

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

TUMOR-BEDINGTE DAUER-ERSCHÖPFUNG

Tumor-assoziierte Fatigue – chronische Müdigkeit bei Krebs-Patienten

Eine Krebs-Erkrankung gehört zu den schwersten Belastungen, die einem Menschen gesundheitlich und psychosozial aufgebürdet werden kann. Aus der Vielzahl der Beschwerden sticht dabei die tumor-bedingte Dauer-Erschöpfung hervor: müde, kraftlos und vermindert leistungsfähig. Dieses Leidensbild, tumor-assoziierte Fatigue genannt, reicht von Gefühlen der Abgeschlagenheit und mangelnden Energie über Antriebs- und Interesselosigkeit bis zu Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Das Beschwerdebild ist ausgesprochen individuell, so dass kaum eines dem anderen gleicht. Es kann zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung auftreten, d. h. schon als frühes Zeichen, vor allem aber während der Behandlung und schließlich sogar lange nach deren Abschluss.

Umso sonderbarer ist es, dass es nur selten zur Sprache kommt. Zum einen wird es von der therapeutischen Seite her nur selten gezielt erfragt, zum anderen von den Betroffenen meist als „zur Krankheit und Therapie gehörend“ betrachtet. Kurz: Man muss es halt erdulden. Doch die Ursachen sind mehrschichtig und deshalb auch der diagnostische Zugang. Und wichtig: Den seelischen und psychosozialen Anteil nicht vergessen. Das ist auch für die therapeutischen Möglichkeiten bedeutsam, die es teils kausal (konkret fassbare Ursachen), teils symptomatisch (d. h. ohne fassbare Ursachen) gibt. Dazu gehören dann zum einen nicht-medikamentöse Therapie-Maßnahmen, zum anderen Behandlungs-Möglichkeiten durch entsprechende Medikamente, wobei auch Pflanzenheilmittel diskutiert werden.

Erwähnte Fachbegriffe:

Tumor-Erkrankung – Krebs-Erkrankung – tumor-bedingte Dauer-Erschöpfung – tumor-assoziierte Fatigue – Cancer-related-Fatigue – CrF – krebs-bedingte Erschöpfung – krebs-bedingte Müdigkeit – krebs-bedingte Mattigkeit – tumor-bedingte reduzierte Leistungsfähigkeit – tumor-bedingte Inaktivität – tumor-be-

dingtes Erschöpfungs-Syndrom – tumor-bedingte Depression – tumor-bedingte Angststörung – Krebs und Depression – Krebs- und Angst – tumor-assoziierte Fatigue: nicht-medikamentöse Behandlungs-Möglichkeiten – tumor-assoziierte Fatigue: medikamentöse Behandlungs-Möglichkeiten – u.a.m.

Wenn man sich etwas gezielter umhört, dann beunruhigt eine zunehmende Erkenntnis: Bei immer mehr Bekannten oder gar Verwandten wird ein Tumor diagnostiziert, vor allem im höheren Lebensalter. Offenbar hat die steigende Lebenserwartung, die wir alle freudig begrüßen, auch ihren Preis. Und – das darf uns ruhig mit etwas Dankbarkeit versehen –, nicht nur die gezielte (und vor allem rechtzeitige) Diagnose, auch die therapeutischen Möglichkeiten sind im Vergleich zu früher durchaus hoffnungsvoll.

Wie es den Betroffenen (und ihrem näheren Umfeld) geht, muss hier nicht weiter ausgeführt werden. Zum einen kann man es sich denken, zum anderen hört, sieht und erlebt man die seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen, mal näher, mal weiter, im Wesentlichen meist gleich lautend.

Ein Symptom ist dabei fast immer vertreten, was gleich auf mehreren Ebenen besonders belastet: gemeint ist eine tiefgreifende Müdigkeit, Kraftlosigkeit, rasche Erschöpfung und damit verminderte Leistungsfähigkeit, von den psychischen Auswirkungen ganz zu schweigen.

Dies ist das Thema eines hilfreichen Fach-Beitrags im Deutschen Ärzteblatt 9 (2012) 161, verfasst von verschiedenen Experten von der Medizinischen Klinik (Schwerpunkt Onkologie/Hämatologie) am Klinikum Nürnberg, der Universitäts-Medizin Berlin (Sportmedizin Charité), der Fatigue-Gesellschaft in Köln und dem Universitäts-Klinikum Freiburg (Klinik für Tumorbiologie, Abteilung Psychoonkologie) bzw. ihren Experten (s. Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags).

