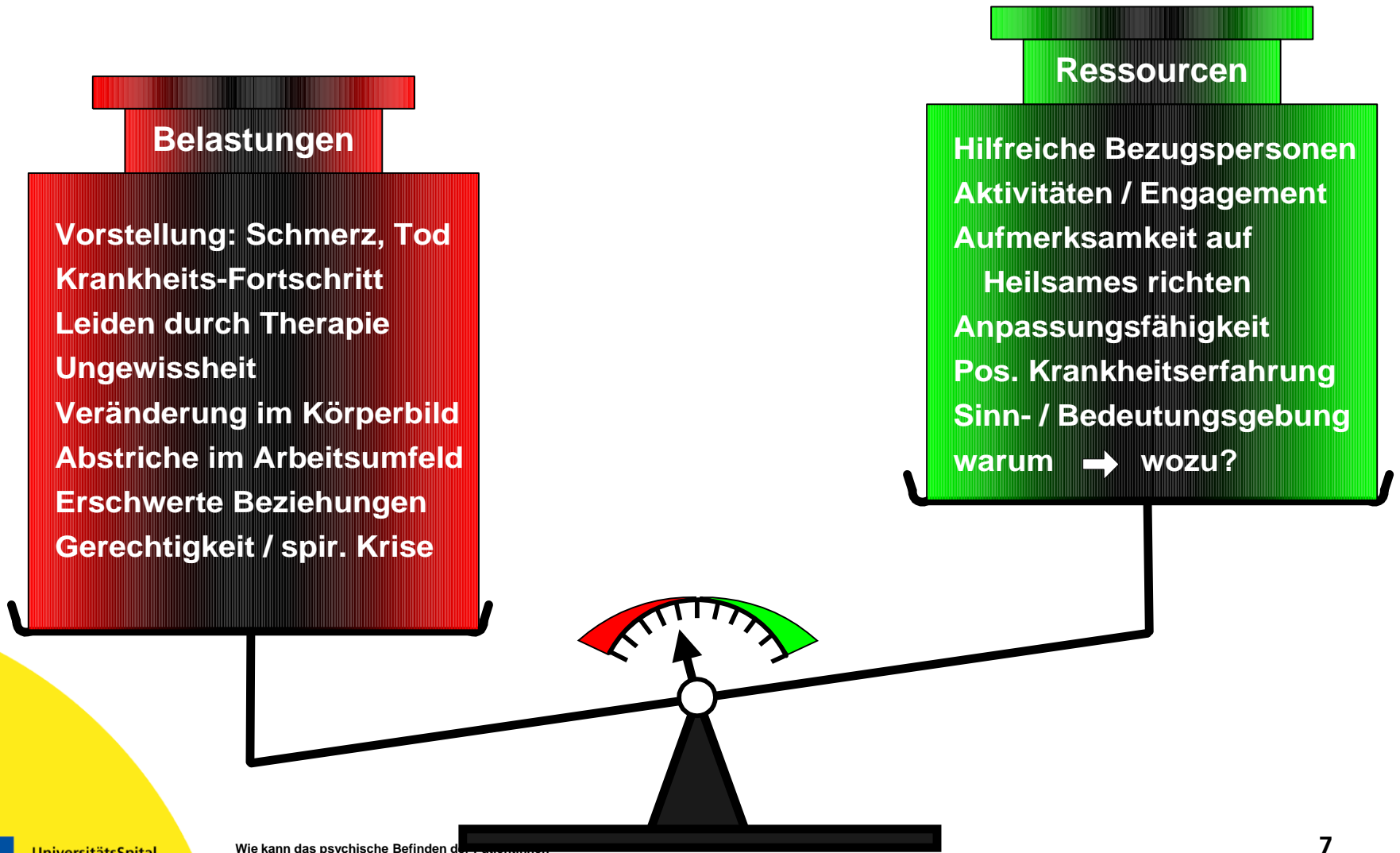


Erst-Symptome > Diagnose > Therapie ... Therapie > Progredienz > Palliation > Tod

