

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences
Fachbereich Sozialpädagogik

Studiengang Pflege

Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue

Diplomarbeit

**Thomas Mahlmann
Matr.-Nr.:1579968**

Tag der Abgabe: 20.12.2004

**Betreuender Prüfer: Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer
Zweite Prüferin: Prof. Petra Weber**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	S. 5
Abbildungsverzeichnis	S. 5
1 Einleitung	
1.1 Einführung in die Thematik	S. 6
1.2 Übersicht	S. 8
2. Darstellung der tumorbedingten Fatigue	
2.1 Definition	S. 9
2.2 „Normale“ Müdigkeit und Fatigue im Vergleich	S. 9
2.3 Häufigkeit von Fatigue	S. 10
2.4 Erscheinungsformen von Fatigue	S. 11
2.5 Verlaufsformen	S. 13
2.6 Auswirkungen des Fatiguesyndroms	S. 14
2.6.1 Auswirkungen auf die Lebensqualität	S. 14
2.6.2 Fatigue und Berufstätigkeit	S. 15
2.6.3 Auswirkungen von Fatigue auf die Tumorthherapie	S. 16
2.7 Ursachen des Fatiguesyndroms	S. 16
2.7.1 Anämie und Fatigue	S. 17
2.7.2 Mangelernährung	S. 18
2.7.3 Die Wirkung der Zytokine	S. 18
2.7.4 Der Einfluss der Tumorthherapie	S. 19
2.7.5 Psychische und soziale Faktoren bei Fatigue	S. 20
2.7.6 Modelle zur Entstehung von Fatigue	S. 21
2.8 Fatigue - Assessment und - Diagnostik	S. 22
2.8.1 Erhebungsinstrumente für tumorbedingte Fatigue	S. 23
2.8.2 Problematik des Fatigue - Assessments	S. 27
2.8.3 Diagnostische Kriterien für tumorbedingte Fatigue	S. 28

2.8.4	Differenzialdiagnose „Depression“	S. 29
2.9	Therapeutische Maßnahmen	S. 31
2.9.1	Medikamentöse Therapie	S. 31
2.9.2	Bewegungstherapie	S. 32
2.9.3	Kognitive und psychologische Therapiemaßnahmen	S. 33
2.9.4	Ernährung	S. 34
2.10	Behandlungsleitlinien („Practice Guidelines“) in den USA	S. 35
2.11	Zusammenfassung des Kapitels „Darstellung der tumorbedingten Fatigue“	S. 37
3.	Pflegeberatung bei Fatigue	S. 38
3.1	Gründe für eine Beratung	S. 38
3.2	Die Rolle der Pflege bei der Beratung	S. 40
3.3	Ziele der Pflegeberatung	S. 41
3.4	Merkmale der Pflegeberatung bei Fatigue	S. 42
3.5	Ein integrativer Beratungsansatz bei Fatigue	S. 43
3.5.1	Theoretische Grundlagen	S. 45
3.5.1.1	Menschenbildannahmen	S. 45
3.5.1.2	Wirklichkeitskonstruktion	S. 46
3.5.1.3	Der Mensch als handelndes Wesen	S. 47
3.5.1.4	Integration der Beratungsschwerpunkte	S. 49
3.5.1.5	Beratung bei Fatigue als Coping	S. 52
3.5.2	Aufbau der Beratungskonzeption nach Culley	S. 54
3.5.3	Grundlegende Fertigkeiten des Beraters	S. 56
3.5.3.1	Aktives Zuhören	S. 56
3.5.3.2	Reflektierende Fertigkeiten	S. 56
3.5.3.3	Sondierende Fertigkeiten	S. 57
3.5.3.4	Grundwerte des Beraters	S. 58
3.5.4	Beratungsprozess nach Culley in Bezug auf Fatigue	S. 59

3.5.4.1	Anfangsphase	S. 59
3.5.4.2	Mittelphase	S. 60
3.5.4.3	Endphase	S. 61
3.6	Ansiedelung und Umfang der Pflegeberatung	S. 63
3.6.1	Ansiedelung der Pflegeberatung an einer stationären Einrichtung	S. 63
3.6.2	Umfang der Pflegeberatung	S. 64
3.6.3	Dauer der Pflegeberatung	S. 66
4.	Kritische Betrachtung der Pflegeberatung	S. 66
5.	Zusammenfassung	S. 69
	Literaturverzeichnis	S. 71
	Anhang	S. 75

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Identifizierte Themen und Kategorien der Müdigkeit bei Krebskranken	S. 13
Tab. 2: Übersicht über Erhebungsinstrumente für tumorbedingte Fatigue	S. 24
Tab. 3: vorgeschlagene Diagnosekriterien für tumorbedingte Fatigue in die ICD-10	S. 28
Tab. 4: Anordnung von Probleminhalten und Lösungsangeboten	S. 50
Tab. 5: Beratungsphasen der Beratungskonzeption von Culley mit Beratungszielen unter Verwendung der jeweiligen Strategien und Fertigkeiten des Beraters	S. 55

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Mögliche Fatigue erzeugende Faktoren	S. 16
Abb. 2: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Fatigue und Depression	S. 30
Abb. 3: Transferorientierte Problemlösungskonzeption (TPK)	S. 54

Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Tumorbedingte Fatigue (cancer related fatigue) beschreibt eine ungewöhnliche Form der Müdigkeit, die im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen auftritt. Diese Form der Müdigkeit hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der Onkologie gewonnen. Andere gravierende Begleiterscheinungen, wie Übelkeit und Erbrechen, sind mittlerweile medikamentös gut zu behandeln, so dass das Müdigkeitssyndrom in den Vordergrund gerückt ist (Schwarz, Hinz, 2000, S.30). Davon betroffen sind zwischen 60 und 90% aller krebserkrankten Patienten¹ (Patarca-Montero, 2004, S.1). Somit ist Fatigue ein sehr häufiges Symptom bei Tumorerkrankungen. Dieses Symptom tritt jedoch nicht nur während der Erkrankung bzw. der Behandlung auf, sondern ist in vielen Fällen auch noch Jahre nach Therapieabschluss bei Patienten zu beobachten (Escalante et al., 2001, S. 1708). Die Patienten erleben dabei gravierende Einschränkungen in ihrer Leistungsfähigkeit sowohl körperlich als auch kognitiv und emotional (ebd.). Die Folgen sind zum Teil erhebliche Einschränkungen in der Bewältigung des täglichen Lebens, so dass die Lebensqualität der Betroffenen stark reduziert ist (Rüffer et al., 2003, S.3). Bei langanhaltender Symptomatik kann die Wiedereingliederung in den Beruf von zuvor erwerbstätigen Patienten erschwert sein (ebd., S.7). Darüber hinaus beeinträchtigt Fatigue den Krankheits- und Therapieverlauf der Patienten erheblich (ebd.).

Da tumorbedingte Fatigue erst in den letzten Jahren gezielt in empirischen Studien erforscht wurde, fehlt es noch an Wissen über die genauen Ursachen, die Dauer, den Verlauf und die erfolgreiche Behandlung (Reisenegger, Weis, 2000, S.14). So wird Fatigue in der täglichen Praxis häufig von Ärzten und

¹ Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird bei Personen in dieser Arbeit durchgehend die männliche Schreibweise verwendet. Damit soll die weibliche Form nicht ausgeschlossen werden.

Patienten als unbeeinflussbare Begleiterscheinung während der Tumorthherapie hingenommen und bleibt unbehandelt (Beckmann, 2003, S. 5).

Es lassen sich jedoch in der Literatur Hinweise dafür finden, dass die Fatiguesymptomatik positiv beeinflusst werden kann (Burks, 2001; Dimeo, 2000; Ditzfelbinger, 2002; Lange-Asschenfeldt, 2002; Patarca-Montero, 2004; Rüffer et al., 2003; Weis et al., 2000) .

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, wie Patientenberatung eine Form der positiven Beeinflussung der Fatiguesymptomatik darstellen kann. Der Patientenberatung kommt vor allem bei chronischen Erkrankungen insofern eine besondere Bedeutung zu, als dadurch krankheitsbezogenes Wissen und krankheitsbezogene Fähigkeiten der Patienten erhöht werden können (Petermann, 1997, S.5-6). Außerdem kann durch Beratung die Bewältigungsfähigkeit, die Lebensqualität, die Selbstbestimmung und damit die Zufriedenheit der Patienten verbessert werden.

Die oben genannten Gründe sprechen dafür, dass auch eine umfassende Beratung von Patienten mit Fatigue, z.B. durch geschultes Pflegepersonal, dazu beitragen könnte, anhaltende Fatiguesymptome zu lindern. In der Literatur fehlt jedoch bisher eine Beschreibung über Gestaltungsmöglichkeiten einer umfangreichen Beratung von Patienten mit krebsassoziierten Fatigue.

Das Ziel der Beratung besteht darin, Patienten sowie Angehörige ausführlich über das Müdigkeitssyndrom zu informieren. Darüber hinaus soll mit Hilfe der Beratung das Selbstmanagement der Betroffenen gefördert und somit die Bewältigung von Krisensituationen erleichtert werden. Die Patientenberatung bietet also Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und ist daher eine Form der Supportivtherapie. Außerdem soll durch eine umfassende Beratung die Wiedereingliederung in den Beruf erleichtert und insgesamt die Lebensqualität der Patienten verbessert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine mögliche Form der Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue vorzustellen.

1.2 Übersicht

Im ersten Teil der Arbeit wird der derzeitige medizinische Kenntnisstand der tumorbedingten Fatigue dargestellt. Darin wird Fatigue zunächst definiert und eingegrenzt. Neben den Symptomen und der Pathogenese wird in diesem Teil auch das Assessment bzw. die Diagnostik vorgestellt. Anschließend folgt die Beschreibung der derzeit verfügbaren Therapiemöglichkeiten bei Fatigue. In diesem Zusammenhang werden die erst kürzlich erarbeiteten US-amerikanischen Leitlinien vorgestellt, die das einheitliche medizinische Vorgehen bei tumorbedingter Fatigue sichern sollen. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte bei Fatigue.

Der anschließende Teil beschäftigt sich mit den Beratungsmöglichkeiten bei Fatigue. Hierbei wird zunächst darauf eingegangen, welche Aufgaben die Beratung allgemein und dann speziell im Gesundheitswesen erfüllen kann. Danach wird erläutert, welche Rolle die Pflege bei der Patientenberatung spielen kann. Es folgt eine Beschreibung der Ziele, die mit der Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue verfolgt werden sollen. Schließlich wird ein Beratungsansatz vorgestellt, der auch für diese Form der Pflegeberatung genutzt werden könnte. Das Kapitel endet mit Überlegungen zu einem praxisgerechten Beratungssetting.

Im abschließenden Teil folgt die Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte dieser Arbeit sowie eine kritische Betrachtung der Beratung von Patienten bei tumorbedingter Fatigue, in der Möglichkeiten und Grenzen dieser Beratung aufgezeigt werden.

2. Darstellung der tumorbedingten Fatigue

2.1 Definition

Bisher gibt es in der Medizin noch keine einheitliche Definition der tumorbedingten Fatigue (Bartsch et al., S.81). Dennoch finden sich in den Beschreibungen verschiedener Autoren hinsichtlich der Charakteristik dieses Müdigkeitssyndroms gewisse Übereinstimmungen (Beckmann, 2003; Dimeo, 2000; Glaus, 2000; Patarca-Montero, 2004; Reuter, 2002; Ruffer et al., 2003).

Das Wort „Fatigue“ stammt aus dem Französischen und Englischen und bedeutet ins Deutsche übersetzt „Müdigkeit und Erschöpfung“. Im medizinischen Sinne beschreibt Fatigue eine krankhafte Ermüdung bzw. Erschöpfung, die gemessen an den vorigen Aktivitäten unverhältnismäßig stark ausgeprägt ist und die eine erhebliche Beeinträchtigung des allgemeinen Lebensgefühls sowie der Teilnahme am sozialen Leben mit sich bringt (Beckmann, 2003, S.8-9).

Tumorbedingte Fatigue steht in einem engen kausalen Zusammenhang mit einer Krebserkrankung und ist in der Praxis häufig schwierig von einer Depression abzugrenzen (Ruffer, 2004, S.1; Dimeo, 2000, S.69). Tumorbedingte Fatigue darf nicht mit dem chronischen Fatigue Syndrom (CFS) verwechselt werden² (Ruffer, 2004, S.1). Zwar ist beiden die eingeschränkte Leistungsfähigkeit als zentrales Symptom gemein, doch ist das CFS ein eigenständiges Krankheitsbild, für das noch keine Ursachen gefunden wurden (ebd.).

2.2 „Normale“ Müdigkeit und Fatigue im Vergleich

Müdigkeit ist schon seit dem 19. und frühen 20. Jahrhundert Gegenstand von Forschungsarbeiten und wurde u.a. im Bereich der Arbeitsmedizin untersucht (Glaus, 2000, S.3). Beim gesunden Menschen führen Aktivitäten, wie beispielsweise körperliche und mentale Anstrengungen, zu einem

² Im weiteren Verlauf dieser Arbeit bezeichnet das Wort „Fatigue“ die tumorbedingte Form, es sei denn, es wird ausdrücklich auf eine andere Form hingewiesen.

