

Urologe 2017 · 56:364–366  
 DOI 10.1007/s00120-017-0327-2  
 Online publiziert: 1. Februar 2017  
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist  
 eine Open-Access-Publikation.



J. F. Alidjanov<sup>1</sup> · A. Pilatz<sup>2</sup> · U. A. Abdufattaev<sup>3</sup> · J. Wiltink<sup>4</sup> · W. Weidner<sup>2</sup> ·  
 K. G. Naber<sup>5,6</sup> · F. Wagenlehner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Outpatient Urology, JSC Republican Specialized Center of Urology, Tashkent, Usbekistan

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen, Deutschland

<sup>3</sup> Department of Urology, Tashkent Medical Academy, Tashkent, Usbekistan

<sup>4</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

<sup>5</sup> Technische Universität München, München, Deutschland

<sup>6</sup> Straubing, Deutschland

## Neuer Fragebogen zur deutschen Validierung des „Acute Cystitis Symptom Score“

### Kommentar zum Beitrag

J.F. Alidjanov, A. Pilatz, U.A. Abdufattaev, J. Wiltink, W. Weidner, K.G. Naber, F. Wagenlehner. Deutsche Validierung des „Acute Cystitis Symptom Score“. Urologe 54:1269–76. Doi: [10.1007/s00120-015-3873-5](https://doi.org/10.1007/s00120-015-3873-5)

In dieser Publikation wurden die Ergebnisse der sprachlichen und klinischen Validierung des deutschen Patientenfragebogens „Acute Cystitis Symptom Score“ (ACSS) vorgestellt. Die klinische Validierung betraf den Teil A (Abb. 1, Erstvorstellung) mit Fragen zur Diagnostik und Differentialdiagnostik einer akuten unkomplizierten Zystitis bei Frauen. Ein Summenscore von  $\geq 6$  Punkten in der Kategorie „Typische Symptome“ war hochsignifikant mit einer akuten Zystitis assoziiert (Sensitivität 94,7 %, Spezifität 82,4 %). Die Auswertungen der klinischen Validierung der usbekischen und russischen Versionen des ACSS (Teil B, Abb. 2) ergaben als patientenberichtetes Ergebnis („patient-reported outcome“) eine sehr gute Trennschärfe zwischen Erfolg und Nicht-Erfolg einer durchgeführten Therapie für den Summenscore in der Kategorie „Typische Symptome“ mit oder ohne Heranziehung der Antworten auf Fragen zur Lebensqualität. Die Trennschärfe zum Behandlungserfolg in der Rubrik „Dy-

namik“ war jedoch suboptimal, was auf eine möglicherweise missverständliche Formulierung der 2. und 3. Frage zu erklären war [1]. Deshalb haben die Autoren den urheberrechtlich geschützten ACSS in allen sprachlichen Versionen entsprechend überarbeitet. Die revidierte deutsche Version des ACSS mit der überarbeiteten Rubrik „Dynamik“ und weiteren sprachlichen Präzisierungen steht jetzt für den Einsatz in Praxis und Klinik zur Verfügung (Abb. 1 und 2).

### Korrespondenzadresse

**apl. Prof. Dr.med. Dr.h.c. K. G. Naber**  
 Karl-Bickleder-Str. 44c, 94315 Straubing,  
 Deutschland  
[kurt@nabers.de](mailto:kurt@nabers.de)

**Hinweis.** Der ACSS ist urheberrechtlich geschützt mit

a) Certificate of Deposit of Intellectual Property in Fundamental Library of Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent (Registration number 2463; August 26, 2015) [[http://avtor-web.com/index.php?option=com\\_desposition&task=display\\_desp\\_det&id=2612&lang=ru](http://avtor-web.com/index.php?option=com_desposition&task=display_desp_det&id=2612&lang=ru)]

b) Certificate of the International Online Copyright Office, European Depository, Berlin, Germany (Nr. EU-01-000764; October 21, 2015) [[http://inter.interoco.com/index.php?option=com\\_desposition&task=display\\_desp\\_det&id=1013&lang=en](http://inter.interoco.com/index.php?option=com_desposition&task=display_desp_det&id=1013&lang=en)]

**Interessenkonflikt.** J.F. Alidjanov, A. Pilatz, U.A. Abdufattaev, J. Wiltink, W. Weidner, K.G. Naber und F. Wagenlehner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

