

**deutsche fatigue
gesellschaft**



**FATIGUE
THERAPIEMANUAL**

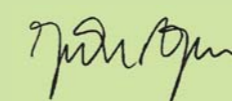
**Gesellschaft zur Erforschung
tumorbedingter und anderer Erschöpfungszustände**

Tumorbedingte Fatigue – Ein häufig verkanntes Leiden

Müdigkeit und Erschöpfung, Antriebsarmut und Kraftlosigkeit sind bekannte Phänomene bei einer Vielzahl von Erkrankungen und auch häufige Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung. Die Existenz und Bedeutung solcher Beschwerden in Zusammenhang mit z.B. onkologischen Erkrankungen sind inzwischen unumstritten. Lange Zeit galten diese als geringfügige und zu akzeptierende Befindlichkeitsstörungen und wurden in ihrer Wirkung auf die Lebensqualität massiv unterschätzt.

Heute findet „Fatigue“ zunehmend Beachtung: An die Stelle von Übelkeit und Erbrechen als gravierende psychophysiologische Nebenwirkungen, die inzwischen medikamentös relativ gut behandelbar sind, ist das Müdigkeitssyndrom als eines der häufigsten Probleme während und nach einer Krebserkrankung getreten. Fatigue wird vielfach als Begleiterscheinung der Krebserkrankung und -behandlung beschrieben, unter der nahezu alle Patienten leiden, die sich aber nach Abschluss der Behandlung zurückbilden kann. Es gibt jedoch einen beträchtlichen Anteil von Patientinnen und Patienten – in der Literatur wird von etwa einem Drittel gesprochen – die Monate und Jahre nach Abschluss der Behandlung unter chronischer Erschöpfung leiden. Diese anhaltende Erschöpfung bedeutet für die Betroffenen eine immense Einschränkung der eigenen Lebensqualität.

Trotz der unbestrittenen klinischen Bedeutsamkeit stehen wir hinsichtlich einer exakten Charakterisierung, Quantifizierung und Abgrenzung von ähnlichen Krankheitsbildern, der Ursachenerklärung und schließlich auch der Behandelbarkeit dieses Phänomens wissenschaftlich noch relativ am Anfang. Dieses Manual fasst die aktuellen Erkenntnisse bzgl. einer Beschreibung des Symptomkomplexes Fatigue, diagnostische Strategien und Behandlungsmöglichkeiten zusammen und soll damit den Behandelnden helfen, Fatigue zu erkennen, Betroffene zu beraten und effektive Behandlungsschritte einzuleiten.



PD Dr. Jens Ulrich Rüffer

1

Was ist Fatigue?

Kapitel 1	Was ist Fatigue?	Seite 3
2	Bedeutung von Fatigue für die Krebsbehandlung	4
3	Diagnostik	
	Das Gespräch	5
	Diagnosekriterien	6
4	Diagnose	
	Psychometrische Erfassung über Fragebögen	7
	Screening	8
	Differentialdiagnostik	9
5	Abgrenzung zur Depression	10
6	Behandlung	
	Allgemein	11
	Psychoonkologische Maßnahmen	12
	Sportliche Aktivität	13
	Medikamentöse Behandlung (Anämie)	14
	Medikamentöse Behandlung – Erythropoetin	15
	Medikamentöse Behandlung – Methylphenidat	16
	Andere Behandlungsmöglichkeiten	17
7	Was können Betroffene selbst tun?	18
8	Ansprechpartner und Adressen	19

Kurzbeschreibung I

Fatigue (franz. = müde, abgeschlagen) ist eine spezifische, körperlich und mental empfundene Form von Müdigkeit, Erschöpfung und Kraftlosigkeit.

Basiswissen II

Fatigue ist extrem und ganzkörperlich, tritt nicht in Bezug zu speziellen Aktivitäten oder physischen Belastungen auf und bessert sich nicht durch Erholung. Im Gegensatz zu dem Ermüdungsgefühl nach körperlicher oder geistiger Anstrengung, das auch als angenehm empfunden werden kann, tritt Fatigue ohne vorherige Belastung auf, verschwindet auch nach ausreichender Erholungszeit nicht und löst ein beträchtliches Leidensgefühl aus.

Hintergrundinformation III

Fatigue ist ein multidimensionales Konstrukt und hat Ausprägungen auf der körperlichen Ebene (körperliche Erschöpfung, Müdigkeit, Kraftlosigkeit), der seelischen (Traurigkeit, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit) und der kognitiven Ebene (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen). Wie stark die Symptomatik auf jeder der einzelnen Ebenen ausgeprägt ist, kann individuell sehr unterschiedlich sein. Fatigue beeinflusst das alltägliche Leben der Betroffenen und ebenso ihrer Angehörigen stark. Das kann ganz verschiedene Bereiche des Lebens betreffen, sei es Partnerschaft, Familie, Freunde, alltägliche Verrichtungen, gesellschaftliche Teilhabe, berufliche Tätigkeit, aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung, das Gesundheitsverhalten und die Mitwirkung an Behandlungen, um nur einige zu nennen.

2

Bedeutung von Fatigue für die Krebsbehandlung**Kurzbeschreibung I**

Bei der Behandlung von Tumoren kommt der Fatigue in allen Abschnitten eine zum Teil bekannte Rolle zu. Das betrifft die Diagnosestellung, die Behandlung, die Nachsorge und die palliative Versorgung Krebskranker.