Müdigkeitsgefühl. Diese Form der Müdigkeit wird meist als angenehm empfunden und signalisiert dem Körper, dass er Ruhe benötigt. Ausreichend Schlaf oder Erholung führen im Allgemeinen zur Regeneration, so dass die Aktivitäten wieder aufgenommen werden können. Die „normale“ Müdigkeit kann somit als ein wichtiges Regulativ des menschlichen Körpers zwischen Aktivität und Ruhe gesehen werden. Dieses Regulativ schützt den Organismus und hilft, das physiologische, körperliche und psychische Gleichgewicht zu bewahren (ebd., S.2-3).

Im Gegensatz hierzu treten bei Fatigue Müdigkeit und Erschöpfung ohne vorherige Anstrengung auf und lassen sich auch durch ausreichend Schlaf oder längere Ruhephasen nicht beheben (Rüffer, 2003, S.3). Die Betroffenen empfinden ihre Müdigkeit nicht als ein angenehmes Regulativ, sondern nehmen sie als unangenehmes Gefühl von Schwäche wahr. Dabei ist es weniger die Quantität der Müdigkeitsgefühle, sondern eher die Qualität, die Müdigkeit zu einem lästigen Leiden macht (Glaus, 2000, S. 2-4).

2.3 Häufigkeit von Fatigue

Die Angaben in der Literatur zur Prävalenz von Fatigue weisen eine große Schwankungsbreite auf. So zeigt eine Studie, die bei Patienten mit Lungen- bzw. Brustkrebs durchgeführt wurde, dass 99% der Betroffenen unter Fatigue litten (Mendoza et al., 1999, S.1186). Bei einer anderen Untersuchung wurde bei Patienten mit Brustkrebs, die sich einer Chemotherapie unterzogen, in 90% der Fälle Fatigue beobachtet (Jerecezek-Fossa et al., 2002, S. 320). Patienten mit Lungenkrebs, die mit einer Strahlentherapie behandelt wurden, gaben in einer Studie an, unter dem Fatiguesymptom zu leiden (ebd.). Dimeo schreibt, dass mehrere Untersuchungen darauf hinweisen, dass bei ca. 70% der Patienten während der Behandlung³ Fatigue auftritt und ca. 30% der Tumorpatienten noch Jahre nach Abschluß der Therapie unter Fatiguesymptomen leiden (Dimeo, 2000, S.96). Dies zeigt auch eine Studie, die bei Patienten mit einem Astrocytom durchgeführt wurde. Die Betroffenen hatten

³ Chemo- bzw. Strahlentherapie

sich einer Strahlentherapie unterzogen. 30 bis 35 % von ihnen klagten zwei Jahre nach Diagnosestellung noch über Fatigue (Jereczek-Fossa et al., 2002, S. 320). Reuter verweist auf Untersuchungen, die ergeben haben, dass bis zu 60% der Tumorpatienten im Zeitraum von ein bis zwei Jahren nach Therapieabschluss unter persistierender Fatigue litten (Reuter, 2002, S.24). Darüber hinaus haben Studien bei Patienten mit Morbus Hodgkin belegt, dass Fatigue den Krankheitsverlauf noch bis zu zwanzig Jahre nach Behandlungsabschluss beeinflusst hat (ebd.).

Die große Schwankungsbreite der Prävalenz von Fatigue bei Tumorpatienten könnte dadurch begründet sein, dass sich die Zahlenangaben in der Regel auf einzelne Untersuchungen mit unterschiedlichen Diagnosegruppen und unterschiedlichen Behandlungsmethoden beziehen. Trotz dieser Schwankungen wird deutlich, dass Fatigue ein häufig auftretendes Symptom sowohl während als auch noch Jahre nach Abschluss der Therapie ist.

2.4 Erscheinungsformen von Fatigue

Auf welche Art und Weise und in welcher Ausprägung sich Fatigue äußert, ist individuell sehr unterschiedlich. Manche Patienten fühlen sich schläfrig, andere klagen darüber, schon nach geringer körperlicher Anstrengung übermäßig erschöpft zu sein. Ein Teil der Patienten leidet unter Lustlosigkeit und Antriebsarmut. Außerdem klagen die Betroffenen häufig über einen beschleunigten Puls oder über Appetitlosigkeit (Link, 2002, S.4). Nach dem derzeitigen Kenntnisstand besteht eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass Fatigue sowohl das körperliche als auch das emotionale Befinden beeinträchtigen und die kognitive Leistungsfähigkeit mindern kann (Reisenegger, Weis, 2000, S.14). Daher wird begrifflich unterschieden zwischen erstens physischer, zweitens kognitiver und drittens emotionaler Fatigue (Dietzfelbinger, 2002, S.3).

Mit physischer Fatigue wird die Herabsetzung der körperlichen Funktionsfähigkeit beschrieben, die sich beispielsweise durch

Erschöpfungszustände oder Muskelschwäche bemerkbar macht (Reisenegger, Weis, 2000, S.14).

Unter kognitiver Fatigue werden Einschränkungen in der Aufmerksamkeit verstanden. Dabei leiden Betroffene häufig unter Konzentrationsschwäche und sind leicht abzulenken (ebd.).

Emotionale Fatigue beschreibt die negativen Auswirkungen der Müdigkeit auf das Gefühlsleben der Patienten. Hierzu zählen Gefühle der Hilflosigkeit, Ängste, Antriebsarmut sowie eine erhöhte Vulnerabilität für depressive Verstimmungen (ebd.).

Um u.a. genauere Informationen über das Empfinden und das Erleben von Müdigkeit bei Krebspatienten zu erhalten, führten Glaus et al. eine Studie mit dem Thema „Müdigkeit/Fatigue bei Gesunden und bei krebserkrankten Menschen“ durch. (Glaus et al., 1999, S.12). Dazu wurden 20 gesunde und 20 krebserkrankte Menschen in unstrukturierten Interviews ermuntert, über ihr Erleben der Müdigkeit zu sprechen (ebd., S.14). Aus den Interviews mit den krebserkrankten Personen konnten 16 verschiedene Themen, die jeweils eine Form der Müdigkeit beinhalteten, herausgearbeitet werden. Diese Themen wurden in der Auswertung zu drei verschiedenen Kategorien zusammengefasst (ebd., S.16). Eine Übersicht der Themen und deren Häufigkeitsverteilung ist in Tabelle 1 auf der folgenden Seite dargestellt.

An Hand der Tabelle wird deutlich, dass die Befragten ihre Müdigkeit in einer physischen, einer affektiven/emotionalen und einer kognitiven Dimension erlebt haben.

Die physische Dimension wurde am häufigsten genannt und beinhaltet neben der körperlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit auch ein Gefühl von unüblicher Müdigkeit und einem starken Bedürfnis nach Ruhe.

Die affektive/emotionale Dimension ist vor allem durch Traurigkeit und eine reduzierte Motivation gekennzeichnet. Daneben beeinträchtigten Ängste die emotionale Ebene der Befragten.

In der kognitiven Dimension litten die Betroffenen zum Teil unter Konzentrationsstörungen. Ein anderer Teil der Befragten hatte Probleme beim Denken oder gab an, „einen müden Kopf zu haben“.

Wenngleich die statistische Aussagekraft dieser kleinen Studie mit insgesamt 40 Probanden nicht sehr groß ist, wird deutlich, dass Fatigue vielfältige Erscheinungsformen aufweist.

Tabelle 1: Identifizierte Themen und Kategorien der Müdigkeit bei Krebskranken; n=20 (Glaus et al., 1999, S.15)

<p><i>Physische Empfindung der Müdigkeit (59% aller Themen)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzierte physische Leistungsfähigkeit (18/20) 2. Schwäche/keine Kraft(17/20) 3. Unübliches Schlafbedürfnis (mehr als vor der Krankheit) (6/20) 4. Unüblich müde (mehr, anders als vor der Krankheit) (18/20) 5. Unübliches Bedürfnis, sich auszuruhen (mehr als vor der Krankheit) (15/20)
<p><i>Affektive Empfindung der Müdigkeit (29% aller Themen)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Reduzierte Motivation (7/20) 7. Sich zwingen zu müssen, die Inaktivität zu überwinden (5/20) 8. Keine Energie (4/20) 9. Traurigkeit (11/20) 10. Angst (5/20) 11. Kein Kampfgeist (4/20)
<p><i>Kognitive Empfindung der Müdigkeit (12% aller Themen)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Konzentrationsstörungen (4/20) 13. Probleme im Denken (4/20) 14. Einen müden Kopf haben (4/20) 15. Schlafprobleme (nachts) (3/20) 16. Malaise⁴ (2/20)

2.5 Verlaufsformen

Derzeit gibt es noch nicht ausreichend wissenschaftliche Untersuchungen, die den Verlauf von Fatigue gänzlich klären können (Weis et al., 2000, S.108). Aufgrund der bisher vorliegenden Erkenntnisse werden grundsätzlich zwei Verlaufsformen unterschieden, nämlich die akute und die anhaltende „chronifizierte“ Verlaufsform (Quade, 2004, S.1).

⁴ „Malaise“ (schweiz.) = Übelkeit, Übelbefinden, Unbehagen

Die akute Verlaufsform ist durch intermittierende, rasch einsetzende Symptome gekennzeichnet. Die Symptome treten während der Behandlung auf und sind von kurzer Dauer (ebd.).

Bei der chronifizierten Verlaufsform persistieren die Symptome über einen längeren Zeitraum, der die Behandlungsdauer deutlich überschreiten kann. Dabei können Phasen mit hoher Symptomintensität mit Phasen geringer Symptomintensität wechseln (ebd.).

Wie Fatigue beim Einzelnen verläuft, kann jedoch nicht vorausgesagt werden. Dies lässt sich nur retrospektiv darstellen (ebd.). Außerdem bleibt unklar, ob es neben dem zeitlichen Verlauf noch weitere Unterscheidungsmerkmale gibt (Reuter, 2002, S.25). Es ist z.B. eine Abhängigkeit von der Behandlungsphase denkbar.

Daher werden Studien benötigt, die gezielt den zeitlichen Verlauf von Fatigue untersuchen. Außerdem sind sogenannte „on-treatment-“ sowie „off-treatment-“ Untersuchungen erforderlich, die Fatigue in Korrelation zu Behandlungsphasen und Behandlungspausen untersuchen (ebd.).

2.6 Auswirkungen des Fatiguesyndroms

Es wird deutlich, dass Fatigue Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche der betroffenen Personen haben kann. Das Ausmaß der Auswirkungen ist dabei abhängig von der Schwere und der Dauer der Fatiguesymptomatik.

2.6.1 Auswirkungen auf die Lebensqualität

Bei einigen Betroffenen kann sich Fatigue massiv auf die Lebensqualität auswirken. In schwerwiegenden Fällen sind die Patienten nicht mehr in der Lage, für sich selber zu sorgen. Dabei kann zum einen die körperliche Versorgung, wie beispielsweise die Nahrungsaufnahme gefährdet sein (Rüffer, 2004, S.2). Zum anderen kann aber auch die Selbstwahrnehmung dahingehend erheblich gestört sein, dass die eigene körperliche und seelische Konstitution fehlerhaft eingeschätzt wird (Guntermann, 2000, S.105). Die Betroffenen sind

deshalb sowohl auf medizinische als auch auf soziale Unterstützung angewiesen (ebd.).

Aber besonders die soziale Unterstützung fehlt den Kranken häufig. Freunde und Angehörige ziehen sich z.T. zurück, da sie feststellen, dass frühere gemeinsame Aktivitäten aufgrund der Erschöpfung des Kranken nicht mehr möglich sind. Gesunden fehlt oft das Verständnis für die Auswirkungen von Fatigue, da ihnen dieses Leiden vielfach unbekannt ist und Fatigue von gesunden Menschen nur schwer nachempfunden werden kann (Beckmann, 2003, S.15).

Manchmal fehlen soziale Kontakte aber auch, weil sich die Erkrankten zurückziehen. Sie fühlen sich wegen ihrer ständigen Müdigkeit als Zumutung für ihre Umwelt (Rüffer 2004, S.1). Insgesamt könnte der Wegfall sozialer Ressourcen die soziale Isolation begünstigen und damit die Fatigue-symptomatik verstärken.

Zudem kann die Erkrankung eines Familienmitgliedes zu Rollenveränderungen innerhalb des Familiensystems führen, da familiäre oder berufliche Aufgaben vom Kranken unter Umständen nur noch in veränderter Weise oder gar nicht mehr ausgeführt werden können (ebd., S.15-17). Diese Rollenveränderung bedeutet für den Kranken eine große Herausforderung, da er mit einem veränderten sozialen Kontext konfrontiert ist (Lubkin, 2002, S.145). Zusätzlich können die veränderten Rollen zu ernsthaften familiären Konflikten führen, da die Familienmitglieder die neue Rollenverteilung nicht akzeptieren wollen oder nicht akzeptieren können (ebd.411-412).

2.6.2 Fatigue und Berufstätigkeit

Fatigue kann sich auch auf die Berufstätigkeit der Betroffenen auswirken. Nach Abschluss der medizinischen Behandlung erschwert die reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit den Wiedereintritt in den Berufsalltag. Ebenso können eine verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie ein insgesamt verlangsamtes Denken infolge von Fatigue die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verhindern (Beckmann, 2003, S.17). Erschwerend kommt für die Betroffenen hinzu, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen wegen Fatigue

häufig nicht befürwortet werden, da Fatigue als eigenständige Diagnose bzw. als gesondertes Symptom bei der sozialmedizinischen Begutachtung der gesetzlichen Rentenversicherung noch keinen Eingang gefunden hat (ebd.).