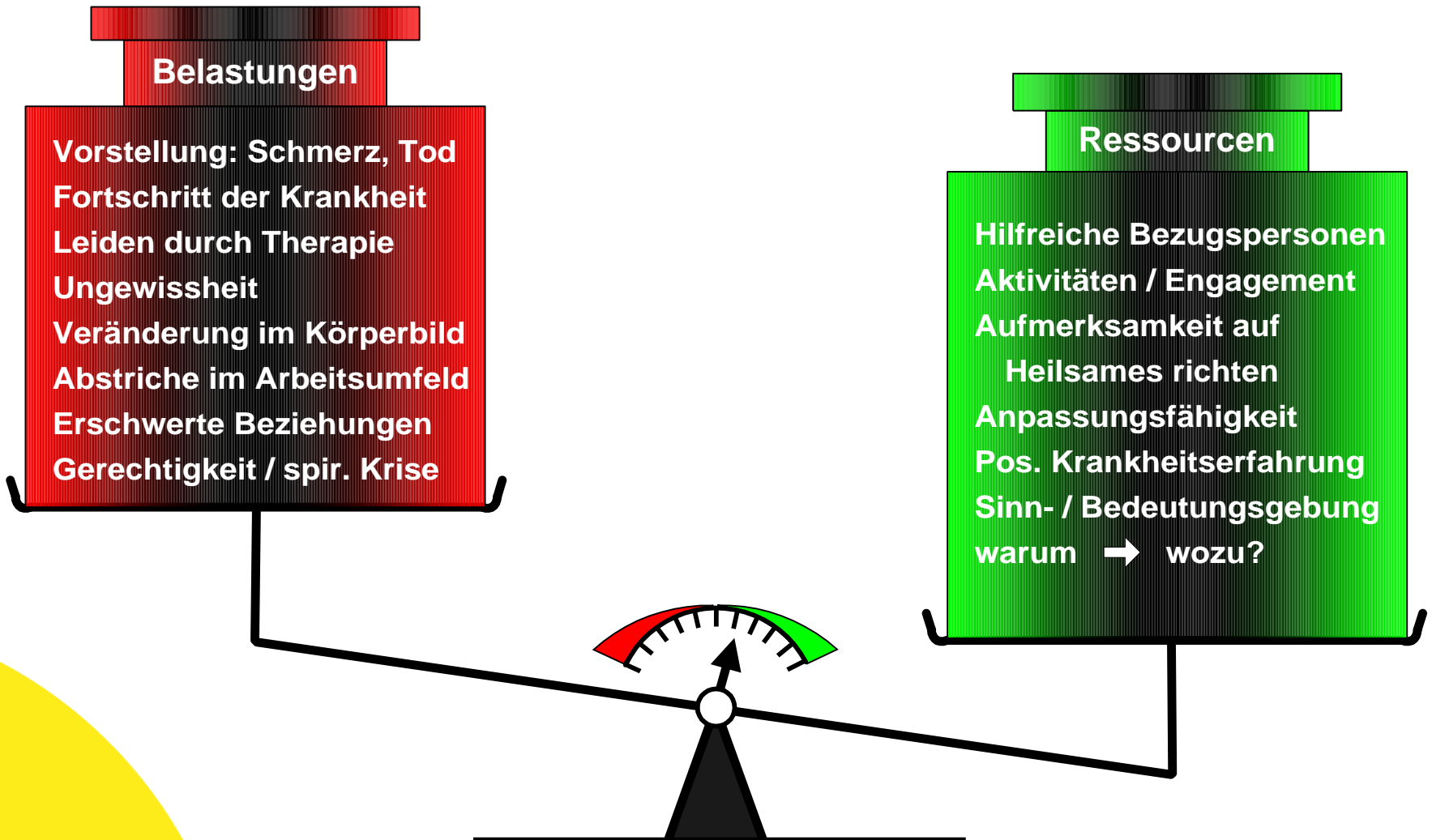
Remission                      Remission

(Rehabilitation)                      (Rehabilitation)

# Belastungen – Ressourcen – Balance



# Belastungen – Ressourcen – Balance



# Psychische Situation bei Krebserkrankung

- Psychisch gesunde Menschen in einer Krise (Krankheitsphasen)
- 20-30% der Betroffenen und Angehörigen fühlen sich stark belastet <sup>a, b</sup>
- Belastung oft bereits zu Beginn (Diagnose) hoch, aber auch erst im Verlauf, insbesondere bei Rezidiv/Metastasen und beim Übergang zur palliativen Situation
- Wiederholte/fortschreitende Krankheitsschübe haben Ähnlichkeit mit wiederholten traumatisierenden Ereignissen
- Die Höhe der Lebensqualität ist nicht sehr eng mit der Schwere der Erkrankung verknüpft
- Chance der persönlichen Entwicklung angesichts von unabwendbarem Leid

a Kauschke, M., Krauss, O. & Schwarz, R. (2004). Prävalenzen und ihre Bedeutung in der Onkologie. Psychische Begleiterkrankungen. Forum DKG 3, 30-32.