### Literatur

- Alidjanov JF, Abdufattaev UA, Makhudov SA, Pilatz A, Akilov FA, Naber KG, Wagenlehner FME (2016) The acute cystitis symptom score for patient-reported outcome assessment. Urol Int 97(4):402–409

## ACSS-Fragebogen

### Erstvorstellung (Diagnose) – Teil A

Uhrzeit: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Datum der Untersuchung: / / (Tag/Monat/Jahr)

**Bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben, und bewerten Sie bitte deren Intensität (nur eine Antwort für jedes einzelne Symptom)**

		0	1	2	3	
<b>Typische Symptome</b>	<b>1</b>	Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen ( <i>wiederholte WC-Besuche</i> ) <i>bis 4-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, etwas öfter als sonst <i>5-6-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Ja, merklich öfter <i>7-8-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Ja, sehr oft <i>9-10-mal täglich</i>
	<b>2</b>	Starker, unwillkürlicher Harndrang	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>3</b>	Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>4</b>	Gefühl einer unvollständigen Harnblasenentleerung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>5</b>	Schmerzen oder Beschwerden ( <i>unangenehmes Druckgefühl</i> ) im Unterbauch oder Beckenbereich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>6</b>	Sichtbares Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<b>Punkte</b>	
<b>Differentialdiagnose</b>	<b>7</b>	Schmerzen in der Lendengegend ( <i>Flanke</i> )*	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>8</b>	Neuer oder zunehmender Ausfluss aus der Scheide	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>9</b>	Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre ( <i>unabhängig vom Wasserlassen</i> )	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	<b>10</b>	Erhöhte Körpertemperatur ( <i>über 37,5°C</i> ) / Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
		<i>Wenn Sie Temperatur gemessen haben, geben Sie diese bitte an</i>	$\leq 37,5$ °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	$\geq 39,0$ °C
<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<b>Punkte</b>	
<b>Lebensqualität</b>	<b>11</b>	<b>Bitte geben Sie an, wie stark ausgeprägt die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden waren (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort) :</b>	<input type="checkbox"/> 0 Keine Beschwerden ( <i>keine Symptome, fühle mich wie immer</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Geringe Beschwerden ( <i>fühle mich etwas unwohler als sonst</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Starke Beschwerden ( <i>fühle mich merklich schlechter als sonst</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Sehr starke Beschwerden ( <i>fühle mich schrecklich</i> )			
	<b>12</b>	<b>Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre alltägliche Aktivität / Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort) :</b>	<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt ( <i>arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt ( <i>wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt ( <i>alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Stark beeinträchtigt ( <i>ich kann praktisch nicht arbeiten</i> )			
	<b>13</b>	<b>Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre gesellschaftlichen Aktivitäten (Besuche machen, sich mit Freunden treffen usw.) innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort) :</b>	<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt ( <i>es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt ( <i>eine geringe Reduzierung der Aktivität</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt ( <i>viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Sehr stark beeinträchtigt ( <i>schrecklich, kann das Haus praktisch nicht verlassen</i> )			
	<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<b>Punkte</b>
<b>Begleitumstände</b>	<b>14</b>	<b>Bitte geben Sie an, ob zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bei Ihnen folgendes zutrifft:</b>				<b>Punkte</b>
		Menstruation ( <i>Regel</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
		Prämenstruelle Beschwerden ( <i>Beschwerden in der Zeit vor der Regel</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
		Klimakterisches Syndrom ( <i>Beschwerden in den Wechseljahren</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
		Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja	



Bitte vergessen Sie nicht, den ausgefüllten Fragebogen Ihrem Arzt zurückzugeben.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

**Abb. 1** ◀ Deutsche Version des ACSS-Fragebogens: Teil A (Erstvorstellung) zur klinischen Diagnostik und Differentialdiagnostik der akuten unkomplizierten Zystitis bei Frauen

### ACSS-Fragebogen

#### Kontrollvorstellung (Folgebefund) – Teil B

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Datum der Untersuchung: / / (Tag/Monat/Jahr)