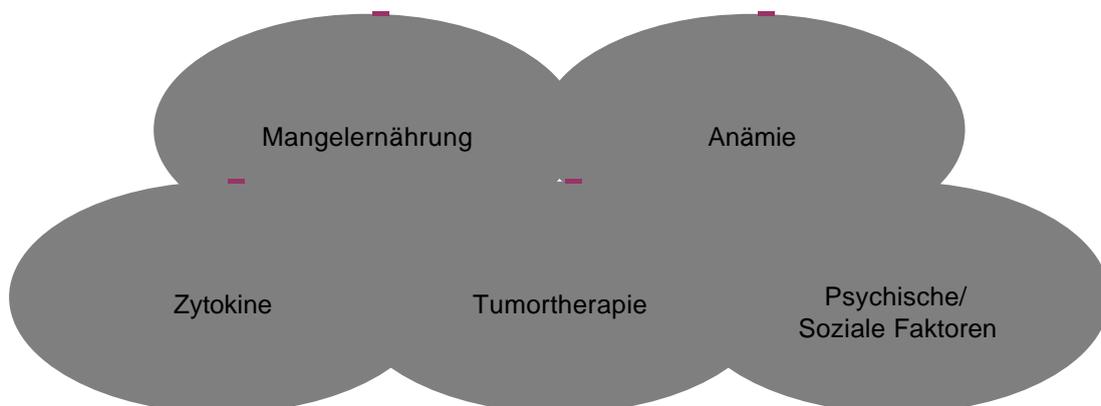
2.6.3 Auswirkungen von Fatigue auf die Tumortherapie

Es gibt erste Hinweise darauf, dass Fatigue die Non-Compliance der Patienten fördert und der mögliche Erfolg einer Tumortherapie dadurch gefährdet werden könnte (Ditzfelbinger, 2002, S.3). In einer Studie mit 234 Probanden klagten 80% über Fatigue während der Chemotherapie. Ein Teil der Befragten empfand die Müdigkeit schlimmer als andere Nebenwirkungen, wie z.B. Schmerzen oder Nausea. Fast die Hälfte der Probanden, die unter Fatigue litten, spielten mit dem Gedanken, die Therapie vorzeitig abzubrechen (ebd.).

2.7 Ursachen des Fatiguesyndroms

Die genauen Wirkmechanismen, die zu tumorbedingter Fatigue führen, sind noch nicht vollständig geklärt. Es wird jedoch angenommen, dass an dem Entstehungsprozess viele verschiedene Faktoren beteiligt sind (Quade, 2004, S.3). Wesentliche Faktoren sind in Abb. 1 dargestellt und werden nachfolgend genauer betrachtet.

Abb.1 Mögliche Fatigue erzeugende Faktoren



2.7.1 Anämie und Fatigue

Ein bedeutender Faktor im Entstehungsprozess von Fatigue ist die Anämie. Sie ist bei onkologischen Erkrankungen eine häufig auftretende Begleiterscheinung (Rüffer, 2004, S.2). Hierfür kommen mehrere Gründe in Betracht. Bei einigen Krebsarten ist das Knochenmark als blutbildendes System direkt vom Tumor oder dessen Metastasen befallen, so dass weniger Erythrozyten gebildet werden können (ebd.). Daneben gibt es Tumorarten, die die Ausschüttung des in den Nieren gebildeten Hormons „Erythropoetin“ hemmen. Dieses Hormon stimuliert die Bildung von Erythrozyten. Durch einen Mangel an Erythropoetin werden weniger Erythrozyten gebildet, so dass sich nach einiger Zeit eine Anämie manifestiert (ebd.). In anderen Fällen verursacht das Karzinom einen „leichten“ aber chronischen Blutverlust. Hierdurch verliert der Körper Eisen. Hält der Blutverlust über einen längeren Zeitraum an, kommt es zum Eisenmangel und schließlich zur Eisenmangelanämie (Toohey, 1986, S. 227). Weiterhin unterdrücken Therapieverfahren, wie Chemo- und Strahlentherapie, nicht nur das Wachstum von entarteten Zellen, sondern auch das Wachstum von gesunden Blutzellen (Beckmann, 2003, S.11). Durch den Mangel an Erythrozyten wird weniger Sauerstoff im Blut gebunden, so dass es zur Unterversorgung in den Organen und den Geweben kommt. Die Folge des Sauerstoffmangels sind u.a. Leistungsschwäche und Müdigkeit (Feyer et al., 2000, S.72).

Bei der Anämie wird generell zwischen einem leichten (Hb 12-10 g/dl), einem mäßigen (Hb 10-8 g/dl) und einem schweren Grad (Hb <8 g/dl) unterschieden. Die Stärke des Fatiguesyndroms ist jedoch nicht unbedingt von den absoluten Hämoglobinwerten abhängig (ebd.). Hier spielt auch das subjektive Empfinden des Einzelnen eine wichtige Rolle. So kann sich bereits ein leichter Mangel an Erythrozyten erheblich auf das Befinden des Betroffenen auswirken. Andererseits kann bei guter Adaption an einen niedrigeren Hb-Wert die Fatiguesymptomatik auch nur gering sein (ebd.).

2.7.2 Mangelernährung

Der Nährstoffmangel des Organismus bei einer Tumorerkrankung scheint ein weiterer wichtiger Faktor bei der Entstehung von Fatigue zu sein (Gutstein, 2001, S.1679). Die Gründe für Mangelerscheinungen sind vielschichtig und komplex. Zum einen ist durch das Tumorwachstum der Energiebedarf des Körpers erhöht (Juchli, 1987, S.540). Gerade Kohlenhydrate und Eiweiße werden vom Tumor in hohem Maße verstoffwechselt und stehen deshalb dem übrigen Organismus nicht in ausreichender Menge zur Verfügung (Hammann, 2002, S.301). Zum anderen führen intensive Therapieformen, wie Chemo- und Strahlentherapie, fast immer zu Appetitverlust und verminderter Nahrungsaufnahme (Juchli, 1987, S.540). Außerdem können weitere Begleiterscheinungen der Behandlung, wie fehlende Geschmacksempfindung, Mundtrockenheit, Ulzerationen der Mundschleimhäute oder häufiges Erbrechen, die Nahrungsaufnahme erschweren (ebd.). Folgen der Mangelernährung sind starker Gewichtsverlust bis hin zur Kachexie, Muskelabbau, Müdigkeit, Schwäche und Erschöpfung (Hammann, 2002, S.301; Juchli, 1987, S.540). Über welche physiologischen Wirkmechanismen der Nährstoffmangel zur Fatiguesymptomatik führt, ist noch nicht genau geklärt (Gutstein, 2001, S.1679).

2.7.3 Die Wirkung der Zytokine

Zytokine sind Proteine, die als Botenstoffe von Zellen gebildet werden, um Zellinformationen gegenseitig auszutauschen (Kurzrock, 2001, S. 1684). Sie haben einen weitreichenden Einfluss auf die Funktion unserer Organsysteme. So sind Zytokine u.a. mitverantwortlich für die normale Funktion unseres Immunsystems, wirken beim Knochenaufbau mit und sind an der Blutbildung beteiligt (ebd.). Um ein physiologisches Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, werden Zytokine und Zytokin-Antagonisten gebildet. Diese Balance zwischen Agonisten und Antagonisten ist für die Aufrechterhaltung der Gesundheit erforderlich. Eine Zunahme an bestimmten Zytokinen hat negative Auswirkungen auf das Gehirn, das Herz, die Lunge und die Leber (ebd.).

Bei Tumorpatienten ist das Gleichgewicht zwischen Agonisten und Antagonisten jedoch gestört. Zum einen bildet der Tumor unkontrolliert Zytokine (ebd., S.1687). Zum anderen wird aufgrund des Tumorwachstums das Immunsystem aktiviert, das seinerseits in komplexen Vorgängen zusätzliche Zytokine produziert und ausschüttet (Ditzfelbinger, 2002, S.6). Darüber hinaus werden aufgrund der zellschädigenden Wirkung bei der strahlentherapeutischen Behandlung sowohl im Tumor als auch im gesunden Gewebe Zytokine freigesetzt (Feyer et al., 2000, S.69). Dieser Vorgang ist abhängig vom Ausmaß der Zellschädigung. Die Anzahl der tatsächlich durch die Strahlentherapie geschädigten Zellen wird durch die Art und die Lokalisation des Tumors sowie durch die Bestrahlungstechnik und die Strahlenqualität bestimmt (ebd., S.71).

Obwohl die Untersuchungen zu den exakten Wirkmechanismen der Zytokine noch am Anfang stehen, konnte bereits nachgewiesen werden, dass Zytokine, z.B. Interferon, Fatigue und Fieber verursachen (Kurzrock, S.1685). Außerdem sind Zytokine, wie der Tumornekrosefaktor, an der Entstehung der tumorbedingten Anämie beteiligt (Ditzfelbinger, 2002, S.6). Zusätzlich haben Studien gezeigt, dass Zytokine in den Eiweißstoffwechsel des Organismus eingreifen und somit Kachexie begünstigen können (Kurzrock, S.1685).

2.7.4 Der Einfluss der Tumortherapie

Der Einfluss der Tumortherapien auf das Fatiguesyndrom wurde u.a. für strahlentherapeutische Behandlungen untersucht. Dabei wurde beobachtet, dass Fatigue bei den untersuchten Personen in Abhängigkeit von der Stärke der auftretenden Nebenwirkungen während der Strahlentherapie zunahm (Feyer et al., S.71). Dass Tumortherapien aufgrund ihrer Nebenwirkungen die Fatiguesymptomatik begünstigen, wurde z.T. in den Kapiteln 2.7.1 bis 2.7.3 schon beschrieben. Zusätzlich kommt es bei der strahlentherapeutischen Behandlung häufig zu akuten Nebenwirkungen, wie Dermatitis, Mukositis, Xerostomie, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhöen (ebd., S.73). Gerade bei den häufig sehr intensiven kurativen Tumortherapien können diese Nebenwirkungen so gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität der

Betroffenen haben, dass es zur Selbstaufgabe kommt und ein ausgeprägtes Fatiguesyndrom die Folge ist (ebd., S.73).

Auch für die Chemotherapie wurde ein Zusammenhang zwischen Ausmaß der Nebenwirkungen und Stärke der Fatiguesymptomatik festgestellt (Wang et al., 2001, S. 1730).

Bei kombinierten Therapieverfahren nimmt die Intensität von Fatiguesymptomen noch weiter zu. So hat eine Studie ergeben, dass die Ausprägung von Fatigue bei kombinierter Chemo-, Radio- und Hormontherapie stärker ist als bei alleiniger Radiotherapie (ebd., S.72).

2.7.5 Psychische und soziale Faktoren bei Fatigue

Nicht nur physiologische, sondern auch psychologische und soziale Faktoren scheinen sich auf die Entstehung und die Erhaltung von Fatiguesymptomen auszuwirken. So schreiben Feyer et al.:

„Die Konfrontation mit den Bestrahlungsgeräten, dem Schicksal anderer Patienten und der Isolation im Krankenhaus-Umfeld lassen die Symptomatik des Fatigue-Syndroms auf unterschiedlichem Niveau langfristig bestehen.“ (Feyer, et al., 2000, S.71).

Zusätzlich müssen Betroffene infolge ihrer Krebserkrankung auch im häuslichen Umfeld mit dem Wegfall sozialer Kontakte bis hin zur sozialen Isolation rechnen (Beckmann, 2003, S.15). Dies kann zu Depressionen und kognitiven Beeinträchtigungen führen (Lubkin, 2002, S.295). Möglicherweise wird hierdurch die Fatiguesymptomatik in ihrer Ausprägung und/oder ihrer zeitlichen Dimension verstärkt.

Außerdem wird ein Zusammenhang zwischen Fatigue und individueller Krankheitsverarbeitung gesehen (Weis et al., 2000, S.112). Hierzu gibt es allerdings bislang nur hypothetische Überlegungen, nämlich Fatigue im transaktionalen Modell der Krankheitsverarbeitung anzusiedeln. So könnte Fatigue in diesem Modell als ein unabhängiger Belastungsfaktor gesehen werden, durch den bestimmte Prozesse bei der Krankheitsbewältigung aktiviert werden, um die psychische Befindlichkeit wieder herzustellen (ebd.). Andererseits könnte Fatigue auch Ausdruck einer Fehlanpassung im Prozess der Krankheitsverarbeitung sein (ebd.). Als dritte Möglichkeit wäre Fatigue eine Form der Bewältigung. Dabei könnte die Müdigkeit eine protektive Wirkung

haben, um vor Ängsten oder Bedrohungen, die infolge der Krebserkrankung entstehen, zu schützen (ebd.).