Diese beginnen mit einer Erkenntnis, die angesichts des geklagten Elends der Betroffenen nicht selten „unter den Tisch fällt“. Gemeint sind die Möglichkeiten von Diagnose und Therapie im Rahmen der heutigen, der modernen Onkologie, die dafür sorgt, dass immer mehr Betroffene geheilt werden oder ein längeres und besseres Leben mit ihrer Krebs-Erkrankung führen können. Dafür aber – und das ist die Kehrseite dieses Fortschritts –, müssen auch „viele eine beeinträchtigende Therapiephase bewältigen und erleben zum Teil dauerhafte Folgen und Nachwirkungen der Krankheit und der speziellen Behandlung“.

Tatsächlich gehören zu den häufigsten Beschwerden bei Krebspatienten Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Erschöpfung und verminderte Leistungsfähigkeit. Das hat enorme medizinische, seelische und vor allem psychosoziale Auswirkungen, räumen die Experten ein. Und es hat inzwischen im internationalen Sprachgebrauch der Fachleute zu einem eigenen Fachbegriff geführt. Man nennt ein

solches Müdigkeits- und Erschöpfungs-Syndrom, wenn es bei Krebspatienten beeinträchtigt, eine *tumor-assoziierte Fatigue* (Cancer-related-Fatigue – CrF).

Begriff

Der Begriff Fatigue kommt inzwischen in der Medizin öfter vor. Er ist natürlich englisch, geht aber auf das lateinische Wort *fatigatio* zurück, d. h. Ermüdung. Wobei das Verb eine noch umfassendere, vor allem treffendere Belastungs-Auswahl bereithält: Beispielsweise bis zur Erschöpfung treiben, abhetzen, körperlich und geistig müde machen, schwer mitnehmen, ja quälen, unablässig durchjagen, unaufhörlich antreiben oder zusetzen, mürbe machen, zur Verzweiflung bringen u. a. - je nach terminologischer Zusammensetzung.

Leidensbild

Das Beschwerde- bzw. Leidensbild (fachlich als Erscheinungsbild bezeichnet) ist vielschichtig, so die Experten. Es reicht von Gefühlen der Abgeschlagenheit und mangelnden Energie über Antriebs- und Interesselosigkeit bis zu Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.

Dabei wird eines deutlich: Die so genannte Symptomatik und ihre psychosozialen und körperlichen Einschränkungen werden von den Opfern ganz unterschiedlich beschrieben und ausgedrückt. Das Beschwerdebild ist ausgesprochen individuell, so dass kaum eines dem anderen gleicht.

Eines aber ist charakteristisch und wird immer wieder beklagt: die geschilderten Energie-Einbußen stehen typischerweise in keinem rechten Verhältnis zu den vorangegangenen Aktivitäten, d. h. ob man nun viel oder wenig getan oder geleistet hat, die Folgen sind die gleichen. Vor allem sind sie durch Erholungsphasen oder Schlaf nicht korrigierbar oder vermeidbar, wie das im Gegensatz zur normalen Müdigkeit oder gar Erschöpfung der Fall ist. Und deshalb ist zumeist mit keiner oder nur sehr begrenzten Besserung zu rechnen.

Zusätzlich belastend für die ohnehin zermürbende Krankheit sind Symptome, unter denen Krebspatienten besonders zu leiden haben, nämlich Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Sie allein schon führen zu verminderter Lebensqualität und schränken die Leistungsfähigkeit erheblich ein. Und so kommt dann eines zum anderen und heizt einen Teufelskreis an aus reduzierter Leistungsfähigkeit oder gar Inaktivität, der Vermeidung von Anstrengungen, einer fehlenden Regeneration und damit Hilflosigkeit oder gar depressiven Verstimmung mit Kummer, Sorgen und Angst.

Die tumor-assoziierte Fatigue kann zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung auftreten. Zum einen schon als frühes Zeichen, und zwar schon vor der Diagnose eines Krebsbefalls, zum anderen während der Behandlung und schließlich so-

gar lange nach deren Abschluss, ganz zu schweigen von einer rezidivierenden (Rückfall) bzw. progredienten Erkrankung (d. h. ständig fortschreitend).