b Büchi, S. & Zwahlen, D. (2006). Evaluationsbericht zuhanden der Krebsliga Zürich

# Typische Symptome nach deren Häufigkeit

Belastungen von Tumorpatienten (gemessen mit dem FBK-R23; n=3389)  
Herschbach(2008), S.65

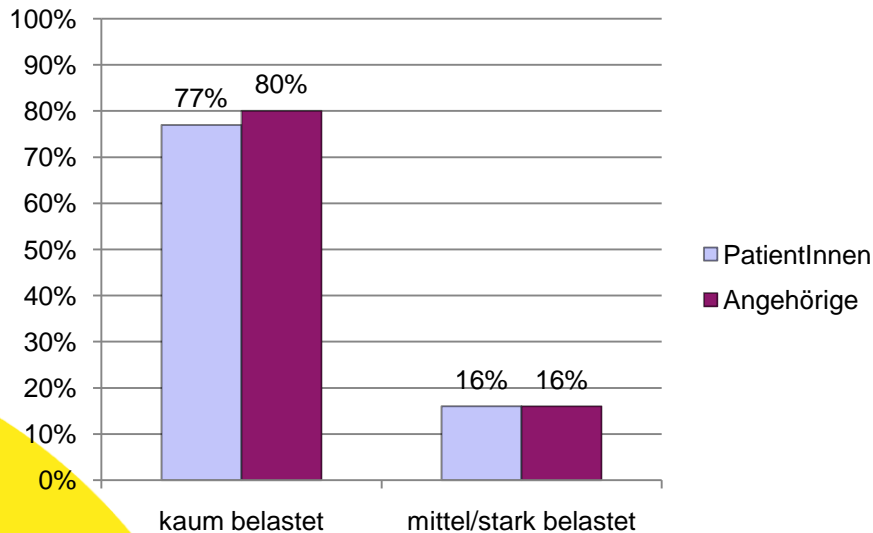
	M	SD	% stark belastet
Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung	2,65	1,80	36,9
sich schlapp und kraftlos fühlen	2,25	1,70	26,1
Angst vor nochmaligem Krankenhausaufenthalt	2,09	1,83	27,0
unter Schlafstörungen leiden	2,02	1,80	25,8
sich oft angespannt fühlen	1,96	1,66	21,4
Hobbys weniger nachgehen können	1,88	1,79	23,2
Angst vor Schmerzen	1,83	1,75	21,4
Angst vor Arbeitsunfähigkeit	1,64	1,83	21,3
weniger sexuellen Verkehr haben	1,61	1,82	20,5
weniger unternehmungslustig sein	1,41	1,71	16,9
sich körperlich unvollkommen fühlen	1,37	1,69	15,9
Schmerzen ungeklärter Genese haben	1,29	1,65	13,7
unter Wund-/Narbenschmerzen leiden	1,28	1,54	11,4
nicht gut über soziale Unterstützungsmöglichkeiten informiert sein	1,08	1,57	11,9
keine Möglichkeit, über seelische Belastungen zu sprechen	0,89	1,47	9,5

# Zahlen: Depressivität und Angst

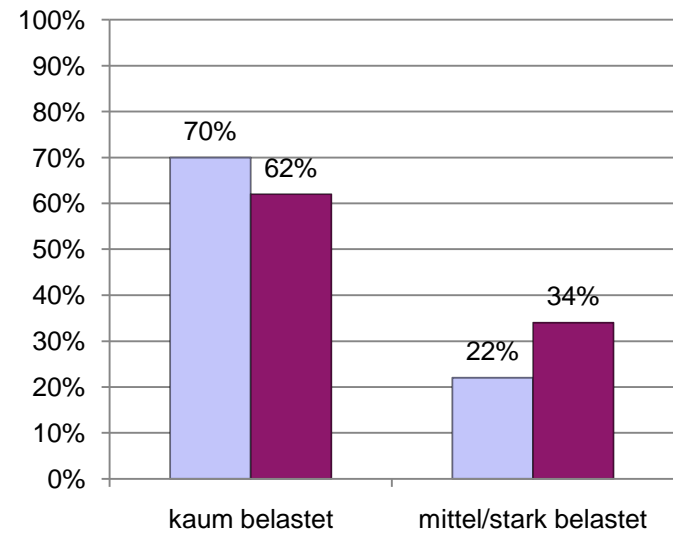
Evaluationsstudie des Krebsliga-Projektes I (2004-2006) von PD. Dr. med. S. Büchi und lic. phil. D. Zwahlen (2006)