Erste wichtige Hinweise über die genauen Zusammenhänge von individuellen Verarbeitungsstrategien, Persönlichkeitsmerkmalen und dem Erleben von Fatiguesymptomen gibt eine Studie über Patienten nach Knochenmarktransplantationen (ebd., S.113). Dabei korrelierte ein höheres Kohärenzgefühl im Sinne Antonovskys⁵ mit einer geringeren Fatigueausprägung (ebd.). Um ein besseres Verständnis für die psychischen Ursachen, die Fatigue begünstigen, zu erlangen, ist es erforderlich, Vulnerabilitätsfaktoren zu identifizieren. Dies könnten beispielsweise besondere Persönlichkeitsmerkmale oder Verarbeitungsstrategien sein (ebd.).

Es wird deutlich, dass die Entstehung von Fatigue vielschichtig ist und die einzelnen Ursachen in ihrem wechselseitigen Wirkungsgefüge zu sehen sind.

2.7.6 Modelle zur Entstehung von Fatigue

Die Multidimensionalität der Fatigueentstehung spiegelt sich in unterschiedlichen Modellvorstellungen verschiedener Autoren wider (Glaus, 2000, S.5-7; Reuter, 2002, S.22-23).

Z.B. hat Glaus ein „biomedizinisch-psychologisches Konzept“ der Fatigueentstehung erarbeitet, in dem sie zwischen primären und sekundären Ursachen von Fatigue unterscheidet (Glaus, 2000, S.3-5).

Primäre Ursachen erzeugen direkt metabolische, endokrine, zentralnervöse, immunologische oder emotionale Störungen im menschlichen Organismus und verursachen dadurch Fatigue. So könnte ein großes Bronchialkarzinom, das die Sauerstoffaufnahme des Kranken behindert, als eine primäre Ursache der Fatigueentstehung angesehen werden. Als eine weitere primäre Ursache wäre auch die Krankheitsverarbeitung zu sehen, die als emotionale Belastung auf das Individuum einwirkt und deshalb die Fatigue begünstigt.

⁵ Das Kohärenzgefühl im Sinne Antonovskys besteht aus den drei Aspekten: Gefühl von Verstehbarkeit; Gefühl von Handhabbarkeit; Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (Walser, 2004, S.3).

Sekundäre Ursachen der Fatigueentstehung sind nach dem Verständnis von Glaus z.B. Tumorthapien oder die unkontrollierte Ausschüttung von Zytokinen (ebd., S.3-4).

Ein weiteres Modell, das die Entstehung von Fatigue erklären soll, wurde von Wunningham et al. erarbeitet (Reuter, 2002, S.23). In diesem Modell wird Müdigkeit als Energiedefizit angesehen. Wunningham et al. gehen davon aus, dass verschiedene Faktoren, wie Krankheitssymptome oder psychische Belastungen, negativen Einfluss auf die Aktivität des Individuums haben. Als Folge der reduzierten Aktivität, z.B. verminderte Atmung oder Nahrungsaufnahme, kommt es zu dem Verlust von energieproduzierenden, metabolischen Ressourcen, wie z.B. von Sauerstoff- oder Nährstoffen. Daraus resultiert Fatigue (Glaus, 2000, S.6).

Irvin et al. sehen Fatigue als Folge veränderter Energieumsätze des menschlichen Körpers (Reuter, 2002, S.23). Dabei nehmen Tumorthapien, Krankheitssymptome und psychische Belastungen als sog. „energy response modifiers“ negativen Einfluss auf die Interaktion von Energiezufuhr, -transformation und -verbrauch (ebd.).

Zwar wurde der Einfluss einzelner, aus den Modellen stammender Faktoren, wissenschaftlich nachgewiesen, jedoch konnte die Gesamtgültigkeit der jeweiligen Modelle bisher nicht durch Studien belegt werden (ebd.). Ein Grund dafür könnte meines Erachtens darin liegen, dass die Forschung in den vergangenen zehn Jahren wichtige neue Erkenntnisse über Fatigue gewonnen hat, die Modelle jedoch größtenteils älter als zehn Jahre sind.

2.8 Fatigue-Assessment und -Diagnostik

Aufgrund der Ergebnisse der bisher durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen geht man davon aus, dass es sich bei der Fatigue-symptomatik um einen subjektiven Erlebensbereich handelt, der durch Fremdbeurteilung nur in Teilen erfasst werden kann (Reisenegger, Weis, 2000, S.15). Deshalb setzt man zur Erhebung von Fatigue primär Methoden ein, die auf der Selbstbeurteilung des Patienten basieren (ebd.). Die Fremdbeurteilung

von Fatigue z.B. durch Ärzte kann allerdings in Ergänzung durchgeführt werden (ebd.).

2.8.1 Erhebungsinstrumente für tumorbedingte Fatigue

In den vergangenen Jahren wurden in verschiedenen Ländern gezielt Erhebungsinstrumente für tumorbedingte Fatigue entwickelt (Reuter, 2002, S.29). Daher stehen nun Instrumente, in der Regel sind es Fragebögen, zur Erfassung von Fatigue zur Verfügung, die den mehrdimensionalen Charakter von Fatigue berücksichtigen (Feyer, Steingraber, 2001, S.64). Derzeit sind mehrere Erhebungsinstrumente gebräuchlich (Reuter, 2002, S.29). Sie werden im weiteren Verlauf der Arbeit kurz vorgestellt. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem deutschsprachigen Instrument von Glaus, da es hierzulande ohne Übersetzung zur Fatigueerfassung angewendet werden könnte. Tabelle 2 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die verschiedenen vorhandenen Erhebungsinstrumente.

Hann et al. entwickelten das sog. **„Fatigue Symptom Inventory“** (FSI). Es erfasst die Intensität und Dauer von Fatigue sowie Einschränkungen hinsichtlich der Lebensqualität von Krebspatienten (Reisenegger, Weis, 2000, S.26). Mit insgesamt 13 Items ist es ein kurzes vollstandardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument, das zur schnellen Erfassung von Fatigue geeignet ist (ebd., S.26-27). Die ersten vier Items sind Fragen zur Intensität von Fatigue während der vergangenen Woche. Die Ausprägung wird dabei mit Hilfe einer Skala von null („not at all fatigue“) bis zehn („extreme fatigue“) erfragt (ebd., S.26). Weitere sieben Items erfassen auf einer Skala von null („no interference“) bis zehn („extreme interference“) den Grad der Beeinträchtigung durch Fatigue (ebd.). Die beiden verbleibenden Items erheben die zeitliche Dauer bzw. die Häufigkeit des Auftretens der Müdigkeit in der vergangenen Woche (ebd.).

Das **„Multidimensional Fatigue Inventory“** (MFI) wurde von Smets et al. entwickelt und erfasst Fatigue in den Dimensionen, „general Fatigue“, „physisch“, „mental“, „Aktivität“ und „Motivation“ (Ahlberg et al., 2003, S.4). Die

fünf Dimensionen werden mit insgesamt 20 Items auf einer Skala von eins („yes, that is true“) bis sieben („no, that is not true“) erfasst.

Tab. 2 Übersicht über Erhebungsinstrumente für tumorbedingte Fatigue (nach Reuter, 2002, S.30)

Fragebogen	Dimension	Anzahl Items/ Skalierung	Zeitfenster
Fatigue Symptom Inventory (FSI)	Intensität, Beeinträchtigung	13 Items/ 11-stufig	Letzte Woche
Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)	„General Fatigue“, Physisch, Mental, Aktivitätslevel, Motivationslevel	20 Items/ 7-stufig	Letzte Tage
Multidimensional Fatigue Symptom Inventory (MFSI)	„General Fatigue“, Physisch, Affektiv, Mental, „Vigor“	83 Items/ 5-stufig	Letzte Woche
Schwartz Cancer Fatigue Scale	Physisch, Emotional, Kognitiv	28 Items/ 5-stufig	Letzte Tage
Revised Piper Fatigue Self-report Scale (PFS)	Sensorisch, Affektiv, Kognitiv	23 Items/ 11-stufig	Jetzt
Cancer Fatigue Scale (CFS)	Physisch, Affektiv, Kognitiv	15 Items/ 5-stufig	Letzte Woche
Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue Scale (FACT-F)	Physisch	13 Items/ 5-stufig	Letzte Woche
Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ)	Physisch, Affektiv, Kognitiv	20 Items/ 4-stufig	Letzten zwei Wochen
	Intensität und Beeinträchtigung	3 Items/ Visuelle Analog-Skala (VAS)	Letzte Woche bzw. letzten Monat

Dabei bildet „eins“ die höchste Fatigue Ausprägung ab, während „sieben“ die niedrigste Ausprägung darstellt (Reisenegger, Weis, 2000, S.22). Das MFI wurde bereits in mehreren Studien zur Erfassung von Fatigue erfolgreich getestet (Ahlberg et al., 2003, S.644).

Das „**Multidimensional Fatigue Symptom Inventory**“ (MFSI) ist mit 83 Items das umfangreichste Fatigue-Erhebungsinstrument (Reuter, 2002, S.31). Es wurde von Stein et al. entwickelt und bildet fünf Dimensionen ab. Vier Dimensionen sind mit den Dimensionen des „MFI“ identisch. Anstelle der

Dimension „Motivation“ bei dem „MFI“, wird bei dem „MFSI“ allerdings die Dimension „Vigor“⁶ erhoben (ebd., S.30). Die Skalierung der Items erfolgt in fünf Stufen. Insgesamt erfasst das Instrument die Fatigue-Symptomatik der vergangenen Woche (ebd.). Das „MFSI“ wurde konzipiert, um ein möglichst genaues Bild von Fatigue zu erstellen. Für Patienten mit ausgeprägter Fatigue scheint es allerdings aufgrund der Vielzahl an Items in der Beantwortung zu anstrengend zu sein. So ist zu befürchten, dass die Angaben zu Fatigue lückenhaft bleiben (Mendoza et al., 1999, S.1187).

Die **„Schwartz Cancer Fatigue Scale“** erfasst Fatigue in den Dimensionen „physisch“, „emotional“ und „kognitiv“ (Ahlberg et al., 2003, S.644). Die Skalierung erfolgt in fünf Stufen. Das Instrument ist einfach zu verstehen, aber mit insgesamt 28 Items relativ zeitintensiv in der Beantwortung (ebd.).

Die **„Piper Fatigue Self-Report Scale“** (PFS), die von Piper entwickelt wurde, war das erste Erhebungsinstrument, das Fatigue in verschiedenen Dimensionen erhob. Die ursprüngliche Version umfasste insgesamt 44 Items und war damit in der Beantwortung ebenfalls sehr zeitintensiv (Reisenegger, Weis, 2000, S.21). Mittlerweile existiert eine revidierte Fassung mit 23 Items und elf-stufiger Skalierung. Dabei werden neben der Intensität auch die affektiven, sensorischen und kognitiven Eigenschaften von Fatigue erfasst (ebd.). Die Validität der revidierten Fassung wurde in mehreren Studien bei Brustkrebspatienten belegt (ebd.).

Die **„Cancer Fatigue Scale“** wurde in Japan von Okuyama et al. entwickelt (Reuter, 2002, S.32). Es umfasst die Dimensionen „physisch“, „affektiv“ und „kognitiv“. Mit einer fünf-stufigen Skalierung und insgesamt 15 Items zählt es zu den kürzeren Erhebungsinstrumenten (ebd., S.30).

Das **„Functional Assessment of cancer Therapy - Fatigue Scale“** (FACT-F) ist Bestandteil eines umfassenden Fatigue-Assessments (FACT-general) mit

⁶ „Vigor“ (engl.) = „Vitalität“, „Lebenskraft“

insgesamt 41 Items (Ahlberg et al., 2003, S.644). Dabei entfallen 13 fatiguespezifische Items auf das „FACT-F“ (ebd.). Das „FACT-F“ erfasst Fatigue eindimensional auf der körperlichen Ebene (Reisenegger, Weis, 2000, S.25). Trotz der einfachen Handhabung des Instruments ist der Fragebogen für Patienten mit ausgeprägter Fatigue aufgrund der Vielzahl an Items sehr mühsam zu beantworten (Ahlberg et al., 2003, S.644).

Mit dem von Glaus entwickelten „**Fatigue Assessment Questionnaire**“ (FAQ) steht das erste deutschsprachige Erhebungsinstrument zur Erfassung tumorbedingter Fatigue zur Verfügung (Reisenegger, Weis, 2000, S.26). Die inhaltliche Validität des „FAQ“ wurde an verschiedenen Gruppen von Tumorpatienten überprüft und kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden (ebd.). Es soll daher ausführlicher dargestellt werden. Der komplette „Müdigkeits-Fragebogen“ ist in Anhang 1 abgebildet .

Der FAQ ist ein vollstandardisierter Selbstbeurteilungsbogen mit insgesamt 23 Items, der die Intensität und die Auswirkungen von Fatigue erfasst (ebd.).

Die ersten 20 Items bestehen aus fatiguespezifischen Fragen mit einer Skalierung von null (überhaupt nicht) bis drei (sehr). Mit den Fragen 1 bis 11 wird die physische Dimension von Fatigue erhoben (Glaus, Müller, 2001, S.170). Die Fragen 12 bis 14 erfassen die kognitive Dimension, während die Fragen 15 bis 19 die affektive Dimension von Fatigue erheben (ebd.). Die Frage Frage 20 „Hatten Sie nachts Schlafprobleme“ kann inhaltlich keinem der eben genannten Fragenkomplexe zugeordnet werden (ebd.). Bei der Auswertung der Fragen werden die Punktzahlen der einzelnen Fragen addiert. Je höher die Punktzahl ist, desto größer ist das Ausmaß der Müdigkeit (ebd.).