Die Symptome können zeitlich begrenzt sein oder längere Zeit belasten, in einzelnen Fällen also noch Jahre nach Abschluss einer an sich erfolgreichen Tumor-Therapie, so die Fachleute. Je stärker die Beschwerden bereits während der Behandlung beeinträchtigen (d. h. Chemo- und/oder Strahlentherapie), umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch nach der Therapie wieder auftreten oder weiter bestehen. Das geht sogar soweit, wie inzwischen eine Reihe wissenschaftlicher Studien bestätigen musste, dass Symptome der tumor-assoziierten Fatigue mit erhöhter Sterblichkeit und damit kürzerer Lebenszeit verbunden sind. Auf jeden Fall gilt: Je stärker die Beschwerden während der Tumor-Therapie belasten, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch nach der Behandlung weiter zermürben.

Dabei gibt es bestimmte Symptome, die als Risikofaktoren für das Auftreten dieser tumor-bedingten Dauer-Mattigkeit diskutiert werden, nämlich Schmerz, Übelkeit, vorbestehende depressive Störungen oder andere seelische Leiden bzw. psychosoziale Belastungen (s. später).

Die Konsequenzen kann man sich denken: Je nach Verlauf und Intensität reichen die Auswirkungen von vorübergehender Unpässlichkeit über unzureichende Alltagsbewältigung mit sozialem Rückzug bis zur Berufs- und Erwerbs-Unfähigkeit mit entsprechenden finanziellen Belastungen für den Einzelnen und – darüber darf inzwischen gesprochen werden –, generellen volkswirtschaftlichen Folgen für die Solidargemeinschaft. Davon sind nebenbei nicht nur die Patienten, sondern auch ihr Umfeld betroffen.

Ein Leiden, das nur selten zur Sprache kommt?

Wenn man sich diese wissenschaftlichen Erkenntnisse und vor allem die damit verbundene Realität im Alltag vor Augen hält, dann wundert einen allerdings erst einmal, dass man von diesen Belastungen in der Regel wenig zu hören bekommt. Das hat verschiedene Gründe, die hier in ihrem ganzen Ausmaß nicht weiter diskutiert werden können. Einige aber werden von den Experten besonders hervorgehoben. Sie schreiben im Deutschen Ärzteblatt: „Viele Untersuchungen zeigen, dass Beschwerden und Zeichen der tumor-assoziierten Fatigue kaum systematisch erfragt werden.“ Das hat neben einer Reihe weiterer Ursachen nach wissenschaftlicher Ansicht vor allem zwei Gründe:

- Auf Seiten der Behandlungs-Teams sind es teils mangelnde Zeit und teils fehlende Kenntnisse, was die spezifische Diagnostik und die Behandlungsmöglichkeiten angeht. Das sind wichtige Hinderungsgründe für einen angemessenen Erfahrungs- und Belastungs-Austausch. Auch führen subjektive Vergleiche der Therapeuten und des sozialen Umfeldes des Patienten mit der (jeweils eigenen) Alltagsmüdigkeit dazu, dass die Beschwerden der Betroffene

nen relativiert und nicht ausreichend ernst genommen werden. Dadurch wird die Behandlungs-Bedürftigkeit durch eine tumor-assoziierte Fatigue nicht selten unterschätzt.

- Aber auch viele Patienten sprechen ihre Beschwerden nicht gezielt an, weil sie nicht als klagsam erscheinen möchten oder das entsprechende Leidenbild als „zur Krankheit und Therapie gehörend“ betrachten. Auch befürchten manche, dass die Symptome einen Rückfall der Erkrankung bedeuten oder dass die Therapie dadurch verzögert werden könnte.