Daten von den Zürcher Stadtspitälern USZ, Triemli und Waid, mit  $N_{\text{pat}} = 411$ ,  $N_{\text{Ang}} = 330$  ( $N_{\text{tot}} = 741$ )

Erfassungsinstrument HADS (Depression, Angst): Werte  $\geq 8$  (von 14) bedeuten mittel bis stark belastet



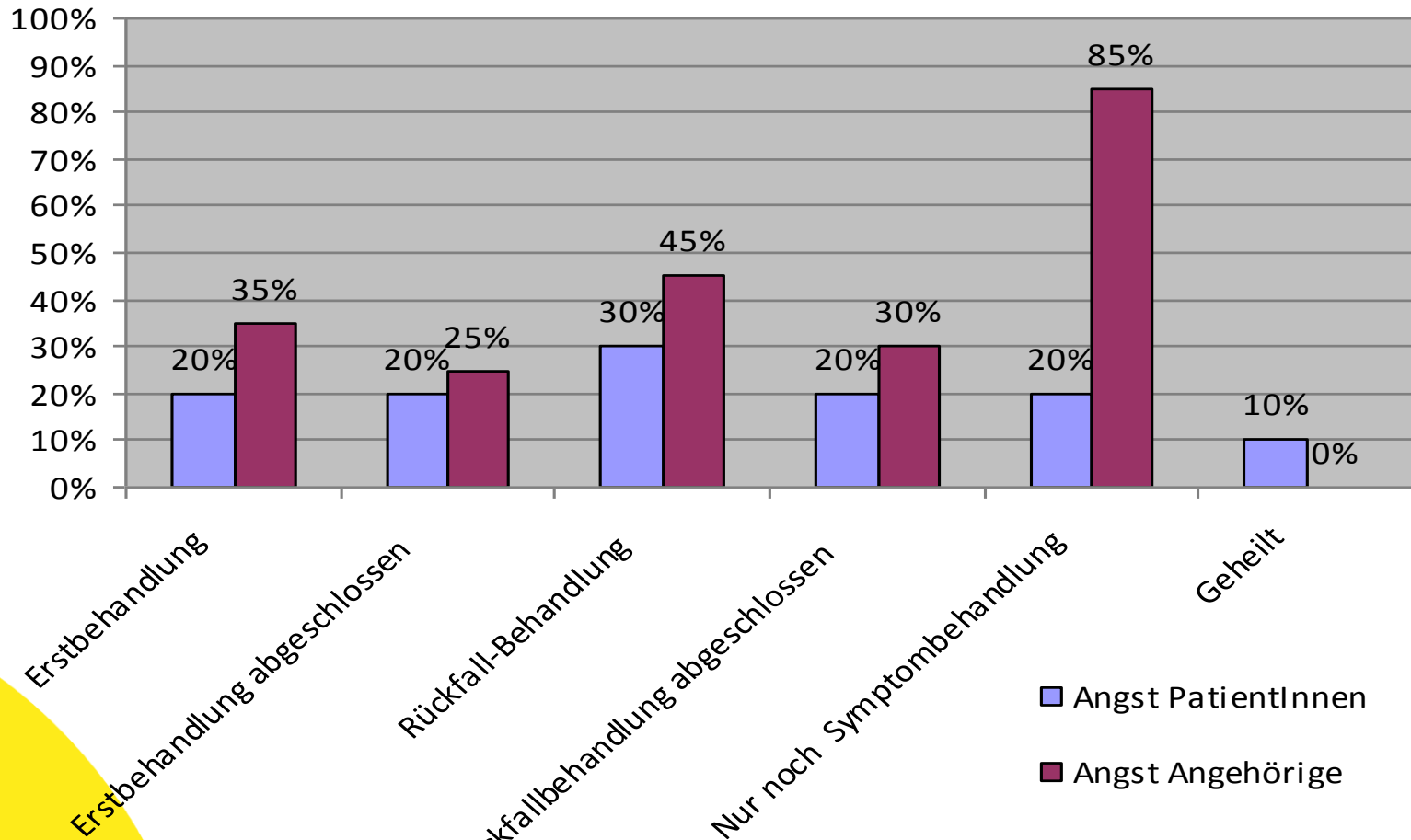
Symptome der Depression



Symptome der Angst

# Zahlen: Angst nach Krankheitsstadium

Angst nach Krankheitsstadium (411 PatientInnen und 330 Angehörige)



# Implikationen

- Bewältigungs-Stile (Coping): «Verleugnung», «Krampfgeist», «Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit», «Fatalismus», «ängstliche Beschäftigung».
- Coping/psychische Faktoren sind bedeutend für die Lebensqualität, nicht für die Überlebenszeit. **a, b**