Basiswissen II

Fatigue kann als ein Symptom auf eine mögliche Krebserkrankung hindeuten und somit wichtige Hinweise für die Diagnostik geben. Während der Krebsbehandlung, insbesondere unter Bestrahlung und Chemotherapie, tritt sie sehr häufig auf, wird aber auch Jahre nach einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie in der Nachsorgephase von ca. jedem 3. Patienten beschrieben.

Hintergrundinformation III

In der Diagnostik einer Krebserkrankung kommt Fatigue als Symptom – der so genannte „Leistungsknicks“ – eine große Bedeutung zu und ist oft auch das hervorstechende Leitsymptom. Unter der Therapie tritt die Erschöpfung recht häufig auf. Es wird geschätzt, dass etwa 80% aller Therapiepatienten unter Fatigue leiden (Untersuchungen u.a. von Andrykowski et al., 2005; Prue et al., 2006; Respini et al., 2003; Wang et al., 2002). Tumorerkrankung, Therapie und damit verbundene Komplikationen sind neben dem „Diagnoseschock“ als auslösende Ursache zu nennen. Neben durch Übelkeit und Erbrechen bedingter Mangelernährung spielen auch Stoffwechselveränderungen und insbesondere Anämie – tumor- und therapiebedingt – eine wichtige Rolle, sind jedoch beeinflussbar und sogar behebbar. Fatigue hingegen kann nach Abschluss der Therapie bestehen bleiben.

Unmittelbar nach der Behandlung ist die Tumorerkrankung den oben angeführten Ursachen zuzuordnen. Aber im weiteren Verlauf müssen dann andere Momente als Auslöser für Fatigue angenommen werden, denn auch Jahre nach Therapie lei-

den bis zu 40% der Patienten bestimmter Tumorentitäten unter Tumorerkrankung. In der Phase der Palliation ist Fatigue ein wichtiger Risikofaktor, der mitentscheidend für die verbleibende Lebenszeit ist. Über die Erfolge somatischer Behandlungsmaßnahmen droht der Einfluss von Fatigue auf den Krankheitsverlauf, auf die Lebensqualität insgesamt übersehen zu werden. Dabei kommt der Fatigue eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Compliance der Patienten zu. Bei Patienten, die stark unter Fatigue leiden, findet sich eine reduzierte Bereitschaft oder Fähigkeit sich den notwendigen Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen zu unterziehen. Trotz viel versprechender therapeutischer Möglichkeiten wird Fatigue oft fatalerweise als unbeeinflussbares Begleitphänomen der Erkrankung oder der Tumorthherapie hingenommen.

Studien zu Fatigue bei als geheilt geltenden Patienten mit Morbus Hodgkin und Hodentumoren konnten zeigen, dass auch noch längere Zeit nach Beendigung der Therapie erhebliche Langzeitbeeinträchtigungen der Lebensqualität bis hin zur Frühinvalidität zu verzeichnen sind.

3

**Diagnostik
Das Gespräch****Kurzbeschreibung I**

Die Diagnose einer Fatigue erfolgt initial i.d.R. über ein Gespräch. Es besteht Einigkeit darüber, dass Erschöpfung vorrangig per Selbstbeurteilung zu erfassen ist, da die Symptomatik entscheidend durch das subjektive Erleben der Betroffenen gekennzeichnet ist.

Basiswissen II

In der Anamnese sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Krankheitsvorgeschichte
- Physische Parameter
- Emotionaler Zustand
- Therapiemaßnahmen
- Medikation
- Schlaf
- Müdigkeitsmuster
- Gedächtnis/Aufmerksamkeit
- Leistungsfähigkeit im Rahmen täglicher Routine

Hintergrundinformation III

Bei „Müdigkeit“ im umfassenden Sinne handelt es sich um ein universelles subjektives Phänomen, dessen Intensität stark schwankt und das auch in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen ist. Schließlich hängt die Kennzeichnung eines solchen Zustandes als „ungewöhnliche Müdigkeit“ oder „Fatigue“ davon ab, in wie weit dieser in seiner Schwere und seiner Merkmalskonstellation tatsächlich vom „Gewöhnlichen“ bzw. Durchschnittlichen abweicht.

Eine ausführliche Anamnese ist die beste Möglichkeit, eine Fatiguesymptomatik von „normaler“ Müdigkeit abzugrenzen. Generell erfordert die Vielschichtigkeit des Phänomens Fatigue ein komplexes diagnostisches Vorgehen. Hilfreich sind Diagnosekriterien, wie sie bereits von Curt et al., 2000, formuliert wurden (> Diagnosekriterien). Zudem müssen Begleiterkrankungen ausgeschlossen werden, denen eine sehr ähnliche Symptomatik zu Grunde liegt (> Differentialdiagnostik).

3

Diagnostik Diagnosekriterien

Kurzbeschreibung I

Für die Fallentscheidung bei einer Fatiguesymptomatik liegen Kriterien, die den üblichen klinischen kategorialen Diagnosesystemen (z.B. DSM, ICD) entsprechen, vor.