Die letzten drei Items bestehen aus linearen Analogskalen (ebd.). Auf den ersten beiden Skalen kann der Patient die Ausprägung seiner Müdigkeit während der letzten Woche und während des letzten Monats entsprechend einzeichnen. Auf der dritten Skala hat der Patient die Möglichkeit, die Ausprägung seines Leidensdrucks infolge der Müdigkeit entsprechend einzuzeichnen. Die Ausprägung nimmt auf allen drei Skalen von links nach rechts zu. Zur Auswertung der jeweiligen Skala wird die Entfernung vom Beginn

der Skala bis zur Markierung in Millimetern gemessen. Dabei bedeuten 0-33 mm geringe, 34-66 mm mäßige und 67-100 mm starke Ausprägung (ebd., S.169-171).

Trotz einiger Ausnahmen gelten die verschiedenen Erhebungsinstrumente insgesamt noch als unzureichend validiert, da sie häufig nur an Patienten mit bestimmten Tumorarten getestet wurden (Reuter, 2002, S.32). Es ist daher nicht auszuschließen, dass ein Selektionsbias auftritt. Darüber hinaus fehlen einheitliche Übersetzungen der meist in englischer Sprache verfassten Instrumente (ebd.). Verschieden übersetzte Instrumente könnten Unterschiede bei der Fatigue Erfassung ergeben. Somit müsste das Ergebnis einer Fatigueerhebung nicht nur in Bezug auf das verwendete Instrument sondern auch in Bezug auf die jeweilige Übersetzung interpretiert werden.

2.8.2 Problematik des Fatigue-Assessments

Trotz der zahlreich vorhandenen Erhebungsinstrumente weist die Erfassung von Fatigue einige Schwierigkeiten auf. Zum einen hat Fatigue in ihren Auswirkungen einen individuellen, mehrdimensionalen Charakter. Dieser kann allerdings nicht in allen Feinheiten von Fragebögen, die auf statistisch erhobenen Zusammenhängen basieren, erfasst werden (Feyer, Steingraber, 2001, S.63). Zum anderen ist Fatigue aufgrund der vielen verschiedenen einwirkenden Faktoren ein dynamischer Prozess (ebd.). Zur exakten Erhebung von Fatigue müsste also fortlaufend der Status bestimmt werden. Darüber hinaus unterliegt die Selbstbeurteilung des Patienten verschiedenen Beeinflussungen. So wirken sich z.B. erhöhte bzw. erniedrigte Selbstaufmerksamkeit oder verschiedene Strategien der Verdrängung auf die Beurteilung von Fatigue aus (Reisenegger, Weis, 2000, S.16). Fatigue müsste also unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensbezüge der Betroffenen erhoben werden. Außerdem haben Studien gezeigt, dass sich einige Patienten generell scheuen, ihre Müdigkeit zu thematisieren (Feyer, Steingraber, 2001, S.64). Erschwerend kommt hinzu, dass es z.Z. kein einheitliches Erhebungsverfahren für Fatigue gibt und die gebräuchlichen Erhebungs-

instrumente unzureichend validiert sind. So ist es denkbar, dass Fatigue aufgrund der unterschiedlichen Instrumente unterschiedlich gut erfasst wird. Reisenegger und Weis sehen in der Weiterentwicklung der vorhandenen Fatigueerhebungsinstrumente eine der wichtigsten Aufgaben für die Zukunft (Reisenegger, Weis, 2000, S.28).

2.8.3 Diagnostische Kriterien für tumorbedingte Fatigue

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Fatigue Coalition“ aus den USA hat Diagnosekriterien für Fatigue erarbeitet und vorgeschlagen, diese in die Internationale Klassifikationen der Krankheiten (ICD-10) aufzunehmen (Reuter, 2002, S.32). Damit soll eine gemeinsame Definition von Fatigue geschaffen und die Erfassung von Fatigue vereinheitlicht werden (ebd.). Die vorgeschlagenen Diagnosekriterien sind in Tabelle 3 zusammengestellt.

Tab. 3 vorgeschlagene Diagnosekriterien für tumorbedingte Fatigue in die ICD-10 (Reuter, 2002, S. 33)

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome bestehen täglich bzw. fast täglich während derselben Zwei-Wochenperiode im vergangenen Monat, und mindestens eines der Symptome ist deutliche Müdigkeit (A1).

- A1. Deutliche Müdigkeit, Energieverlust oder verstärktes Ruhebedürfnis, welches in keinem Verhältnis zu aktuellen Veränderungen des Aktivitätsniveaus steht
- A2. Beschwerden allgemeiner Schwäche oder schwerer Glieder
- A3. Verminderte Fähigkeit zur Konzentration und Aufmerksamkeit
- A4. Verringerte(s) Motivation oder Interesse an Alltagsaktivitäten
- A5. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- A6. Schlaf wird nicht als erholsam oder regenerierend empfunden
- A7. Notwendigkeit starker Anstrengung, um Inaktivität zu überwinden
- A8. Deutliche emotionale Reaktionen auf Fatigueproblematik (z.B. Traurigkeit, Frustration oder Reizbarkeit)

- A9. Durch Müdigkeit bedingte Schwierigkeiten, alltägliche Aufgaben zu erledigen
- A10. Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis
- A11. 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 Symptome Konsequenzen einer Tumorerkrankung oder ihrer Behandlung sind
- D. Die Symptome sind nicht primär Konsequenzen einer komorbiden psychischen Störung, wie Major Depression, Somatoforme Störung oder Delir

2.8.4 Differenzialdiagnose „Depression“

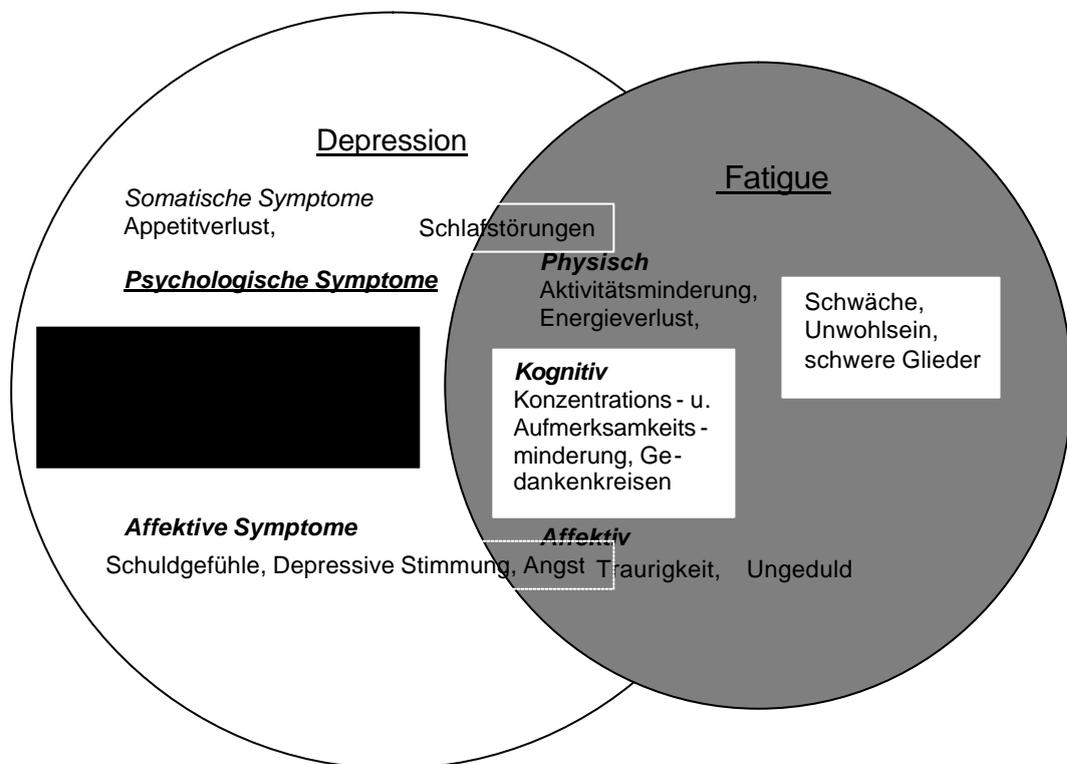
Die Fatiguesymptomatik ist der Depression in vielen Bereichen sehr ähnlich (Reuter, 2002, S.171). Deshalb ist es in der täglichen Praxis häufig schwierig zu unterscheiden, ob die Beschwerden der Patienten infolge einer Depression auftreten oder ob sie Auswirkungen von Fatigue sind (Dimeo, 2000, S.96). Eine differenzialdiagnostische Unterscheidung ist schon deshalb für die Patienten von Bedeutung, weil es Unterschiede in den Therapieansätzen gibt (Reuter, 2002, S.176-177).

Um u.a. eindeutige diagnostische Kriterien für Fatigue bei Tumorkranken zu erhalten, führte Reuter eine Studie durch, die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede von Fatigue und Depression aufdecken sollte (Reuter, 2002). Die in dieser Studie beobachteten Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind in der Abbildung 2 auf der folgenden Seite dargestellt.

An Hand der Abbildung wird deutlich, dass die Studie hinsichtlich der Symptome große Überschneidungen zwischen Fatigue und Depressionen hervorgebracht hat (Reuter, 2000, S.171). Dabei erwies sich keine der drei Dimensionen „physisch“, „kognitiv“ und „affektiv“ als fatiguespezifisch (Reuter, 2002, S.170-172). Beispielsweise sind Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Gedankenkreisen Symptome, die sowohl bei dem Fatigue-Syndrom als auch bei einer Depression vorkommen können.

Darüber hinaus kommt es aber bei Depressionen auch zu Interessenverlust, Freudlosigkeit, Selbstwertverlust und zu Suizidgedanken (ebd., S.172). Unterschiede zwischen Fatigue und Depression konnten teilweise aber in der Qualität der Symptome beobachtet werden, das galt vor allem für die kognitiven Symptome (ebd., S.172). In der physischen Dimension wiesen dagegen die Fatigue-Patienten ein breiteres Spektrum an Symptomen auf als Probanden mit Depressionen (ebd., S.171).

Abb. 2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Fatigue und Depression (nach Reuter, 2002, S.81)



Bei einer weiteren Studie mit Tumorpatienten konnte außerdem beobachtet werden, dass Unterschiede im Verlauf zwischen Fatigue und Depression bestanden. Während Fatigue nach der Tumorbehandlung zunahm, war der Schweregrad der Depression in dieser Zeit rückläufig. Im weiteren Verlauf blieb die Ausprägung der Depression konstant oder stieg an, während Fatigue wieder abnahm (Reuter, Härter, 2000, S.48).

Zur genaueren Diagnosestellung schlägt Reuter deshalb vor, bei dem Fatigue-Assessment besonderes Augenmerk auf die körperliche Dimension von Fatigue zu legen, da in dieser Dimension die Unterschiede zwischen Fatigue und Depression am größten waren (Reuter, 2002, S.178). Außerdem empfiehlt Reuter, zusätzlich zu dem Fatigue-Assessment auch psychodiagnostische Untersuchungen durchzuführen, da der Interessenverlust von Patienten auf eine Depression hinweisen könnte (ebd., S.178-182).

2.9 Therapeutische Maßnahmen

Gezielte Interventionsmaßnahmen zur Behandlung tumorbedingter Fatigue liegen noch nicht vor (Weis et al., 2000, S.109; Ruffer, 2003, S.6). Dennoch gibt es einige Erfolg versprechende Therapiemöglichkeiten, die individuell auf den Patienten abgestimmt werden sollten (Ruffer, 2003, S.6).

2.9.1 Medikamentöse Therapie

Da die Tumoranämie eine häufige Ursache von Fatigue darstellt, ist ihre Behandlung ein wichtiger Faktor in der Gesamttherapie (Ditzfelbinger, 2002, S.7). Dabei können mittelgradige bis schwergradige Anämieformen durch Bluttransfusionen behoben werden (ebd.). Die Gabe von Bluttransfusionen ist allerdings mit Problemen behaftet. Zum einen besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Patienten. Zum anderen ist der therapeutische Nutzen von Transfusionen nur von begrenzter Dauer, so dass mehrere Gaben notwendig werden. Darüber hinaus können Bluttransfusionen häufig nur stationär verabreicht werden, wodurch die Behandlungskosten insgesamt steigen (ebd.). Diese Problematik führt dazu, dass mildere Formen der Anämie häufig nicht therapiert werden und die Beeinträchtigungen des Patienten bestehen bleiben (ebd.).

Eine therapeutische Alternative zur Bluttransfusion besteht in der Gabe von gentechnologisch hergestelltem Erythropoetin (Patarca-Montero, 2004, S.206). Erythropoetin ist ein Hormon, das das Wachstum der Erythrozyten stimuliert. Die therapeutische Wirksamkeit bei tumorbedingter Anämie konnte in

verschiedenen Studien mehrfach nachgewiesen werden (Ditzfelbinger, 2002, S.7). Die Behandlung mit Erythropoetin ist ebenfalls sehr kostenintensiv. Ein Vorteil gegenüber der Transfusionstherapie liegt in der guten Verträglichkeit. Die Gabe von Erythropoetin birgt kein Infektionsrisiko in sich. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Hormon ambulant verabreicht werden kann, so dass keine zusätzlichen Krankenhausaufenthalte notwendig werden (ebd.).