- Bei den unterstützenden Massnahmen geht es um die Aufrechterhaltung/Verbesserung der LQ, damit ein möglichst erfüllendes Leben *trotz Einschränkungen* erreicht werden kann.
- Lebensqualität hängt ab von: (1) äussere Lebens- Umstände, (2) Persönlichkeitseigenschaften, (3) Anpassungsfähigkeit
- Was können wir hinsichtlich des psychischen Befindens erfassen?
  - Belastungsfaktoren / Belastungsgrad
  - Lebensqualität
  - Psychopathologische Syndrome (Depressivität, Angst, Anpassungsstörung, ...)

a Herschbach, P. & Heussner, P. (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

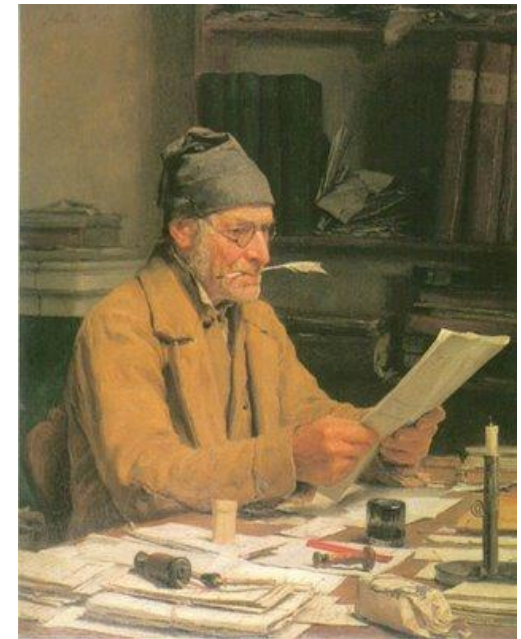
b Schwarz, R. (2006). Psychosoziale Aspekte onkologischer Erkrankungen. "Der Einfluss der Psyche ist sekundär". Deutsches Ärzteblatt, 1/2006.