Basiswissen II

Zur klinischen Diagnostik wurde entsprechend dem Vorgehen der WHO ein Kriterienkatalog vorgeschlagen, an Hand dessen sich eine Symptomatik einschätzen lässt. So hat analog kategorialer, klinischer diagnostischer Systeme (z.B. DSM, ICD) die so genannte „Fatigue Coalition“ (Curt et al., 2000) eine Merkmalsliste bestehend aus 11 Symptomen zusammengestellt, von welchen mindestens 6 zutreffen müssen, um eine Fatigue-Diagnose zu vergeben.

Hintergrundinformation III

Vorgeschlagene ICD-10-Kriterien für tumorbedingte Fatigue

6 (oder mehr) der folgenden Symptome bestehen täglich bzw. fast täglich während einer Zwei-Wochen-Periode im vergangenen Monat, und mindestens eines der Symptome ist deutliche Müdigkeit (A1).

- A 1** Deutliche Müdigkeit, Energieverlust oder verstärktes Ruhebedürfnis, welches in keinem Verhältnis zu aktuellen Veränderungen des Aktivitätsniveaus steht.
 - A 2** Beschwerden allgemeiner Schwäche oder schwerer Glieder.
 - A 3** Verminderte Fähigkeit zu Konzentration und Aufmerksamkeit.
 - A 4** Verringerte(s) Motivation oder Interesse an Alltagsaktivitäten.
 - A 5** Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf.
 - A 6** Schlaf wird nicht als erholsam und regenerierend erlebt.
 - A 7** Notwendigkeit starker Anstrengung, um Inaktivität zu überwinden.
 - A 8** Deutliche emotionale Reaktionen auf Fatigueproblematik (z.B. Traurigkeit, Frustration oder Reizbarkeit).
 - A 9** Durch Müdigkeit bedingte Schwierigkeiten, alltägliche Aufgaben zu erledigen.
 - A 10** Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis.
 - A 11** Mehrere Stunden anhaltendes Unwohlsein nach Anstrengung.
- B** Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C** Aus Anamnese, körperlichen Untersuchungen oder Laborbefunden geht eindeutig hervor, dass die Symptome Konsequenzen einer Tumorerkrankung oder ihrer Behandlungen sind.

Die Symptome sind nicht primär Konsequenzen einer komorbiden psychischen Störung, wie Major Depression, Somatoforme Störung oder Delir.

4

Diagnose Psychometrische Erfassung über Fragebögen

Kurzbeschreibung I

Zur psychometrischen Erfassung von Fatigue wurden eine Vielzahl von Fragebögen entwickelt, die die Symptomatik in ihrer Schwere und Vielschichtigkeit abbilden. Im europäischen Sprachraum wird häufig das Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) von Ellen Smets et al., 1995, im amerikanischen der FACT-F/An von David Cella, 1997, verwendet.

Basiswissen II

Die Vielschichtigkeit des Phänomens Fatigue fordert ein spezielles und differenziertes Erhebungsinventar, das mehrere Aspekte der Symptomatik abbilden kann. Unbestritten erscheint somit, dass die Einschätzung von Müdigkeit/Fatigue auf mehreren Dimensionen erfolgen muss: einer körperlichen, einer emotionalen und motivationalen, einer kognitiv-mental und einer zeitlichen Dimension (akuter oder chronischer Verlauf).

Hintergrundinformation III

Krebsbezogene Fatigue: Messverfahren (Auswahl)

EORTC-QLQ-C30

Aaronson et al., 1993
Instrument zur Einschätzung von gesundheitsbezogener Lebensqualität; enthält eine Fatigue-Skala; 3 Items

Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)

Smets et al., 1995
Multidimensional: Allgemeine, physische, mentale Fatigue, Aktivität, Motivation; 20 Items

Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue Scale/Anemia Scale (FACT-F/An)

Cella, 1997
Eindimensional: Physische Funktionen (FACT-F, 13 Items), Anämiesymptome (FACT-An); 7 Items

Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ)

Glaus, 1998
Multidimensional: Physische, emotionale, kognitive Fatigue; 20 Items

Brief Fatigue Inventory (BFI)

Mendoza et al., 1999
Eindimensional: 9 Items

Schwartz Cancer Fatigue Scale (SCFS)

Schwartz et al., 1998
Multidimensional: Dauer; Physische, emotionale, kognitive Fatigue; 28/6 Items

Spezifische standardisierte Fragebögen, die eine Quantifizierung bei Verlaufsbeobachtungen erlauben, haben sich vor allem im wissenschaftlichen Kontext bewährt. Diese Instrumente ermöglichen eine kategoriale Aussage zu treffen, ob Fatigue beim Einzelnen vorliegt oder nicht. Zum anderen können Fragebögen der Vielschichtigkeit des Syndroms gerecht werden, indem sie Fatigue auf mehreren Dimensionen, also als Profil von Schweregraden, abbilden. Diese Dimensionen umfassen eine körperliche, eine emotionale, eine kognitiv-mentale und eine zeitliche (akuter oder chronischer Verlauf). Einigen Autoren genügen folgende drei Dimensionen: physischer Bereich (Erschöpfung, Schwäche), kognitiver (Konzentrationsschwierigkeit, Schläfrigkeit) und affektiver Bereich (Energieverlust, Depressivität).