Häufigkeit

Nun stellt sich die Frage: Wie häufig ist eine derartige (Zusatz-)Belastung durch krebs-bedingte Dauer-Mattigkeit? Hier beginnt ein wissenschaftliches Problem. Denn bei der Interpretation der so genannten epidemiologischen Daten ist zu bedenken, dass die tumor-assoziierte Fatigue zwar durch eine charakteristische Gruppe von Symptomen gekennzeichnet ist (und damit ein so genanntes Syndrom bildet), aber keine nosologische (Krankheits-)Einheit darstellt. Man muss also vor allem durch Fragebögen versuchen, mit den verschiedenen Dimensionen des Leidens (körperlich, gemütsmäßig, geistig, psychosozial) an den Kern des Leidens heranzukommen. Solche Fragebögen gibt es (z. B. das Multidimensional Fatigue Inventory-MFI). Doch schwanken aus methodischen Gründen die Ergebnisse deutlich, was ihre Aussagekraft natürlich einschränkt.

Immerhin weiß man aus aktuellen Längsschnitt-Untersuchungen und repräsentativen Stichproben in Deutschland, dass etwa jeder Dritte der Krebspatienten bereits bei stationärer Aufnahme, vier von zehn bei Entlassung und immer noch mehr als jeder Dritte ein halbes Jahr danach deutlich stärkere Müdigkeits- und Erschöpfungs-Symptome zu ertragen hat, jedenfalls mehr als eine gesunde Vergleichsgruppe. In einer anderen Studie fand man nach Abschluss der Erst-Behandlung noch bei fast jedem zweiten Patienten entsprechende Beschwerden, die bei mehr als jedem Zehnten dann doch sehr stark ausgeprägt waren. Dies zum deutschsprachigen Bereich, wobei allerdings der Vergleich mit internationalen Studien diese Erkenntnisse bestätigt.

Mehrschichtige Ursachen

Wie erklärt man sich nun Ursache und Entstehung solcher Müdigkeits- und Erschöpfungs-Syndrome durch einen Tumor und die Folgen der speziellen Therapie? Man kann es sich denken: Ätiologie und Pathogenese (so die Fachausdrücke) sind mehrschichtig:

Das beginnt mit der so genannten genetischen Disposition (also einer erblichen Ausgangslage, nicht zuletzt was die Verkräftung der erwähnten Symptome

anbelangt, was nicht bei jedem gleich angelegt ist) und geht über zusätzliche körperliche und psychische Störungen bis zu verhaltens- und umweltbedingten Faktoren. Oder fachlich gesprochen: Eine breite Palette möglicher Ursachen und Einflussfaktoren somatischer, affektiver, kognitiver und psychosozialer Art, die zu der gemeinsamen Endstrecke „tumor-assoziierte Fatigue“ führen und beim einzelnen Patienten häufig nicht voneinander getrennt werden kann.

Und um bei den Fachbegriffen zu bleiben, gleich noch die pathophysiologischen Aspekte, die in Fachkreisen diskutiert werden: Dysregulation inflammatorischer Zytokine, Störung hypothalamischer Regelkreise, Veränderungen im serotoninergeren System des Zentralen Nervensystems, Störung der zirkadianen Melatonin-Sekretion und des Schlaf-Wach-Rhythmus und die schon erwähnten genetischen Konstellationen. Wenn man sich vor allem auf die stark verminderter körperliche Leistungsfähigkeit beschränkt, dann finden sich die entsprechenden Ursachen in den kortikalen (Gehirn-) und spinalen (Rückenmark-)Zentren sowie in den Nerven- und Stoffwechsel-Ebenen der Muskeln. Soweit das spezifisch Fachliche.

Zur Diagnose

Wie schon erwähnt sollte viel häufiger, gezielter und in regelmäßigen Abständen nach Müdigkeits- und Erschöpfungs-Hinweisen gefragt werden. Das lässt sich auch methodisch einigermaßen befriedigend objektivieren (z. B. visuelle Analogskala zur Intensität der Beschwerden von Null bis Zehn). Dann aber gilt es auch die verschiedenen Lebensbereiche zu berücksichtigen, d. h. eine Art soziale Belastungs-Skala.

Leider sind damit die methodischen Probleme noch nicht gelöst. So müssen nach Ansicht der zitierten Experten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Das Leidensbild ist unspezifisch, es kann auch Ausdruck anderer Erkrankungen oder Funktionsstörungen sein.
- Das Krankheitsbild basiert auf Beschwerden und Belastungen, die der Betroffene selbst einschätzt (also nicht generell festgelegten Regeln folgend).
- Die Betroffenen sehen trotz schwerer Belastung häufig nicht krank aus (ein sehr wichtiges Phänomen im Alltag, das sich auch Laien einprägen müssen, wenn sie diese Diskrepanz für den Patienten konstruktiv-hilfreich in Angriff nehmen wollen).
- Die Art und Ausprägung der Beschwerden schwanken von Patient zu Patient und können sich im Laufe der Zeit verändern.
- Es gibt (bisher) keine verlässlichen Labor- oder Funktions-Tests für eine tumor-assoziierte Fatigue.