Weitere medikamentöse Behandlungsansätze sind die Gabe von Steroiden, Amphetaminen und Antidepressiva (Rüffer, 2003, S.6). Diese Therapieansätze sind allerdings noch nicht ausreichend untersucht, so dass es z.Z. keine eindeutigen Therapieempfehlungen gibt (ebd.).

2.9.2 Bewegungstherapie

Neben der medikamentösen Behandlung von Fatigue spielt auch die Bewegungstherapie in Form von regelmäßigem körperlichen Training eine wichtige Rolle (ebd.). Bei diesem sogenannten aeroben Training müssen folgende wichtige Voraussetzungen erfüllt sein: Zum einen müssen große Muskelgruppen bewegt werden. Zum anderen sollte die Belastungsintensität zwischen 70 und 80% der maximalen Belastbarkeit des Patienten liegen. Damit ist gewährleistet, dass bei einem ausreichend großen Reiz die muskuläre Energiebereitstellung über den aeroben Stoffwechsel erfolgen kann. Außerdem sollte die Belastung über einen längeren Zeitraum erfolgen (Dimeo, 2000, S.97). Zu den aeroben Sportarten zählen z.B. Walking, Schwimmen, Radfahren oder Rudern (ebd.).

Die positiven Effekte des aeroben Trainings wurden in mehreren Vergleichsstudien mit Tumorpatienten in verschiedenen klinischen Situationen beobachtet (ebd., S.101). So konnte bei Patienten durch gezieltes Ausdauertraining⁷ während bzw. nach Chemotherapien nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit gesteigert werden, sondern auch eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens erreicht werden (ebd., S.98-101). Dafür kommen mehrere Gründe in Betracht. Zum einen sind Patienten, die unter Fatigue leiden, infolge ihrer Erschöpfung weniger aktiv, so dass Muskelmasse abgebaut

⁷ Insgesamt 20-30 Minuten pro Tag, verteilt auf mehrere Intervalle

wird und die Leistungsgrenze noch schneller erreicht wird. In der Folge senkt sich das Aktivitätsniveau der Patienten weiter ab. Für die Betroffenen entsteht ein „Circulus vitiosus“, der durch aerobes Training durchbrochen werden könnte (ebd., S.97). Zum anderen führt die körperliche Aktivität durch Vergrößerung des Kapillarnetzes sowie durch Zunahme von Myoglobin, Mitochondrien und zellulären Enzymen zu einer besseren Sauerstoffversorgung des Körpers (ebd.). Damit kann der anämiebedingten Abgeschlagenheit entgegengewirkt werden (ebd.).

Entscheidend ist, dass das Ausdauertraining dem Leistungsniveau der Patienten angepasst ist. Dann können erfahrbare Leistungssteigerungen, selbst in geringem Umfang, sehr wichtig für die Verbesserung des Körpergefühls, die Erhöhung des Selbstwerts und die Steigerung des allgemeinen seelischen Wohlbefindens sein (Weis et al., 2000, S. 115).

Kontraindikationen gegen das Training sind Fieber und Mangelernährung (Dimeo, 2000, S.101). Bei stabilitätsgefährdenden Knochenmetastasen sollte ein Trainingsprogramm nur bedingt durchgeführt werden (ebd.).

Zusätzlich zu dem aeroben Training scheint es sinnvoll, dem Patienten gezielte Entspannungsübungen zu vermitteln (Weis et al., 2000, S.115). Dadurch kann er in die Lage versetzt werden, Erschöpfungszustände selber zu regulieren und die wichtige Balance zwischen Aktivität und Entspannung herzustellen (ebd., S.115-116). Zur Unterstützung der Selbstwahrnehmung dienen dem Patienten dabei verhaltenstherapeutische Techniken, wie z.B. Selbst-Monitoring durch Führen eines Fatigue- bzw. Aktivitätstagebuchs⁸ (ebd., S.117).

2.9.3 Kognitive und psychologische Therapiemaßnahmen

Eine weitere therapeutische Maßnahme ist die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Fatigue. Durch spezielle kognitive Trainingsprogramme können die Merkfähigkeit, die Konzentration oder die allgemeine Denkfähigkeit der Betroffenen gesteigert werden (ebd., S.116). Vor Beginn des Trainings ist eine genaue Identifizierung des eingeschränkten kognitiven Bereichs erforderlich, da die Trainingsprogramme sehr spezifisch aufgebaut sind (ebd.).

⁸ Zwei Beispiele für Fatigue-Tagebücher sind in Anhang A2 u. A3 aufgeführt.

Darüber hinaus kommen psychologische Therapieansätze zur Behandlung von Fatigue in Betracht (ebd., S.117). Zur Erleichterung der Krankheitsverarbeitung soll dem Patienten in Einzel- und/oder Gruppentherapien bei der Neubewertung seiner krankheitsbedingten Probleme geholfen werden. Auf der Basis dieser Neubewertungen und unter Berücksichtigung individueller biographischer Aspekte können dann gemeinsam mit dem Patienten Handlungsalternativen erarbeitet werden (ebd.).

2.9.4 Ernährung

Neben den z.T. sehr speziellen und komplexen Therapieansätzen wird den Patienten zusätzlich eine bewusste und ausgewogene Ernährung empfohlen (Rüffer, 2004, S.4). Viel Obst und Gemüse als „Vitaminspender“ sollen in Kombination mit hochkalorischen Nahrungsmitteln den täglichen Nahrungsbedarf decken (ebd.). Daneben kann der Verzehr von eisenhaltigen Nahrungsmitteln, wie Broccoli, die Anämie therapie unterstützen (Burks, 2001, S.1714). Viele kleine Mahlzeiten sind wenigen üppigen Nahrungsaufnahmen vorzuziehen, da große Mengen an Nahrung den Körper zusätzlich belasten und zu Ermüdung führen (Lange-Asschenfeldt, 2002, S.23). Außerdem sollte auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme geachtet werden (Burks, 2001, S.1714).

Da bisher gezielte Interventionsprogramme für die Behandlung von Fatigue fehlen, ist die Entwicklung solcher Programme eine wichtige Aufgabe der Zukunft (Weis et al., S.118). Dabei scheint es wenig sinnvoll, alle von Fatigue betroffenen Patienten dem gleichen, allgemeinen Therapieansatz zu unterziehen. Vielmehr ist es erforderlich, für jeden Patienten ein individuelles Behandlungskonzept zu erarbeiten. Um die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen in ein auf den Patienten zugeschnittenes Interventionsprogramm zu integrieren, bedarf es einer engen Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen (ebd., S.119).

2.10 Behandlungsleitlinien („Practice Guidelines“) in den USA

In den USA wurden kürzlich für „Health care professionals“ Behandlungsleitlinien bei tumorbedingter Fatigue von dem „National Comprehensive Cancer Network“ (NCCN) herausgegeben. Mit Hilfe dieser Leitlinien soll es für *Health care professionals* erleichtert werden, alle Tumorpatienten mit Fatigue zu identifizieren sowie Fatigue schnellstmöglich und effizient zu behandeln (NCCN, 2004, S.„MS-2“). Die Vorgehensweise, mit der dieses Ziel erreicht werden soll, beinhaltet prinzipiell folgende Schritte: „screening“, „primary evaluation“, „intervention“ und „re-evaluation“ (ebd., S.„MS-3“).

Alle Patienten mit einer Krebserkrankung sollten zunächst während ihres Klinikaufenthaltes und anschließend in angemessenen Intervallen⁹ einem Screening unterzogen werden. Beim Screening muss der Patient lediglich seinen Fatigue-Wert auf einer imaginären Skala von null (keine Fatigue) bis zehn (stark ausgeprägte Fatigue) angeben. Dabei bedeuten die Werte von eins bis drei milde, von vier bis sechs moderate und von sieben bis zehn starke Fatigue (ebd.).

Bei milder Fatigue erhalten der Patient und seine Angehörigen Informationen über das Müdigkeitssyndrom und den Betroffenen werden Strategien, wie z.B. körperliche Aktivitäten und Selbst-Monitoring, vermittelt, mit denen Fatigue kontrolliert werden kann. In regelmäßigen Abständen soll dann der Fatigue-Zustand des Patienten mit Hilfe eines erneuten Screenings erfasst werden (ebd.).

Bei moderater bzw. starker Fatigue beginnt nach dem Screening ein tiefer ergründendes Assessment („primary evaluation“). Dazu zählt nach den Richtlinien des NCCN nicht nur die Erfassung von Fatigue¹⁰, sondern auch die Erhebung der genauen Patientenanamnese. Einen besonderen Stellenwert erhält in diesem Zusammenhang die Erfassung von fatiguebeeinflussenden Faktoren, wie z.B. Anämie, Ernährungszustand oder Aktivitätslevel des Patienten, und die Evaluation von Komorbiditäten, wie Infektionen, Herz-Kreislaufstörungen oder Lungenfunktionsstörungen, die den Patienten

⁹ Wie viel Zeit zwischen den Intervallen liegen soll, wird nicht angegeben.

¹⁰ Ein Fatigue-Erhebungsinstrument wird nicht vorgegeben.

zusätzlich schwächen können (ebd., S.„MS-4 - MS-7“). Nach Abschluss der „primary evaluation“ wird der klinische Status des Patienten bestimmt. Dabei werden folgende drei Bereiche unterschieden: Zustand während der Behandlung („active treatment“), Zustand nach Behandlung („follow-up - no active treatment“) und Finalstadium des Patienten („end of life“) (ebd., S.„MS-7“).

Anschließend beginnt die Fatigue-Behandlung des Patienten. In der Behandlungsphase werden sowohl fatiguebegünstigende Faktoren und Komorbiditäten des Patienten therapiert als auch fatiguespezifische Interventionen festgelegt und durchgeführt (ebd., S.„MS-7 - MS-15“). Die fatiguespezifischen Interventionen umfassen vier Bereiche. In dem ersten Bereich „patient/family education“ erhalten Patient und Angehörige unter Berücksichtigung des klinischen Status' des Patienten Informationen über Fatigue. Im zweiten Bereich „strategies for management of fatigue“ bekommt der Patient Strategien vermittelt, mit denen er Erschöpfungszustände vermeiden kann. Eine mögliche Strategie wäre z.B. das Delegieren von Aufgaben. Der dritte Bereich „non-pharmacologic“ beinhaltet Interventionen wie das oben beschriebene körperliche Ausdauertraining oder die psychologischen Therapieansätze. Der vierte Bereich besteht aus medikamentösen Maßnahmen, die ebenfalls schon beschrieben wurden (ebd., S.„MS-8 – MS-15“).

Abschließend erfolgt die „re-evaluation“. Damit kann der Fatigue-Verlauf des Patienten beurteilt werden und falls notwendig, können die Interventionen verändert werden (ebd., S.„MS-15“).

Die Leitlinien des NCCN könnten dazu beitragen, dass Fatigue bei Tumorpatienten frühzeitig erkannt und therapiert wird. Allerdings geben die Leitlinien keine Auskunft darüber, welches Erhebungsinstrument bei der Erfassung von Fatigue zu verwenden ist. Das könnte meiner Meinung nach daran liegen, dass die Validität der einzelnen Instrumente noch nicht eindeutig belegt ist.

Die Aussagen zu den fatiguespezifischen Interventionen sind in den Leitlinien ebenfalls sehr allgemein gehalten. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass bisher nur einzelne Studien zur „Therapie der tumorbedingten Fatigue“ durchgeführt worden sind und die verfügbaren Erkenntnisse nur Ansatzpunkte für therapeutische Maßnahmen bieten. Es wäre allerdings auch denkbar, dass generell keine allgemeingültigen Aussagen zu Therapiemaßnahmen getroffen werden können, da es sich um ein subjektiv erlebten Symptomkomplex handelt.

2.11 Zusammenfassung des Kapitels „Darstellung der tumorbedingten Fatigue“

In diesem Kapitel wurde Fatigue als ernstes Begleitsymptom bei Tumorerkrankungen beschrieben. Es wurde dargestellt, dass Fatigue ein Symptomkomplex ist, von dem Tumorpatienten häufig betroffen sind, der z.T. schwerwiegende Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen hat und der teilweise zu ausgeprägten subjektiv erlebten Beeinträchtigungen führt. Obwohl die Ursachen von tumorbedingter Fatigue noch nicht abschließend geklärt werden konnten, geht die Wissenschaft davon aus, dass an der Entstehung viele verschiedene Faktoren beteiligt sind. Zwar gibt es für Teilaspekte von Fatigue vielversprechende Therapieansätze, doch fehlt bislang ein umfassender Therapieansatz, mit dem Fatigue zufriedenstellend behandelt werden kann.

Während Fatigue in Deutschland in der Medizin bisher kaum Beachtung gefunden hat, wurden in den USA vor kurzem Leitlinien für ein medizinisch einheitliches Vorgehen bei Fatigue herausgebracht.