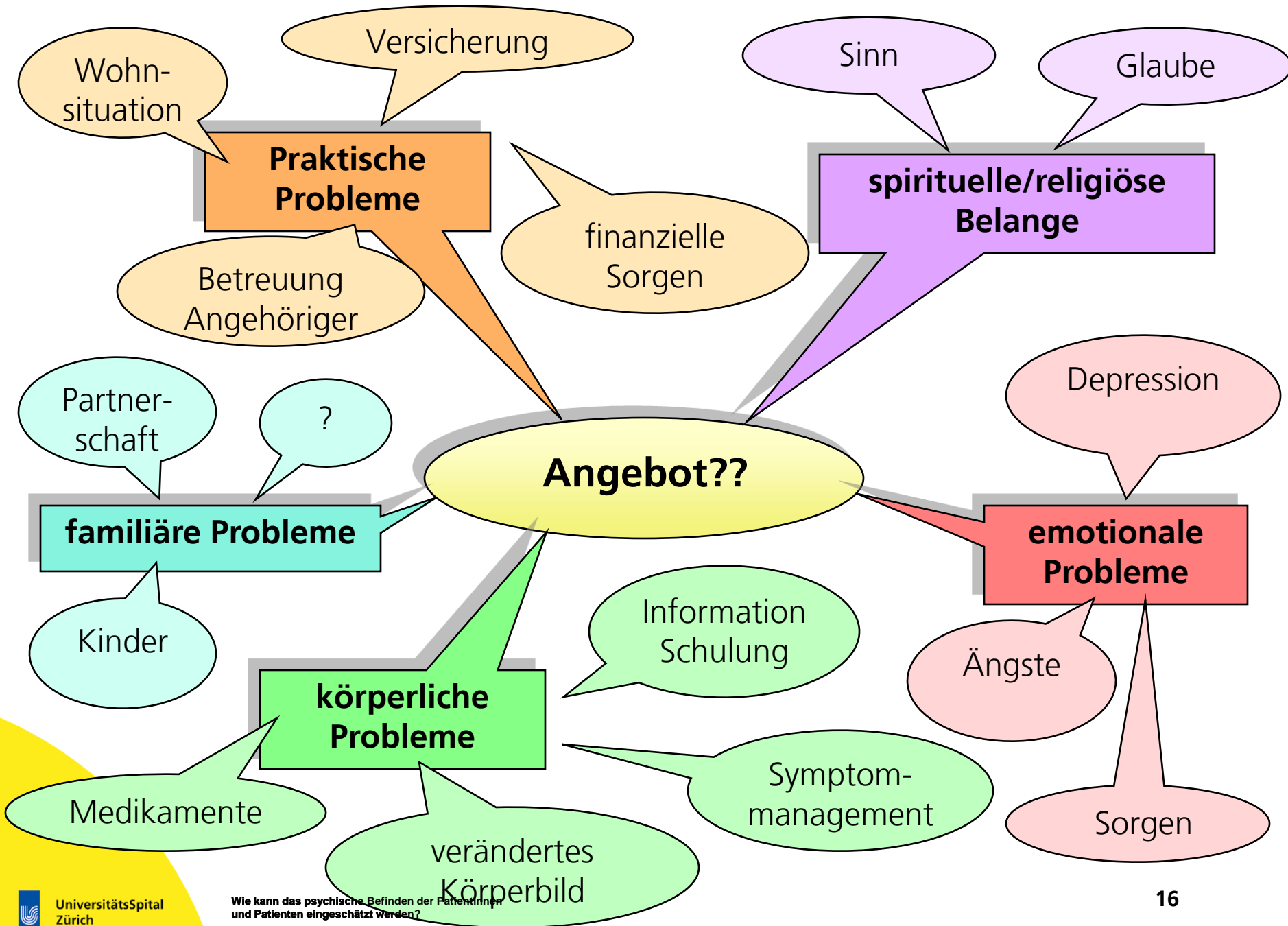
# Erfassung der psychischen Befindlichkeit



# Gedanken im Vorfeld

- Welches Angebot kann ich machen?
- Was möchte ich einschätzen?
- Wie/Womit möchte ich einschätzen?





# Was möchte ich einschätzen?

- Welche Aspekte möchte ich inhaltlich abgedeckt haben?
  - Welches Patientenkollektiv möchte ich einschliessen?
  - Was möchte ich erfassen? globale psychosoziale Belastung, Ängste

# Wie möchte ich einschätzen?

- A Indirekt:  
Informationsblatt/Flyer und z.B. Distress Thermometer
  
- B Direkt:  
Interview, direktes Ansprechen



18  
Schreibender Knabe Mit Schwesterchen, 1875 Albert Anker

# Empfehlung Vorgehen

1. Einschluss aller Patienten in ein reguläres, etabliertes wiederkehrendes Eingangsscreening.
2. Vertiefung der Diagnostik bei bestehender Belastung im Eingangsscreening

# Methoden

## 1. Standardisierte Befragungstechniken (z. B. Fragebögen, Test)

- größere Vergleichbarkeit zwischen Messungen
- schnell
- schränken die individuelle, subjektive Wahrnehmung ein

## 2. Interview

- erlauben eigenen Beurteilungskriterien zu nutzen,
- keine Vergleichbarkeit

## 3. Halbstandardisierte Interview

- Kompromissansatz
- bestimmte Fragenbereiche vorgegeben
- offene Antworten sind möglich
- bessere Vergleichbarkeit

# Womit möchte ich einschätzen?

- Welches Instrument stimmt für meine Anwendung?
  - Ist das Instrument selbsterklärend?
  - Ist das Instrument gut strukturiert und lesbar?
  - Welchen Zeitrahmen habe ich zur Verfügung?
  - Wie schnell und praktikabel ist eine Auswertung möglich?
  - Soll das Instrument EDV gestützt sein?
- Welches Instrument ist genügend erprobt und sicher?