Es existieren bereits verschiedene psychometrische Verfahren, die der Anforderung, Fatigue auf mehreren Dimensionen abzubilden, gerecht werden. Eine Auswahl verfügbarer Instrumente zur Erfassung von Fatigue ist links zusammengestellt. Einige enthalten Fatigue als eine Subskala, andere widmen sich ausschließlich dieser Zielgröße. Diese zielen dann auf das Phänomen „Müdigkeit“ allgemein ab, oder sind spezifische für Fatigue bei Tumorerkrankungen konstruiert worden. Die verschiedenen Instrumente zur Diagnostik der Fatigue fokussieren unterschiedliche Facetten. Das heißt, vor der Auswahl eines Messinstrumentes z.B. innerhalb einer Therapiestudie muss darüber Klarheit bestehen, welche Dimension von Fatigue im jeweiligen Anwendungsfall relevant erscheint. In deutscher Fassung liegen zwei im onkologischen Bereich erprobte Fragebögen zur Selbsteinschätzung seitens der Betroffenen vor: das Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) von Ellen Smets et al., 1995, sowie der Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ) von Agnes Glaus, 1998.

4

Diagnose
Screening

Kurzbeschreibung I

Screenings werden zur Kurzdiagnostik eingesetzt, wobei diese Methoden fehlerbehaftet sind. Sie dienen v.a. der Entscheidung über eine Zuführung zu weiterführender Diagnostik. Grundsätzlich ist einem Gespräch der Vorrang vor einem Fragebogen zu geben.

Basiswissen II

Neben einem Gespräch, möglichst auf Grundlage des Kriterienkatalogs, können Fragebögen bzw. Einzelskalen aus Fragebögen eingesetzt werden. Geeignet sind die Subskala „Allgemeine Erschöpfung“ des Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) von Ellen Smets et al., 1995, sowie die Subskala „Fatigue“ der EORTC, 1993.

Hintergrundinformation III

Die Einzelskala „Allgemeine Erschöpfung“ aus dem Multidimensional Fatigue Inventory (MFI), die als Screeningmethode herangezogen werden kann, besteht aus vier Aussagen, auf Grundlage derer die Betroffenen ihre Symptomatik auf einer 5-stufigen Skala einschätzen.

Diese Fragen sind:

Ich fühle mich leistungsfähig.

Ich fühle mich müde.

Ich fühle mich ausgeruht.

Ich ermüde sehr schnell.

Zur Einschätzung des Vorliegens von Fatigue mittels Skalen aus Fragebögen, ist es notwendig, Schwellenwerte oder cut-off-Werte zu definieren, welche angeben, ob die Bedingungen für eine Fallentscheidung erfüllt sind. Eine generell akzeptierte Übereinkunft über die Höhe der cut-off-Werte bzw. Schwellenwerte gibt es für das Verfahren MFI im deutschsprachigen Raum bisher nicht. Es liegen jedoch Normwerte basierend auf der Verteilung von Fatigue in der deutschen Allgemeinbevölkerung vor, sowie Vorschläge für cut-off-Werte (Schwarz et al., 2003). Da Fatigue mit dem Alter zunimmt und bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern, wurden die cut-off-Werte abhängig von Altersgruppen und Geschlecht bestimmt.

4

Diagnose
Differentialdiagnostik

Kurzbeschreibung I

Fatigue ist ein Symptom, das bei einer Reihe anderer Erkrankungen ebenfalls auftritt. Aus diesem Grund wird der Differentialdiagnostik eine große Bedeutung zugeschrieben.

Basiswissen II

Fatigue ist ein bekanntes Begleitsymptom u.a. nach Virusinfekten, Bluterkrankungen und endokrinen Störungen. Seit einigen Jahren spielt dieser Symptomenkomplex eine zunehmende Rolle im Kontext funktioneller bzw. als körperlich empfundener Leiden sowie psychischer Erkrankungen.

Hintergrundinformation III

Die Abgrenzung krebsbedingter Fatigue zu anderen Begleiterkrankungen ist aufgrund der Überschneidungen der Symptome oftmals nicht einfach. Folgende Syndrome/Erkrankungen sollten ausgeschlossen werden:

- Postvirales Ermüdungssyndrom
- Depressive Störungsbilder
- Somatisierungsstörungen
- Chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS)
- Burnout Syndrom, Mobbing
- Fibromyalgie (ME)
- Multiple Chemical Sensitivity (MCS)
- Sick Building Syndrom
- Multiple Sklerose (MS)

5

Abgrenzung zur Depression

Kurzbeschreibung I

Fatigue und Depression sind zwei verschiedene Krankheitsbilder!

Basiswissen II

Neben Angst stellt die Depression die häufigste seelische Begleiterkrankung bei malignen Tumorleiden dar. Andererseits leidet die Hälfte aller Patienten mit dem Leitsymptom Müdigkeit im Grunde auch unter einer seelischen Erkrankung, vorrangig unter einer Depression. Letztlich findet sich nahezu jedes Merkmal des Fatigue-Syndroms auch bei der Depression wieder (Reuter, 2005).

Hintergrundinformation III

Fatigue:
Ich will, aber ich kann nicht

- Müdigkeit ohne entsprechende Belastung
- kein erholsamer Schlaf
- körperliche, emotionale, motivationale, kognitive Ebene
- Krankheitsvorgeschichte
- etc.

Depression:
Ich bin nichts mehr wert

- Minderwertigkeitsgefühl
- Gefühl von Leere, Sinnlosigkeit
- Negativismus, Anhedonie, Teilnahmslosigkeit, Starre
- Ideenarmut, Grübelneigung
- vegetative Störungen, Leibföhlstörungen
- Entschlussunfähigkeit
- Tages-, Saisonale Schwankung
- etc.