3. Pflegeberatung bei Fatigue

Im ersten Kapitel konnte gezeigt werden, dass Fatigue eine komplexe Begleiterscheinung bei vielen Tumorpatienten ist, die z.T. erheblichen Einfluss auf die verschiedenen Lebensbereiche, z.B. Alltagsaktivitäten oder Familien- und Berufsleben, der Betroffenen hat und damit ein großes Problem für sie darstellen kann. Zwar gibt es mittlerweile zahlreiche tumorspezifische Therapieformen, doch fehlen außer den bereits dargestellten allgemeineren Maßnahmen, wie Ernährungsumstellung, Physiotherapie, Entspannungstraining, Aufklärung und Schulung der Patienten, von Seiten der Medizin und Pflege noch umfassende und gezielte Interventionsprogramme für die Therapie von Fatigue. So sind die Betroffenen in der Praxis mit ihren durch Fatigue verursachten Problemen häufig auf sich gestellt, und deren Krankheitsverarbeitung bleibt deutlich erschwert.

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, welchen Beitrag die Pflegeberatung innerhalb eines interdisziplinär angelegten Gesamttherapieplans für die Patienten und ihre Problembearbeitung leisten kann. Nach einer Legitimierung der Beratung als sinnvolle Intervention bei schweren und chronischen Erkrankungen (Kap. 3.1) wird der Zusammenhang zwischen Pflege und Beratung erörtert (Kap.3.2). Anschließend werden Ziele (Kap.3.3) und Merkmale (Kap. 3.4) der Pflegeberatung speziell bei Fatigue abgeleitet. Passend zu diesen Zielen und Merkmalen der Pflegeberatung soll ein humanistisch und konstruktivistisch orientierter und integrativer Beratungsansatz vorgestellt werden (Kap. 3.5), der als ein Leitfaden für die Beratung bei Fatigueproblemen genutzt werden kann. Zum Ende des Kapitels werden Gründe genannt, die für die Integration der Beratung an einer stationären Einrichtung sprechen (Kap.3.6). Zudem wird der mögliche Umfang einer Pflegeberatung bei Fatigue bestimmt.

3.1 Gründe für eine Beratung

Der Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann sieht Patienten als mündige Bürger in einer demokratischen Gesellschaft, die zunehmend sowohl für ihre

Erkrankungen als auch für die Nutzung von Versorgungsleistungen Selbstverantwortung übernehmen müssen (Hurrelmann, 2001, S. 37-38). Dementsprechend fordert Hurrelmann die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen der Patienten. Dieses erscheint als eine ausgewiesene andragogische und beratende Aufgabe (ebd., S.38). Da chronische Erkrankungen zunehmen, wird auch der Bedarf an Informationen über Krankheitsbewältigung, Stärkung verbleibender Gesundheitspotenziale sowie Behandlungs- und Betreuungsstrategien steigen (ebd., S. 43). Bei chronischen Erkrankungen und dauerhaften Symptomen, wie anhaltender Fatigue, benötigen Erkrankte eine besondere Stärkung ihrer krankheitsbezogenen Kompetenzen, um die Krankheit und beeinträchtigende Symptome besser in das eigene Leben integrieren zu können (ebd.). Zum Auf- und Ausbau dieser Kompetenzen ist eine intensive, fachkompetente Beratung der Patienten erforderlich (ebd., S.43-45). Sie kann Ratsuchende in Bezug auf eine Frage oder ein Problem darin unterstützen, mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen (Sickendiek, Engel, Nestmann, 1999, S.13). Dabei zielt die Beratung auf die Förderung und die (Wieder-) Herstellung der Bewältigungskompetenzen der Klienten ab (ebd.). Speziell die professionelle Gesundheitsberatung von Patienten kann Hilfe bei der Bewältigung von emotionalen Krisen und Hilfe bei der Bewältigung von schweren Krankheiten, z.B. Krebserkrankungen, leisten und Unterstützung des sozialen (Familien-) Systems bieten (Faltermaier, 2004, S.1066). Darüber hinaus hat Beratung einen präventiven, kurativen und rehabilitativen Charakter. Sie kann daher vor der Entstehung von Problemen, während aktueller Schwierigkeiten und in Bezug auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen in Anspruch genommen werden (Sickendiek, Engel, Nestmann, 1999, S.13). Die Interaktion zwischen dem Berater und dem Klienten richtet sich in der Beratung sowohl auf kognitive und emotionale als auch auf praktische Problemlösung (ebd.). Dabei hat Beratung nicht immer das Ziel, die Probleme in letzter Konsequenz zu lösen, sondern muss sich gerade bei schwierigen, komplexen Lebenssituationen darauf beschränken, die Probleme und ihre Folgen abzuschwächen und zu mildern (ebd.).

Im Rahmen dieser Möglichkeiten dürfte Beratung eine geeignete Präventions- und Interventionsform zur Unterstützung von Patienten mit Fatigueerscheinungen darstellen. Insbesondere in ihrem präventiven Charakter könnte eine informierende Beratung das Auftreten von Fatigue mindern, wie aus einer Studie hervorgeht, in der nachgewiesen wurde, dass Tumorpatienten, die zu Beginn der Behandlung ausführlich über die Krebstherapie informiert wurden, seltener an Fatigue litten (Ditzfelbinger, 2002, S. 8).

3.2 Die Rolle der Pflege bei der Beratung

Eine professionelle Durchführung von Beratung erfordert allgemeine und feldspezifische Beratungskompetenzen des Beraters. So benötigt der Berater neben einer fachunspezifischen Beratungskompetenz¹¹ eine hohe fachliche Kompetenz, die sich nach den verschiedenen Beratungsfeldern richtet (Engel, Nestmann, Sickendiek, 2004, S.34-35). Außerdem sollte die Beratung im Kontext der Lebenswelt der Klienten erfolgen, und es sollten biographische Aspekte der Ratsuchenden berücksichtigt werden. Nur so können zur Linderung von Krankheitssymptomen notwendige Veränderungen dauerhaft im Alltag des Klienten verankert werden (Faltermaier, 2004, S.1071).

Fachliche Kompetenz und die Berücksichtigung von sowohl biographischen als auch von lebensweltlichen Faktoren spielen auch bei der Beratung von Patienten mit Fatigue eine wesentliche Rolle, da bei der Entstehung von Fatigue neben verschiedenen medizinischen Ursachen auch soziale Faktoren und krankheitsspezifische Bewältigungsstrategien des Einzelnen als Ursachen in Betracht kommen. Zudem wird Fatigue subjektiv empfunden und die Auswirkungen können im besonderen Maße die Lebenswelt und die Biographie der Patienten betreffen. Ein umfassendes Verständnis des Beraters für die Fatigueproblematik des Patienten kann daher nur vor dem Hintergrund medizinischen Wissens und vor dem Hintergrund von lebensweltlichen und biographischen Aspekten des Patienten erlangt werden.

¹¹ Auf die Beratungskompetenz des Beraters wird in Kapitel 3.5.3 noch genauer eingegangen.

Meines Erachtens bringt die Pflege gute Voraussetzungen für die Beratung bei Fatigue mit. So verfügen Pflegekräfte aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung über fachliche Kompetenzen, wie z.B. Pflegekompetenz oder medizinische und pharmazeutische Grundkenntnisse. Hinzu kommt, dass Pflegekräfte in der täglichen Praxis sehr patientennah arbeiten und dass sie Patienten oftmals über einen längeren Zeitraum betreuen (Müller-Mundt, Schaeffer, 2001, S.228). Aufgrund dieser Patientennähe und den häufigen, teilweise sehr intimen Patienteninteraktionen haben Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am ehesten Einblick in die Lebenswelt der Patienten (ebd.). Außerdem ermöglicht ihnen die Nähe zum Patienten meines Erachtens den leichteren Aufbau einer tragfähigen Beziehung, die nicht nur im Pflegeprozess sondern auch in der Beratung einen wichtigen Stellenwert einnimmt (Culley, 2002, S.28-32). Darüber hinaus können Pflegekräfte durch den intensiven Patientenkontakt den Beratungsbedarf der Patienten am ehesten abschätzen, da sie die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Kranken kennen (ebd.). Das ist gerade bei der Beratung von Patienten mit Fatigue von Bedeutung, weil einige Betroffene ihre Müdigkeit nicht von sich aus thematisieren (vgl. Kapitel 2.8.2).

3.3 Ziele der Pflegeberatung

Durch die Beratung sollen Tumorpatienten und deren Angehörige über Fatigue informiert werden. Zum einen können Informationen die Basis für die Bewältigung einer Krankheit bilden (Hurrelmann, 2001, S.45), zum anderen kann es Patienten und Angehörigen mit Hilfe von Informationen leichter gelingen, Vorstellungen über eine Krankheit und den möglichen Krankheitsverlauf zu entwickeln (Corbin, Strauss, 1988, S.33-34). So wären Patienten in der Lage, tumorbedingte Fatigue als ein zum Krankheitsverlauf gehöriges Symptom zu verstehen, und würden die Müdigkeit nicht als unnormale, beunruhigende Komplikation der Tumorerkrankung oder –therapie betrachten. Informationen über Fatigue sollen außerdem das Verständnis der Angehörigen für die Müdigkeit fördern. Familiäre Spannungen, die auf

Unverständnis basieren (vgl. Kapitel 2.6.1), könnten dadurch gemindert werden. Außerdem könnten Kranke gemeinsam mit ihren Angehörigen überlegen, welche Auswirkungen Fatigue auf das Alltagsleben für sie hätte und könnten besser als bisher Vorkehrungen für zukünftige Krisensituationen treffen.

Darüber hinaus könnte die Pflegeberatung den Patienten dabei unterstützen, seine individuellen Kräfte, nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf kognitiver und emotionaler Ebene einzuschätzen, zu stärken und sinnvoll einzuteilen. Die Pflegekraft als Berater könnte den Patienten dabei unterstützen, besondere Belastungen zu identifizieren und diese durch gemeinsam entwickelte Strategien zu minimieren. In diesem Zusammenhang könnte die Beratung den Betroffenen dabei unterstützen, im Hinblick auf Fatigue realisierbare Ziele zu ergründen sowie Handlungsstrategien und Handlungsplanungen zu erarbeiten. Im Beratungsgespräch bestünde die Möglichkeit, Ressourcen, die den Klienten bei der Zielerreichung unterstützen sollen, ausfindig zu machen und festzulegen, wie sie optimal genutzt werden könnten. Gleichzeitig könnten dem Patienten in der Beratung auf ihn individuell angepasste Übungen vermittelt werden, mit deren Hilfe er seine Kräfte gezielt aktivieren kann (vgl. Kapitel 2.9.2).

Insgesamt soll die Beratung dazu beitragen, das krankheitsbezogene Selbstmanagement der Patienten zu fördern. Betroffene sollen in die Lage versetzt werden, fatiguebedingte Krisensituationen besser als bisher zu bewältigen und Müdigkeit zu vermindern. Daraus resultiert, dass die durch Fatigue herabgesetzte Lebensqualität von Tumorpatienten wieder gesteigert werden könnte. Ein weiterer denkbarer Effekt bestünde darin, den Wiedereintritt von an Fatigue leidenden Patienten in das Berufsleben zu erleichtern.

3.4 Merkmale der Pflegeberatung bei Fatigue

Die Beratung von Patienten in der Pflege hat sich bisher meist auf Informationsweitergabe, Anleitung und Schulung beschränkt (Koch-Straube, 2001, S.85). Die Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue muss meines Erachtens jedoch darüber hinausgehen. Das wird deutlich, wenn man

die vielfältigen Auswirkungen von Fatigue auf das Leben der Betroffenen und die o.g. Ziele, die mit der Beratung verfolgt werden sollen, betrachtet. Zwar sind die Weitergabe von Informationen und die Anleitungen zu Übungen wichtige Bestandteile der Beratung, doch nimmt gerade die Unterstützung der Patienten bei der Krankheitsverarbeitung und das im Bedarfsfall notwendige Erarbeiten von neuen Zielen und Perspektiven einen wichtigen Stellenwert ein (vgl. Kapitel 2.9.3). Dazu wird es notwendig sein, die Lebenswelt des Patienten näher zu ergründen. Die Mitarbeit der betroffenen Patienten im Beratungsprozess ist dabei unerlässlich, da nur sie selber die Ausprägung von Fatigue spüren und auch nur sie die genaue Bedeutung der Folgen für ihr Leben kennen. Außerdem werden nur die Patienten entscheiden können, auf welche Lebensbereiche sich die Beratung beziehen soll und welche Aspekte zum Positiven hin verändert werden sollen. Dabei wird die Beratung die Patienten nur unterstützen können. Die eigentlichen Maßnahmen, die zu Veränderungen führen sollen, müssen von den Patienten selbst durchgeführt werden und in ihrem Alltagsleben implementiert werden. So wird deutlich, dass bei dieser Form der Beratung keine allgemeingültigen Ratschläge oder Verhaltensweisen erteilt bzw. eingeübt werden können, sondern vielmehr die Subjektivität und die Individualität des Ratsuchenden Beachtung finden muss und der Patient mit seinem ganz persönlichen Erleben im Mittelpunkt der Beratung stehen muss. Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue drei Schwerpunkte beinhaltet:

1. Orientierung und Information der Tumorpatienten über Fatigue
2. Anleitung und Training zu aeroben Sportarten
3. Begleitung und Unterstützung der Patienten bei besonderen Problemlagen durch tumorbedingte Fatigue als Deutungs- und Klärungsarbeit sowie als Problembearbeitung und Handlungsplanung.