# Womit möchte ich einschätzen?

Beispiele:

- Das Hornheider Screening Instrument
- Das Distress Thermometer
- Die Psychoonkologische Basisdokumentation

Untersucher:  **oder**  **weiterer Befinder**  
 Patient:  **von Krebspatienten**  
 Datum:  **PsychoOnkologische Basisdokumentation**

© 2003 durch die Deutsche Krebshilfe, www.psychoonkologie.de

Soziodemographische und medizinische Angaben	
Alter	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freie Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantwortet
Kinder:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantwortet
Arbeitsituation:	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> keine Angabe
Tumor-Diagnose / Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Brust (Mammarene, Brustkrebs etc.) <input type="checkbox"/> Darmtrakt <input type="checkbox"/> Prostata (Blasenkrebs etc.) <input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> hämatologische Tumoren (Hodgkin, Non-Hodgkin etc.) <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Magen, Oesophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> Sonstige
Metastasen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantwortet
Datum der Erstdiagnose:	Monat/Jahr / / <input type="checkbox"/> nicht beantwortet
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> rezidivierend <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Detail nicht zu bezeichnen <input type="checkbox"/> rezidivierend <input type="checkbox"/> Rezidiv
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Detail nicht zu bezeichnen <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja (alle bezeichnen) <input type="checkbox"/> nicht beantwortet <input type="checkbox"/> nein
Psychopharmaka / Opate (z.B. Tamoxifen, Tamoxifen):	<input type="checkbox"/> ja (alle bezeichnen) <input type="checkbox"/> nicht beantwortet <input type="checkbox"/> nein
Psychologische / psychiatische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantwortet
Aktueller Funktionsstatus (WHO-Status 0-4):	<input type="checkbox"/> Funktionstüchtig <input type="checkbox"/> Symptome vorhanden, Patient ist aber bei Leistungsfähigkeit gering <input type="checkbox"/> Zusätzliche Symptome, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> Patient mehr als 50% der normalen Tageszeit in Bett verbringen <input type="checkbox"/> Patient ist ständig bettlägerig
Geschwindigkeit / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Patient hat Patienten mit Haupttumor registriert <input type="checkbox"/> Patient ging vor anderen Patienten aus (z.B. Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> Patient hat keine (offizielle) Krankengeschichte (Stufe etc.)

PO-Bad: Belastungen

**Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)**

Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten der letzten drei Tage beziehen.

1. Somatische Belastungen	
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht wenig mittel/hoch überaus sehr
... Erschöpfung / Müdigkeit.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Schmerzen.	<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 somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Infekt, vorliegender, akuter Funktionsverlust)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Summe	<input type="text"/>

2. Psychische Belastungen	
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht wenig mittel/hoch überaus sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... kognitive Einschränkungen (z.B. Konzentration / Gedächtnisverlust).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeleitetsein.	<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"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<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"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Mut, Ärger, Schuldgefühle)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Summe	<input type="text"/>

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren	
Belastende Probleme in Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Angehörigen, Probleme aufgrund mangelnder ärztlicher Pflege / Helferschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch kreislaufabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

© Arbeitsgruppe PO-Bado 2003

# 1. Das Hornheider Screening Instrument

## Interviewfragen

1. Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2	nein 0	
4. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0	nein 2	
5. Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2	nein 0	
6. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0	nein 2	
7. Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe:

0	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14

**Dr. Gerhard Strittmatter**  
 Dipl.-Psych. Dipl.-Theol.  
 Psychologischer Psychotherapeut  
 Leiter der Abteilung für Psychosoziale Onkologie  
 Dorbaumstrasse 300  
 D - 48157 Fachklinik Hornheide

e-mail: [gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de](mailto:gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de)