Aus therapeutischer Sicht erscheint es jedoch notwendig, bei Patienten mit einer Müdigkeitssymptomatik zu unterscheiden, welchen Anteil eine primäre Tumorfatigue haben könnte, in wie weit sich eine depressive Entwicklung dahinter verbirgt oder ob beide Aspekte zusammenwirken. So ist vielfach beobachtet worden, dass Fatigue bei Patienten mit depressiver Stimmungslage häufiger und mit größerer Intensität auftritt, aber auch dass Fatigue Depression induzieren und verstärken kann.

Auf eine präzise Klärung der Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen Krebs, Depression und Fatigue ist bisher einige Mühe verwandt worden. Angesichts der dennoch eher mageren empirischen Evidenz, müssen einige Fragen noch immer unbeantwortet bleiben. Eine klare Unterscheidung zwischen Depression und Fatigue und damit eine eindeutige kausale Zuordnung wird nicht in jedem Fall vollständig gelingen.

Hinweis gebend ist die Vorgeschichte des Patienten, also in wie weit es bereits früher Episoden einer depressiven Verstimmung gegeben hat, ob das Müdigkeitsgeschehen erstmalig im Kontext der Tumorerkrankung aufgetreten ist und ob dieses einer depressiven Verstimmung vorausging. Die Art des Tumorleidens und der Therapie können zusätzliche Anhaltspunkte geben.

Für ein depressives Geschehen spricht eher, wenn die motivationale Dimension von Fatigue, also die Antriebsminderung akzentuiert ist und eine starke und vielleicht schwer einfühlbare Tendenz zur Selbstentwertung mit Suizidgedanken vorliegt. Charakteristisch für Fatigue wäre dagegen eine mehr körperlich empfundene Erschöpfung, Schwäche und Müdigkeit.

6

Behandlung
Allgemein

Kurzbeschreibung I

Nach Ausschluss/Behandlung anderer Grunderkrankungen beruht die Fatiguebehandlung auf drei Ansätzen: psychoonkologische Maßnahmen, Bewegungstherapie und medikamentöse Behandlung.

Basiswissen II

Sportliche Aktivität, psychosoziale Unterstützung, Symptomkontrolle und eine medikamentöse Therapie sind die wichtigsten Ansätze für die Therapie. Auf dieser Basis muss für jeden Patienten eine individuelle Therapieplanung erfolgen. Abhängig vom Fatiguemuster, der körperlichen, psychischen und mentalen Disposition des Patienten werden die einzelnen Ansätze optimal kombiniert. Allerdings existiert noch kein validierter Behandlungsalgorithmus.

Hintergrundinformation III

Für die Behandlung von Fatigue steht an erster Stelle, das Phänomen als eine gravierende Befindlichkeitsstörung anzuerkennen, die nicht als unabwendbar und unumgänglich zu erdulden ist. Viele Patienten verstehen selbst nicht, was mit ihnen los ist und fühlen sich unverstanden von ihrem Umfeld, wie Freunde, Familie aber auch Ärzte. Umso wichtiger ist es, eine vertrauensvolle und wertschätzende Arzt-Patienten-Beziehung zu schaffen, in der sich der Patient angenommen und mit seinen Problemen ernst genommen fühlt. Für einige Patienten wirkt es bereits entlastend und erhöht den Wunsch nach Behandlung, wenn sie erfahren, dass es einen Namen für ihr Problem gibt und dieses als stark beeinträchtigend und behandlungsbedürftig anerkannt wird.

Da über die Ursachen von Fatigue noch wenig bekannt ist, gibt es bisher auch nur wenige gesicherte Therapien. Behandlung sollte grundsätzlich mehrgleisig erfolgen und individuell angepasst sein. So vielfältig Fatigue sich in seinen Ausprägungen zeigen kann, so vielfältig sind auch die Therapien. Das Ansprechen auf verschiedene Behandlungsmöglichkeiten ist sehr individuell. Eine persönliche Beratung für jeden Einzelnen bildet die Grundlage, um die beste Behandlung gemäß seinen individuellen Einschränkungen zu finden.

6

Behandlung Psychoonkologische Maßnahmen

Kurzbeschreibung I

Psychoonkologische Unterstützung kann vielen Betroffenen helfen, Fatigue und deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben besser zu verkraften.

Basiswissen II

Psychoonkologische Unterstützung kann Beratungsgespräche, Psychotherapie, Gruppenangebote u.ä. umfassen. Wichtige Inhalte können zunächst die grundsätzliche Anerkennung des Leidens, weitere psychoedukative Aspekte und Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung sein.

Hintergrundinformation III

Während in der akuten Krankheitsphase informationsvermittelnde, konfliktverarbeitende und psychoedukative Methoden, d.h. Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen, im Vordergrund stehen, sind in der Nachsorge und Rehabilitation zusätzlich körperliche oder neuropsychologische Übungsbehandlungen, z.B. Gedächtnistraining hilfreich (> andere Behandlungsmöglichkeiten). Der Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen ist ebenfalls eine sinnvolle Unterstützung. Psychoedukative Ansätze verfolgen das Ziel, dass die Betroffenen und deren Angehörige Wissen über die Erkrankung, Behandlungsoptionen, aber auch mögliche Auswirkungen auf ihr alltägliches Leben und den Umgang damit vermittelt werden. Viele Betroffene profitieren schon davon, wenn ihr Leiden als solches grundsätzlich anerkannt wird und einen Namen erhält. Dabei zu helfen, neue Wege für ein Leben mit Fatigue zu erschließen, ist ein weiterer Ansatzpunkt für psychoedukative Maßnahmen.