Dynamik	Bitte geben Sie an, ob Sie irgendwelche Änderungen in Ihrem Zustand seit dem Ausfüllen des ersten Teils unseres Fragebogens bemerkt haben? (kreuzen Sie bitte Ihre Antwort an):					
	<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich jetzt ausgezeichnet (alle Symptome sind endgültig vergangen)					
	<input type="checkbox"/> 1 Mir geht es jetzt wesentlich besser (die Mehrheit der Symptome sind vergangen)					
	<input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich jetzt nur gering besser (die Mehrheit der Symptome sind immer noch da)					
	<input type="checkbox"/> 3 Es gibt jetzt keine Änderung meines Zustands (alle Symptome sind noch vorhanden)					
<input type="checkbox"/> 4 Es ist jetzt schlimmer geworden (mein Zustand hat sich verschlechtert)						
Bitte geben Sie an, ob Sie unten genannte Symptome innerhalb der letzten 24 Stunden bemerkt haben, und bewerten Sie bitte deren Intensität (nur <u>eine</u> Antwort für jedes einzelne Symptom):						
Typische Symptome	1	Häufiges Wasserlassen mit geringen Urinportionen (wiederholte WC-Besuche)	<input type="checkbox"/> Nein <i>bis 4-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Ja, etwas öfter als sonst <i>5-6-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Ja, merklich öfter <i>7-8-mal täglich</i>	<input type="checkbox"/> Ja, sehr oft <i>9-10-mal täglich</i>
	2	Starker, unwillkürlicher Harndrang	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	3	Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	4	Gefühl einer unvollständigen Harnblasenentleerung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	5	Schmerzen oder Beschwerden (unangenehmes Druckgefühl) im Unterbauch oder Beckenbereich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	6	Sichtbares Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<input type="text"/>	<b>Punkte</b>
Differentialdiagnose	7	Schmerzen in der Lendengegend (Flanke) *	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	8	Neuer oder zunehmender Ausfluss aus der Scheide	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	9	Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre (unabhängig vom Wasserlassen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
	10	Erhöhte Körpertemperatur (über 37,5°C) / Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenig	<input type="checkbox"/> Ja, mäßig	<input type="checkbox"/> Ja, stark
		Wenn Sie Temperatur gemessen haben, geben Sie diese bitte an	≤37,5 °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	≥39,0 °C
* oft einseitig (auf einer Seite)						
<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<input type="text"/>	<b>Punkte</b>
Lebensqualität	11	Bitte geben Sie an, wie stark ausgeprägt die durch die oben genannten Symptome hervorgerufenen Beschwerden innerhalb der letzten 24 Stunden waren (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort):				
	<input type="checkbox"/> 0 Keine Beschwerden (keine Symptome, fühle mich wie immer)					
	<input type="checkbox"/> 1 Geringe Beschwerden (fühle mich etwas unwohl als sonst)					
	<input type="checkbox"/> 2 Starke Beschwerden (fühle mich merklich schlechter als sonst)					
<input type="checkbox"/> 3 Sehr starke Beschwerden (fühle mich schrecklich)						
12	Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre alltägliche Aktivität / Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort):					
<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (arbeite wie an gewöhnlichen Tagen, ohne Beschwerden)						
<input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (wegen der Symptome arbeite ich etwas weniger)						
<input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (alltägliche Arbeit ist anstrengend geworden)						
<input type="checkbox"/> 3 Stark beeinträchtigt (ich kann praktisch nicht arbeiten)						
13	Bitte geben Sie an, wie weit die oben genannten Symptome Ihre gesellschaftlichen Aktivitäten (Besuche machen, sich mit Freunden treffen usw.) innerhalb der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben (wählen Sie bitte nur <u>eine</u> am ehesten zutreffende Antwort):					
<input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht beeinträchtigt (es hat sich nichts geändert, ich lebe so wie vorher)						
<input type="checkbox"/> 1 Ein wenig beeinträchtigt (eine geringe Reduzierung der Aktivität)						
<input type="checkbox"/> 2 Bedeutend beeinträchtigt (viel weniger aktiv, bleibe mehr zu Hause)						
<input type="checkbox"/> 3 Sehr stark beeinträchtigt (schrecklich, kann das Haus praktisch nicht verlassen)						
<b>Gesamtpunktzahl =</b>					<input type="text"/>	<b>Punkte</b>
Begleitumstände	14	Bitte geben Sie an, ob zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bei Ihnen folgendes zutrifft:				
		Menstruation (Regel) ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
		Prämenstruelle Beschwerden (Beschwerden in der Zeit vor der Regel) ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
		Klimakterisches Syndrom (Beschwerden in den Wechseljahren) ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
		Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			



Bitte vergessen Sie nicht, den ausgefüllten Fragebogen Ihrem Arzt zurückzugeben.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

**Abb. 2** ◀ Deutsche Version des ACSS-Fragebogens: Teil B (Kontrollvorstellung) zum Verlauf/ Behandlungserfolg bei der akuten unkomplizierten Zystitis bei Frauen