# 1. Auswertung

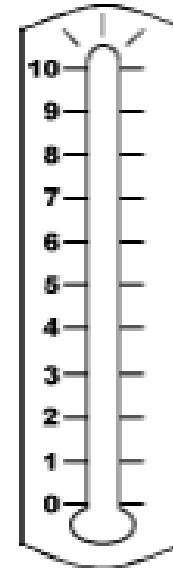
Körperliches Befinden	0
Psychisches Befinden	0
andere Sorgen	0
Sorgen besprechen	0
in Familie belastet	0
Zur Ruhe kommen	0
Information	0
Gesamtscore	0
Funktionswert	-1.722
<b>Kein Betreuungsbedarf</b>	

## 2. Das Distress Thermometer

### Anleitung:

**ERSTENS:** Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

Extrem belastet



Gar nicht belastet

## 2. Das Distress Thermometer

**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		<b>Praktische Probleme</b>			<b>Körperliche Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
		<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
		<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
		<b>Spirituelle/religiöse Belange</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_

## 2. Angebot Professioneller Unterstützung

**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Praktische Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Körperliche Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußere Erscheinung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Emotionale Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Spirituelle/religiöse Belange</b>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Sonstige Probleme</b>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

**Sozialdienst**

**Pflege-/Arztdienst**

**Psychoonkologie**

**Seelsorge**

## 2. Auswertung

- Ein Wert  $< 5$  auf dem Thermometer zeugt von einer „normalen“ Belastung im Kontext.
- Ein Wert  $> 5$  sollte als Signal einer erhöhte Belastung verstanden werden und bedarf einer weiteren Abklärung.



# 3. Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Untersucher: \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

der weltliche Befinden  
 von Krebspatienten

**PsychoOnkologische Basisdokumentation**

Entwickelt durch die Deutsche Krebshilfe  
 www.po-bado.med.uni-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
Arbeitsituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Home-geschrieben <input type="checkbox"/> Inaktiv <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, Basalome etc.) <input type="checkbox"/> Lungenbrustkrebs <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarcome) <input type="checkbox"/> Prostatakrebs <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:	(MM/JJ) ..... / ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Zweitdiagnose <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"/> Transf.
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen) ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opiate (z.B. Tramadol, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen) ..... <input type="checkbox"/> Nein <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-Scala 0-4)	<input type="checkbox"/> normale Aktivität <input type="checkbox"/> Symptome vorhanden, Patient ist aber fast ungeschwächt gefähig <input type="checkbox"/> Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> Patient ist ständig bettlägerig
Gesprächsmotiv / Zugangsweg	<input type="checkbox"/> Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert <input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> Initiative des Patienten (Aufnahme / Einbürgerungsbescheid, Studie etc.)

PO-Bado Erhebungsbogen

**Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)**

Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten der letzten drei Tage beziehen.

1. Somatische Belastungen	
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht wenig mittel-mäßig ziemlich sehr
... Erschöpfung / Müdigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Schmerzen	<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 somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperhaare, Muskeln, Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Summe	<input type="text"/>

2. Psychische Belastungen	
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht wenig mittel-mäßig ziemlich sehr
... Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations- / Gedächtnisleistung)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeliertsein	<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"/>
... Scham / Selbstunsicherheit	<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"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Mut, Ärger, Schuldgefühle)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Summe	<input type="text"/>

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren	
	Ja Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Akzeptanz/Integration, Probleme aufgrund ärztlicher/zw. eigener Pflege- / Hilfsbedürftigkeit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

# 3. PO-Bado-Kurzform

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

## Psychosoziale Belastungen

Der Patient / die Patientin <b>leidet unter</b> ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
... 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
<b>Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 3. Auswertung

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

Psychosoziale Belastungen					
Der Patient / die Patientin <b>leidet unter</b> ...	nicht	wenig	mittel- mäÙig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
... 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 auf eine professionelle psychosoziale Unterstützung.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ein Wert 2x3 oder 1x4 sollte als Signal einer erhöhte Belastung verstanden werden und bedarf einer weiteren Abklärung.

# Direktes Ansprechen

- Wie würden im direkten Gespräch erfragen, wie belastet ein Patient / eine Patientin ist?
- Mit welchen Worten würden Sie eine psychonkologische Unterstützung anbieten?

Herzlichen Dank!

Fragen?



Wie kann das psychische Befinden der Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden?

Dr. phil. Jan Hauser  
Markus Musholt-Meijer

Schlafender Knabe im Heu, Albert Anker

33