Psychotherapie kann vielen Betroffenen helfen, mit den seelischen Belastungen besser umzugehen und den Prozess der Krankheitsverarbeitung gut unterstützen. Psychotherapie kann zudem indiziert sein, wenn Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. ein sehr selbstkritischer oder perfektionistischer Anteil, oder durch die Krebserkrankung oder Fatigue verstärkte psychische Störungen, die prämorbid schon bestanden, den Umgang mit der Erkrankung erschweren oder dazu beitragen, die Symptomatik aufrechtzuerhalten.

6

Behandlung Sportliche Aktivität

Kurzbeschreibung I

Körperliche Aktivität oder dosiertes körperliches Training können Fatigue mindern.

Basiswissen II

Leichte körperliche Aktivität kann sehr positiv auf die Fatigue-symptomatik wirken. Diese sollte an den Interessen und Belastungsgrenzen der Patienten orientiert sein. Geeignete Sportarten sind bspw. Gehen, Joggen, Rad fahren oder Schwimmen. Auch regelmäßiges Spazierengehen wird als hilfreich erlebt.

Hintergrundinformation III

Es gibt vielfältige wissenschaftliche Belege, dass durch individuell dosierte, körperliche Betätigung die Lebensqualität verbessert und die Fatiguebelastung der Patienten reduziert werden können. So zeigten Dimeo et al., 1999, dass Patienten auch während einer Knochenmarktransplantation von regelmäßigem körperlichem Training hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Fatigue profitieren. In einer norwegischen Studie konnte die Effektivität des körperlichen Trainings bei Hodgkin-Patienten mit Fatigue nach Abschluss der Behandlung bestätigt werden (Knobel et al., 2003).

Körperliches Training sollte so früh wie möglich schon zu Beginn der Krebstherapie eingesetzt werden. Dabei ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Belastungsgrenze kennen bzw. kennen lernen und an dieser ihre körperliche Aktivität ausrichten. Durch eine Überschreitung der individuellen Belastungsgrenze kann es aber auch zu einer Symptomverschlechterung kommen. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit ist durch kleine individuelle Schritte möglich. Dabei sollte versucht werden, die Trainingseinheiten langsam und schrittweise

zu erhöhen, und zwar immer nur so weit, wie sie der Betroffene ohne Symptomverschlechterung realisieren kann. Das kann bedeuten, dass ein kurzer Spaziergang monatlich nur um 50 m gesteigert wird. Eine körperliche Überforderung sollte vermieden werden.

Die Deutsche Fatigue Gesellschaft hat dazu eine Broschüre mit dem Titel „Fitness trotz Fatigue. Bewegung und Sport bei tumorbedingtem Müdigkeitssyndrom“ herausgegeben.

6

Behandlung Medikamentöse Behandlung (Anämie)

Kurzbeschreibung I Eine kausale Behandlung der Fatigue ist immer dann möglich, wenn eine Grunderkrankung diagnostiziert wird. Die wichtigste Grunderkrankung, die für die akute Fatigue verantwortlich ist, ist die Anämie, die Blutarmut.

Basiswissen II Die Anämie ist bei mehr als 80% aller Patienten für das Auftreten einer akuten Erschöpfung verantwortlich. Dieser Zusammenhang konnte mehrfach belegt werden: Anämie führt zur Verschlechterung der Lebensqualität und Verstärkung der Erschöpfung. Die Behandlung der Blutarmut führt nachweislich zu einer Reduktion der Fatigue und einer verbesserten Lebensqualität.

Hintergrundinformation III Weitere Grunderkrankungen, die für eine tumorbedingte Fatigue verantwortlich sein können, sind neben der Anämie vor allem neu aufgetretene Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und Schilddrüsenfunktionsstörungen. Die Behandlung der Anämie richtet sich nach den Leitlinien der EORTC oder der ASCO. Erythropoetin wird empfohlen bei chemotherapieassoziiertes Anämie ($Hb < 10 \text{ g/dl}$), um Transfusionen zu vermeiden. Dabei ist zu beachten, dass eine frühzeitige Behandlung einem späten Behandlungsbeginn bezüglich der Endpunkte Lebensqualität, Fatigue und Transfusionshäufigkeit überlegen ist. Rekombinantes Erythropoetin ist der Gabe von Bluttransfusionen in verschiedener Hinsicht überlegen. Neben der Vermeidung von Infektionsrisiken ist die erreichte Stabilisierung des Hämoglobins bei den Patienten, bei denen eine Erythropoetinbehandlung effektiv ist, wesentlich zuverlässiger als mit Bluttransfusionen. In einer öffentlichen Stellungnahme vom 23. Oktober 2007 hat die europäische Zulassungsbehörde (EMA) unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage das günstige Nutzen-Risiko-Profil der Erythro-

poetine bei indikationskonformem Einsatz bestätigt. Eine abschließende Bewertung der Tatsache, dass auf verschiedenen Tumorgeweben Erythropoetinrezeptoren charakterisiert werden konnten, ist derzeit nicht möglich.