Mit anderen Worten: Das Phänomen ist komplex und schwer konkretisierbar. Es gilt verschiedene Ursachen und Einflussfaktoren zu bedenken. Und das ist im Rahmen der Therapie nur in einem umfassenden anamnestischen Gespräch (Krankheitsgeschichte) möglich. Hier sollten dann recht exakt Art, Ausprägung und zeitlicher Verlauf der Beschwerden erfragt werden. Vor allem gilt es mögliche Zusammenhänge zu bedenken. Beispiele: Schlafverhalten, soziale und umweltbedingte Belastungen, Arzneimittel, einschließlich Selbst-Medikationen, Gebrauch von Genuss- und Rauschmitteln, Vorgeschichte generell sowie körperliche Aktivität (s. später).

Das ist schon reichlich. Aber es geht noch weiter: So sollte erfragt werden, ob die Symptome als neuartig bzw. ungewohnt erlebt werden oder ob sie mehr oder weniger leidvoll schon als bekannt eingestuft werden müssen. Wie steht es beispielsweise mit früheren Belastungen im Sinne der erwähnten Schlafstörungen (zu wenig oder zu viel, Schlaf-Apnoe, Restless-legs-Syndrom, Narkolepsie u. a.), mit Ernährungsstörungen (bis hin zur Anorexie), mit sonstigen Begleiterkrankungen (z. B. Infektionen, Herz-Kreislauf, Niere, Leber, Stoffwechsel, neurologische Störungen u. a.). Und nicht zuletzt die körperliche Leistungsfähigkeit, die nicht nur krankheitsbedingt (z. B. Wirbelsäule, Gelenke und Muskeln), sondern auch durch reduzierte Fitness bis hin zum deutlichen Bewegungsmangel geprägt sein kann.

So versteht sich von selbst: Lässt sich – wie erwähnt – eine tumor-assoziierte Fatigue durch spezifische Labor-Untersuchungen bisher nicht objektivieren, sieht dies bei den erwähnten möglichen Zusatz-Belastungen ganz anders aus. Hier also wären bei entsprechendem Verdacht alle Untersuchungs-Techniken zu nutzen (von der Anamnese über den körperlichen Befund bis zu entsprechenden Labor- und apparativen Möglichkeiten).

Den psychischen Anteil nicht vergessen

Ein wichtiger Aspekt wurde schon mehrfach erwähnt: der seelische Bereich im Allgemeinen und mögliche Depressionen im Speziellen. In nahezu allen Untersuchungen, so die Autoren des Beitrags über tumor-assoziierte Fatigue im Deutschen Ärzteblatt 9/2012, sind Müdigkeits- und Erschöpfungs-Symptome mit einer entsprechenden Stimmungslage (Depressivität) verbunden. Das verwundert nicht, zumal Ermüdbarkeit und Antriebsmangel zu den Kardinal-Symptomen depressiver Störungen zählen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Allerdings liegt nach den Ergebnissen einiger Studien nur bei etwa einem Drittel der Betroffenen mit ausgeprägter tumor-assoziierten Fatigue gleichzeitig eine depressive Störung im Sinne einer „Major depression“ (DSM-IV-TR) vor, sprich im Wesentlichen die früher so bezeichnete („endogene“) Depression schwereren Ausmaßes.

Nun gibt es allerdings eine ganze Skala depressiver Befindlichkeiten, glücklicherweise aber auch einige Kern-Fragen, die zumindest fürs erste die notwendige Differenzierung erlauben: zusätzliche Depression oder nicht?

Dazu gehört der 2-Fragen-Test:

- „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
- „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Wenn beide Fragen mit Ja beantwortet werden müssen, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung vor, die dann einer weitergehenden Diagnose bedarf, am besten durch einen Nervenarzt oder Psychiater.