6

Behandlung Medikamentöse Behandlung – Erythropoetin

Kurzbeschreibung I Wenn eine Behandlung mit rekombinanten Erythropoetinen beabsichtigt wird, dann sollte zuvor der Eisenhaushalt bzw. der Eisenstoffwechsel optimiert werden.

Basiswissen II Erythropoetine werden grundsätzlich subkutan verabreicht. Der Patient erlernt die Applikation in der Klinik oder Praxis. Eine regelmäßige Kontrolle des Hämoglobins ist unbedingt notwendig, um eine optimale Applikation zu titrieren. Kontraindikationen, Blutdruck und Thromboseneigung sind unbedingt zu beachten.

Hintergrundinformation III Dosierungsalgorithmus für die Gabe von Erythropoetin bei onkologischen Patienten, die eine Chemotherapie erhalten (Vorschlag)



6

Behandlung

Medikamentöse Behandlung – Methylphenidat

Kurzbeschreibung I

Insbesondere bei der Behandlung der chronischen Fatigue stellt das Amphetamin Methylphenidat einen viel versprechenden Ansatz dar. Zurzeit ist die Anwendung von Methylphenidat nur innerhalb von kontrollierten wissenschaftlichen Studien möglich.

Basiswissen II

Methylphenidat ist für die Behandlung des tumorbedingten Fatiguesyndroms nicht zugelassen. Allerdings gibt es einige Fallberichte, die eine Wirksamkeit bei Patienten mit chronischer Erschöpfung nahe legen. Methylphenidat gehört zu den Amphetaminen und greift in den Dopaminstoffwechsel ein.

Hintergrundinformation III

Initial wurde die Substanz zur Vigilanzsteigerung bei älteren Menschen eingeführt. Hier konnte sich Methylphenidat nicht durchsetzen. Durch Zufall wurde seine Wirkung auf das ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) entdeckt. Durch eine Wiederaufnahmehemmung von Dopamin und Noradrenalin an der Synapse sowie durch eine Dopamintransporter-Blockade (MPH + AMP) wird eine Stimulation erreicht.

Bislang veröffentlichte Studien zur Wirksamkeit bei Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom lassen bisher keine zuverlässige Schlussfolgerung zu. Daher sind weitere Studien unbedingt notwendig. Die Deutsche Fatigue Gesellschaft führt zur Zeit eine Placebo kontrollierte Phase II/III Studie durch. Einzelheiten zur Studie können auf der Internetseite eingesehen werden (www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de).

Methylphenidat hat eine kurze Halbwertszeit von ca. 90 bis 120 Minuten, wenn es nicht in der Retardform verabreicht wird. Verstoffwechselt wird es in der Leber und hat nur wenige Nebenwirkungen. Es bleibt abzuwarten, ob sich mit Methylphenidat eine ernsthafte Therapieoption in der Behandlung der chronischen Fatigue etablieren wird.

6

Behandlung

Andere Behandlungsmöglichkeiten

Kurzbeschreibung I

Die Behandlung einer Fatigue kann durch weitere Behandlungsoptionen ergänzt werden, wie z.B. ein kognitives Training, Entspannungsverfahren und Ernährungsberatung.

Basiswissen II

Je nach individuellem Erscheinungsbild und Ausprägung der Fatigue können spezielle ergänzende Behandlungsansätze in den Therapieplan integriert werden. Ein Beispiel hierfür ist kognitives Training, welches bei einer stark ausgeprägten kognitiven Komponente der Fatigue eingesetzt werden kann. Entspannungsverfahren können dazu beitragen, Ruhephasen besser zu gestalten.

Hintergrundinformation III

Fatigue kann eine starke Ausprägung auf der kognitiven Ebene haben. Patienten berichten, dass sie sich weniger konzentrieren können, die Merkfähigkeit leidet und dass sie Gesprächen schlechter folgen können. In diesen Fällen kann auch ein kognitives Training in den Behandlungsplan mit aufgenommen werden. Entspannungsverfahren können das Wohlbefinden steigern und einen guten Ausgleich zu Phasen von körperlicher Aktivität darstellen. Auch wurden ihnen bei Schlafstörungen günstige Wirkung nachgewiesen. Es gibt verschiedene Methoden bzw. Entspannungstechniken, die – individuelle Vorlieben der Betroffenen berücksichtigt – eingesetzt werden können. Die bekanntesten sind das Autogene Training (AT), die Progressive Muskelrelaxation (PMR) und imaginative Verfahren.

7

Was können Betroffene selbst tun?

Kurzbeschreibung I

Betroffene können durch eine angemessene Lebensgestaltung selbst dazu beitragen, mit Fatigue und deren Auswirkungen besser umgehen zu können.

Basiswissen II

Betroffene können lernen, wieviel Anstrengung sie vertragen sowie zu welchen Zeiten sie sich kraftvoll fühlen und zu welchen Zeiten weniger. Wichtig ist es, die eigenen Aufgaben und Aktivitäten nach diesem individuellen Rhythmus einzuteilen, sowie Pausen und Ruhephasen im Wechsel mit Aktivitätsphasen zu planen. Gute Schlafbedingungen, eine gesunde Ernährung sowie regelmäßige Bewegung und Entspannung fördern zudem das Wohlbefinden.

Hintergrundinformation III

Für Betroffene ist es wichtig, ihre eigenen Kräfte einzuteilen und Kräfte für wichtige Aufgaben zu erhalten und zu stärken. Voraussetzung ist, selbst zu wissen, wo die eigenen Kraftreserven liegen und wieviel sich jeder Einzelne zumuten kann. Ein Tagebuch zu führen, ermöglicht es den Betroffenen zu erkennen, wann ihnen im Tagesverlauf die meisten Kräfte zur Verfügung stehen. Für wichtige Aufgaben sollte diese Zeit eingeplant werden. Hilfreich ist es, den Tagesablauf möglichst schon am Vortag genau zu planen und dabei zu überlegen, welche Aufgaben wichtig und welche weniger wichtig sind. Weniger wichtige Aufgaben können eventuell vertagt oder delegiert werden. Auch regelmäßige Pausen einzuplanen ist unerlässlich. Insbesondere Aufgaben, die längere Zeit in Anspruch nehmen, sollten Schritt für Schritt, und immer wieder durch Pausen unterbrochen, durchgeführt werden.

Kräfte zu sparen ist in verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens möglich, z.B. indem die Betroffenen sich persönliche Hilfe durch Angehörige oder von professioneller Seite (z.B. Haushaltshilfe) organisieren, aber auch alltägliche Arbeiten möglichst Kraft schonend verrichten, z.B. im Sitzen oder mit Hilfe elektrischer Geräte.

Angenehme Aktivitäten, Spaß und Genuss sollten im Tagesplan fest verankert werden. Sie vermögen das Wohlbefinden zu steigern und damit letztlich auch neue Kräfte zu sammeln. Einige Betroffene erleben es als hilfreich, sich mit Menschen, die ähnliche Symptome erleben, auszutauschen. Für diese ist der Besuch von Selbsthilfegruppen sehr sinnvoll.

8

Hilfreiche Ansprechpartner und Adress-Datenbanken

DFaG

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V.
Maria-Hilf-Straße 15
50677 Köln
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de
info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de
Telefax 0221. 93 115 97
Telefon 0221. 93 115 96

dapo

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
Kardinal-von-Galen-Ring 10
48149 Münster
www.dapo-ev.de
dapo-ev@t-online.de
Telefax 0251. 835 68 89
Telefon 0700. 20 00 66 66
(Mo bis Fr 9:00-18:00 Uhr 12,4 Cent pro Minute –
zu allen anderen Zeiten 6,2 Cent pro Minute)

Adress-Datenbank der dapo

www.dapo-ev.de/adressen.html
Therapeuten und Beratungsstellen zum Thema Fatigue
(sortiert nach Postleitzahlen)

KID

Krebsinformationsdienst
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
krebisinformationsdienst@dkfz.de
Informationsdienst für krebsbezogene Anfragen:
Telefon 0800. 420 30 40 (täglich von 8:00-20:00 Uhr)

Adress-Datenbank des KID

www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php
Psychoonkologen, Selbsthilfegruppen, Krebsberatungsstellen etc.
(sortiert nach Orten)

PSO

Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft
Prof. Dr. phil. Joachim Weis
Leiter Psychosoziale Abteilung
Klinik für Tumorbiologie
Breisacher Straße 117
79106 Freiburg
www.pso-ag.de
jowe@tumorbio.uni-freiburg.de
Telefax 0761. 206-2258
Telefon 0761. 206-2220 oder -2218

Die Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Ursachen von Fatigue weiter zu erforschen, ihre Bedeutung für den Krankheitsprozess einer breiten Öffentlichkeit näher zu bringen, moderne Behandlungskonzepte zu entwickeln und ihre Effektivität zu prüfen. Die Deutsche Fatigue Gesellschaft bietet folgende Informations- und Beratungsleistungen an:

Für Forschungsprojekte

- Beratung bei Studienkonzeptionen
- Hilfe bei der Implementierung von Methoden zur Erfassung von Fatigue bzw. bei Lebensqualitätserhebungen in Studien
- Anleitung zur Evaluation von Fatigue bezogenen Interventionen
- Hilfestellung bei der Auswertung von Studiendaten

Für Ärzte

- Beratung zu Fatigue-Problemen
- Fortbildungsveranstaltungen
- Informationsmaterial

Für Patienten

- Informationsveranstaltungen
- Individuelle Beratung
- Informationsmaterial

Im Auftrag der Deutschen Fatigue Gesellschaft sind weitere Publikationen erschienen:

„18 Fragen und Antworten zu tumorbedingter Fatigue“
Informationsbroschüre

„Fitness trotz Fatigue. Bewegung und Sport bei tumorbedingtem Müdigkeitssyndrom“
Informationsbroschüre mit beiliegender DVD

„Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs“
(aus der Reihe „Die blauen Ratgeber der Deutschen Krebshilfe e.V.“)

Geschäftsstelle

Deutsche Fatigue Gesellschaft eV (DFaG)

Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de
info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de
Telefon 0221. 93 115 96
Telefax 0221. 93 115 97

Mit freundlicher Unterstützung

Roche Pharma AG (Fördermitglied)

Text

Dipl.-Psych. Susanne Kuhnt

Redaktion

art tempi communications GmbH

Gestaltung

Simone Mutert