Therapeutische Möglichkeiten

Die Experten der verschiedenen dafür spezialisierten Institutionen gehen in ihrem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt 9/2012 auch detailliert auf therapeutische Möglichkeiten ein. Dabei bedienen sie sich auch eines so genannten Therapie-Algorithmus, wobei sie unterteilen in kausale und symptomatische Behandlungs-Maßnahmen:

- *Kausal* heißt, dass neben der Krebs-Erkrankung zusätzlich eine konkrete Krankheit vorliegt, die dann auch konkret behandelt werden sollte. Beispiele: Blutarmut (Transfusion), Ernährungsstörung oder Austrocknung (gezielte Substitution), Unterfunktion der Schilddrüse (Hormon-Substitution), Infektionen/Fieber (fiebersenkende Mittel), unerwünschte Arzneimittel-Wechselwirkungen (Dosisreduktion oder Umstellung) sowie im eher seelischen Bereich die Depressionen (Antidepressiva, Psychotherapie) und Schlafstörungen (Schlafhygiene, ggf. Schlafmittel). Und natürlich die eigentliche Tumor-Erkrankung mit den Nebenwirkungen der Tumor-Therapie (konkrete Maßnahmen nach entsprechenden Leitlinien).
- *Symptomatisch* heißt, dass man sich vor allem dem Beschwerdebild annimmt, ohne eine konkrete Ursache therapeutisch angehen zu können. Was wird dabei empfohlen?

Als Erstes gilt die Empfehlung: Um einer möglichen Chronifizierung (Dauer-Zustand) entgegen zu wirken, sollte die spezifische Therapie frühzeitig beginnen, ggf. mit verschiedenen Behandlungs-Ansätzen. Konkret: Das Leidenbild erträglicher gestalten, individuelle Hilfen für den Umgang mit den Beschwerden und Belastungen vermitteln, vorhandene Reserven aktivieren und sich

gemeinsam (d. h. Arzt, Angehörige u. a. sowie Patienten) um alles zu bemühen, was aus der bekannten bio-psycho-sozialen Sicht hilfreich sein könnte (sprich biologisch, psychologisch, sozial wirksam).

Dabei gilt es die Betroffenen eingehend zu informieren und zu beraten. Viele Patienten – so die Experten – wissen nicht, dass es eine tumor-assoziierte Fatigue gibt und weshalb sie so erschöpft sind. Letzteres vor allem dann, wenn sie durch eine erfolgreiche Krebs-Behandlung geheilt werden konnten, trotzdem aber weiterhin müde, matt und abgeschlagen sind.

Zudem ist das Verständnis für ihre Situation nicht immer gegeben. Dies vor allem dann, wenn – wie erwähnt – das „Schlimmste überstanden sein müsste“. Doch die onkologischen Experten geben zu bedenken: „Bereits das Wissen, dass die Beschwerden „einen Namen haben“ und dass es Möglichkeiten der Behandlung gibt, kann ausgesprochen entlastend wirken“.

Außerdem sollten die Patienten darauf hingewiesen werden, dass diese krebisbedingte Mattigkeit nicht gleich bedeutend mit einer schlechten Prognose sein muss (also ungünstige Heilungsaussichten). Kurz: Allein der Abbau von diffusen Ängsten oder konkreten Befürchtungen durch eine gezielte Aufklärung ist für den Therapieverlauf nützlich und kann die Genesung aktiv unterstützen.

Was gibt es nun aber sonst noch für Behandlungsmöglichkeiten?

- **Nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen**

Die so genannten nicht-pharmakologischen Interventionen bieten in der Tat viele Möglichkeiten, das Leidensbild erfreulich zu mildern. Beispiele:

- So genannte *psychosoziale Interventionen*, konkret: kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie-Maßnahmen. Außerdem die so genannte Psychoedukation bzw. eine gezielte, themen-bezogene Beratung. Dazu die Stärkung und Förderung der Regeneration mit mannigfachen Möglichkeiten und ein Energie-Spar- sowie Aktivitäts-Management (konkret: mit den Kräften haushalten, nur wichtige Aufgaben selber erledigen, rechtzeitige Ruhepausen einlegen, Zeit für angenehme Aktivitäten reservieren u. a.).

Die meisten dieser Interventionen brauchen erst einmal eine professionelle Unterstützung, vieles kann dann aber in Eigeninitiative erfolgreich weitergeführt werden.

- Und nicht zu vergessen, wie übrigens für viele Bereiche des modernen täglichen Lebens, eine adäquate *körperliches Training*: dazu gehören Ausdauer- und Krafttrainings-Programme (um dem Teufelskreis aus Bewegungsmangel, Konditionsverlust und rascher Erschöpfung vorzubeugen), und zwar

mehrmals wöchentlich mit moderater Belastungs-Intensität, jeweils 30 bis 40 Minuten, langsam steigernd und vor allem individuell angepasst.

So vernünftig und vorteilhaft sich das auch anhören mag, hier sind die Widerstände nicht gering, und zwar von den Betroffenen selber. Zum einen sollte es ja ein möglichst lebenslanges körperliches Training werden, was theoretisch auch eingesehen wird. Zum anderen stehen dem aber zahlreiche Hinderungsgründe gegenüber, die im Grunde auch jeder Gesunde einsehen muss.

Aus medizinischer Sicht gibt es sogar für sportliche Aktivitäten bei Tumorpatienten absolute und relative Kontraindikationen (Gegenanzeigen). Beispiele: akute Erkrankung, Fieber, Schmerzen, Kreislaufprobleme (sowie Blutarmut, Thrombosegefahr, Gerinnungsstörungen, Knochenmetastasen (Bruchgefahr), koronare Herzkrankheiten, Hochdruck, Blutzucker, Arthrose, Epilepsie u. a., von spezifischen Einschränkungen ganz zu schweigen (Zytostatika, bestimmte Bestrahlungen usf.).

Wenn dies allerdings alles abgeklärt ist, bleiben trotzdem noch Hinderungsgründe übrig, und das sind neben den körperlichen Einschränkungen vor allem fehlendes Interesse und vermeintlicher Mangel an Gelegenheit (die wohl häufigste Ausrede). Derlei muss durch ein fachkundiges Gespräch aufgespürt und neutralisiert werden, so die Experten. Körperliches Training muss – alle Voraussetzungen erfüllt – regelmäßiger Teil der Alltags-Aktivitäten werden. Dabei dürfen selbstverständlich individuelle Neigungen des Patienten berücksichtigt werden, allerdings möglichst professionell abgeklärt und individuell angepasst.

• **Medikamentöse Behandlungs-Möglichkeiten**

Schließlich gibt es auch medikamentöse Therapie-Ansätze zur Behandlung der tumor-assoziierten Fatigue. Dazu gehören beispielsweise aktivierende Medikamente (Psychostimulantien), Phytotherapeutika (Pflanzenheilmittel), Wachstumsfaktoren, Kortikosteroide und Antidepressiva. Einzelheiten dazu siehe der konkrete Rat des behandelnden Arztes sowie die entsprechende Fachliteratur.

Interessant jedenfalls einige Anmerkungen der Experten, die hier schon im Vorfeld Klärung verschaffen können:

- So haben bisher *Antidepressiva* keine Verbesserung gezeigt, es sei denn, es liegt zusätzlich eine klar abgrenzbare Depression vor, die eine gezielte antidepressive Behandlung notwendig macht.
- Ebenfalls in den nervenärztlichen bzw. psychiatrischen Tätigkeitsbereich gehörend werden auch *psychostimulierende Medikamente* diskutiert. Hier müssen allerdings ganz bestimmte Bedingungen erfüllt, entsprechende Gegen-

anzeigen und sogar administrative Grenzen berücksichtigt sein (Stichwort: „Off label“).

- Zuletzt ein interessanter Hinweis der Experten, der in letzter Zeit wieder vermehrt diskutiert wird. Gemeint sind die erwähnten *Phytotherapeutika (Pflanzenheilmittel)*, wobei bei tumor-assoziiertes Fatigue beispielsweise Ginseng und Guarana erörtert werden. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur, wie sie auch in dem hier referierten Fachbeitrag der nachfolgend aufgezählten Experten zitiert wird.

LITERATUR

Grundlage vorliegender Zusammenfassung ist der Fachbeitrag:

Markus Horneber, Irene Fischer, Fernando Dimeo, Jens Ulrich Ruffer, Joachim Weis: Tumor-assoziierte Fatigue. Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt 9 (2012) 161

Dort auch weitere ausgewählte, meist englisch-sprachige Publikationen.