3.5 Ein integrativer Beratungsansatz bei Fatigue

Beratungsansätze können für die Beratung als übergeordnete, handlungsleitende Theorien gesehen werden (Mutzeck, 2002, S.36-37). Einen

äußeren Rahmen bilden dabei die offen gelegten und erläuterten Menschenbildannahmen. Diese Menschenbildannahmen haben eine regulative und korrektive Funktion und dienen dem Berater als Orientierung für sein Handeln (ebd.). Einen darunter liegenden Bezugsrahmen bildet die Handlungstheorie. Auch sie beeinflusst den Beratungsprozess, das Beraterverhalten und das Beratungsergebnis entscheidend (ebd.). Den inneren Bezugsrahmen bildet die Beratungskonzeption, die das Beratungsverständnis umfasst, den Beratungsprozess beschreibt und formuliert, wie der Berater seine Arbeit zu verstehen hat (ebd.). Nach Mutzeck beinhaltet die Beratungskonzeption eines Ansatzes jeweils folgende untergeordnete Konzeptionen:

- Realitätskonzeption/Gegenstandsbereich: Für welche Form der Beratung wurde die Konzeption entwickelt?
- Beziehungskonzeption: Berater-Klienten-Interaktion
- Methodenkonzeption: Ziele, Strukturen (Strategien), Prozesse und Methoden
- Bedingungskonzeption: Welche äußeren Bedingungen müssen für den Beratungsprozess vorhanden sein?
- Evaluationskonzeption: Wie kann der Berater die Wirkung seines Handelns evaluieren?

Ein für die Beratung von tumorbedingter Fatigue geeigneter Ansatz hat in seinen Menschenbildannahmen, in seiner Handlungstheorie und in seiner Beratungskonzeption den bereits vorgestellten Zielen und Merkmalen einer Beratung bei Fatigue zu entsprechen. Daher sollte er meines Erachtens im Grundsatz dem Leitbild „mündiger Patient“ folgen, also von einem konstruktiven Menschenbild ausgehen, das sowohl Autonomie formuliert als auch lebensweltlichen und biographischen Aspekten und der Subjektivität in den Wirklichkeitsdeutungen von Patienten und deren Veränderungsmöglichkeiten Rechnung trägt. Hinsichtlich der geforderten Stärkung von krankheitsbezogener und Problemlösungskompetenz sollte dieser Ansatz auch handlungstheoretisch fundiert sein. Sodann sollte er die drei Dimensionen „Orientierung/Information“,

„Anleitung“ sowie „Begleitung und Unterstützung“, verstanden als Klärung bzw. Deutung von Probleminhalten und verstanden als Problembearbeitung, Handlungsplanung sowie Problemlösung, integrieren. In besonderer Weise werden diese Ansprüche durch die an einem humanistischen Menschenbild orientierten, konstruktivistischen und integrativen Beratungsansätze von Wolfgang Mutzeck und Sue Culley erfüllt. Beide entwickeln eine praxisorientierte Beratungskonzeption, die zudem auf einer Handlungstheorie basieren.

3.5.1 Theoretische Grundlagen

Anders als Mutzeck, legt Culley in ihrem Buch „Beratung als Prozess“ die oben aufgeführten Bezugsrahmen nicht explizit dar, doch lassen Culleys Ausführungen Rückschlüsse auf diese Rahmen zu.

3.5.1.1 Menschenbildannahmen

Den äußeren Bezugsrahmen, der als handlungsleitende Ausgangstheorie betrachtet werden kann, bildet ein bestimmtes Menschenbild, das dem Beratungsansatz zugrunde gelegt wird (Mutzeck, 2002, S.34). Das Menschenbild gibt Auskunft darüber, welche Fähigkeiten bzw. Eigenschaften dem Klienten zugestanden und welche im Beratungsprozess genutzt und gefördert werden (ebd., S.49). Somit nehmen die Menschenbildannahmen großen Einfluss auf den Berater und den Beratungsprozess. Mutzecks Menschenbildannahmen sind durch folgende Fähigkeiten bzw. Potentiale beschrieben: Reflexivität, Emotionalität, Verbalisierungs- und Kommunikationskompetenz, Handlungskompetenz und Autonomie (ebd., S.50-55).

Auch Culley legt ihrem Beratungsansatz ein Menschenbild zugrunde, das durch die humanistische Psychologie geprägt ist (Culley, 2002, S.24-26). Die humanistische Psychologie sieht den Menschen als ganzheitliches Wesen. Körper und Geist werden in dieser Auffassung nicht isoliert voneinander betrachtet, sondern als einheitliches, lebendiges System betrachtet (Geiser, 2004, S.9). Ganzheitlichkeit bedeutet auch, dass sich menschliches Existieren in zwischenmenschlichen Beziehungen vollzieht und der Mensch deshalb

innerhalb seiner sozialen Bezüge gesehen werden muss (ebd.). Dabei kann der Mensch nicht nur zu seinen Mitmenschen, sondern auch zu sich selbst in Beziehung treten (Mutzeck, 2002, S.49). Er ist in der Lage, Bewusstheit über sich selbst zu erlangen und bewusst zu erleben. Sein subjektives Erleben steht dabei im Mittelpunkt (Geiser, 2004, S.9). Aufgrund des subjektiven Erlebens kann der Mensch kein objektives Wissen über eine andere Person erlangen (Culley, 2002, S.30). Darüber hinaus ist der Mensch in der Lage, zu wählen und zu entscheiden. Die Möglichkeit der Wahl versetzt ihn in die Lage, sich zu verändern (Geiser, 2004, S.10). Ein weiteres Merkmal menschlichen Lebens ist die Ziel- bzw. Sinnorientierung des Individuums (ebd.).

3.5.1.2 Wirklichkeitskonstruktionen

Ein Aspekt des humanistischen Menschenbildes, den ich für die Beratung bei Fatigue als wichtig erachte, ist das „subjektive Erleben“. Dieser Aspekt findet auch in Culleys Beratungsansatz Beachtung. Demnach hat jeder Mensch sein ganz persönliches Verständnis vom eigenen Leben, das nur vom Individuum selbst im vollem Umfang verstanden werden kann (Culley, 2002, S.30). Der Mensch lebt also in seiner eigenen Wirklichkeit, zu der nur er einen umfassenden Zugang hat. Um Menschen hilfreich beraten zu können, muss der Berater die Wirklichkeit des Klienten so gut wie möglich verstehen (ebd.). Damit dies gelingt, erscheint es mir wichtig, ein Verständnis dafür zu bekommen, wie Menschen ihre Wirklichkeit konstruieren. Wolfgang Mutzeck beschreibt diese Wirklichkeitskonstruktion, die, wie ich meine, auch zur Klärung von Culleys Verständnis in Bezug auf das subjektive Erleben des Menschen herangezogen werden kann (Mutzeck, 2002, S.56-57). Mutzeck sieht die Konstruktion von Wirklichkeit als einen Vorgang, bei dem jeder Mensch die ihn umgebende Realität mit seinen Sinnesorganen wahrnimmt und vor dem Hintergrund seiner persönlichen Biographie geistige Rekonstruktionen dieser Realität erstellt (ebd.). Das bedeutet, dass das Gehörte, das Gesehene, das Ertastete usw. nicht als solches in uns besteht, sondern, dass wir dem Wahrgenommenen durch Verarbeitung einen Sinn, eine Bedeutung oder einen Wert zuschreiben (ebd., S.57). Aufgrund dieser eigenen Sichtweise treffen wir Entscheidungen,

die uns zu Handlungen veranlassen (ebd.). Dabei ist die innere Sicht der Dinge kein starres Gebilde, sondern ein weit vernetzter Informationsprozess, der auch Änderungen unterworfen sein kann (ebd.).

Mit diesem Verständnis erlangt die innere Sicht des Menschen (sein Welt- und Selbstbild) meiner Ansicht nach eine besondere Bedeutung, da sie das Erleben und Handeln des Menschen initiiert. Diese Bedeutung findet sich auch in Culleys Beratungsansatz wieder: auf der Grundlage einer veränderten inneren Sicht, soll dem Klienten zu neuen Handlungsmöglichkeiten verholfen werden (Culley, 2002, S.19).

3.5.1.3 Der Mensch als handelndes Wesen

Den dem Menschenbild nachgeordneten Bezugsrahmen bildet die Handlungstheorie. Auch Culley sieht den Menschen als ein handelndes Wesen an (Culley, 2002, S.24-26). Allerdings formuliert sie keine Handlungstheorie, auf der ihre Annahmen beruhen. Für eine grundsätzliche Erläuterung kann jedoch Mutzecks Verständnis von Handlungen genutzt werden:

„Der Mensch verhält sich nicht nur im Sinne eines Reagierens auf Umweltreize, sondern er verhält sich zu seiner Umwelt und zu sich selbst; und dieses Verhalten ist dabei meist auf einen Sinn, auf ein Ziel hin orientiert: Er handelt also. Die potenzielle Handlungsfähigkeit des menschlichen Subjekts impliziert die Rationalität, die Reflexivität, die Emotionalität einerseits sowie das produktiv realisierende Tätigsein andererseits. So ist der Mensch potenziell als ein aktiv gestaltendes, sich selbst steuerndes und kontrollierendes sinnsuchendes und -schaffendes Wesen zu sehen und von seinen Möglichkeiten her nicht als ein Objekt, welches durch Triebe oder durch Umweltreize nur reagieren kann...

Die aktive Konstruktivität beinhaltet auch die prinzipiell mögliche bzw. erreichbare Fähigkeit, Intention, Anliegen und Wünsche in konkretes Handeln umzusetzen. Diese Fähigkeit soll als Wollen (Volition) bezeichnet werden (Gollwitzer u.a. 1987). Die externen und internen Bedingungen der Realisierung einer Handlungsabsicht sind, soweit dem Individuum bewusst, rekonstruierbar und damit verbalisierbar.“ (Mutzeck, 2002, S.54-55)

Mit dieser Auffassung bezieht sich Mutzeck auf die Motivationspsychologie von Heckhausen und Gollwitzer (vgl. Rubikon-Modell) und integriert Motivationstheorien in das humanistische Menschenbild. Dabei legt er den Focus auf die Wirklichkeitskonstruktion des Menschen, die dem Handeln Sinn und Bedeutung verleiht:

„Menschen handeln also nicht auf Grund der Informationen, die ihnen die soziale und situative Umwelt gibt, sondern auf Grund der internen Bilder, die sie sich von der Welt und sich selbst machen... Dieses häufig handlungsleitende Selbst- und Weltbild entsteht nicht nur auf Grund eines aktuellen beschreibbaren Ereignisses, sondern im Gesamtkontext von Aktualität, Soziabilität und Historizität des Individuums.“ (ebd., S.57)

Die Aktualität, Soziabilität und Historizität des Individuums betrachtet Mutzeck aus einer systemtheoretischen Perspektive:

„Die Handlung einer Person ist als ein kontextgebundenes Geschehenssystem zu sehen, wobei die jeweilige Person mehreren Systemen gleichzeitig angehört... Ein Handlungsmodell auf der Grundlage der Theorie des Menschen als reflexives Subjekt in seinen systemischen Bezügen stellt somit keine geradlinige Ursache-Wirkungs-Beziehung dar, sondern eher einen zirkulären Rückkopplungsprozess. Handlung ist ein wechselseitiges intra- und interaktives Geschehen. (ebd., S.59)

Dieses intra- und interaktive Handlungsgeschehen wird von Mutzeck noch konkretisiert:

„Nicht der Kontext an sich bestimmt die Handlung einer Person, sondern deren individuelle mentale Prozesse der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung, der Handlungsplanung und deren Einflussfaktoren in Bezug zum Kontext.“ (ebd., S.61)

Des weiteren geht Mutzeck davon aus, dass Handlungen zu einem wesentlichen Teil auf Zielorientierung, Planung, Entscheidungen und Sinnhaftigkeit beruhen (ebd., S.59).

Es lässt sich also feststellen, dass der Mensch durch Handlungen versucht, mit verschiedenen Mitteln etwas zu verändern, zu erhalten oder eine Veränderung zu verhindern bzw. sie absichtlich zu unterlassen (ebd., S.58). Darüber hinaus bieten Handlungen den Handelnden häufig eine Orientierung oder Ordnung und sind daher subjektiv sinnvoll und mit individueller Bedeutung versehen (Culley, 2002, S.25). Handlungen beziehen die mentalen Prozesse des Menschen mit ein und gehen somit über das Verhalten hinaus (Mutzeck, 2002, S.58).

Die dargestellte Handlungstheorie ist meines Erachtens für die Beratung von großer Bedeutung, weil dem Menschen die Möglichkeit zugesprochen wird, durch Handlungen etwas bewusst und geplant verändern zu können. Gerade bei der Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue geht es nicht darum, den Patienten bestimmte Verhaltensweisen beizubringen, sondern darum, mit

ihnen individuelle Handlungsoptionen zu erarbeiten, mit denen sie der Müdigkeit entgegenzutreten können.

3.5.1.4 Integration der Beratungsschwerpunkte

Die drei bei der Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue aufgeführten Schwerpunkte „Orientierung/Information“, „Anleitung“ sowie „Begleitung und Unterstützung“ stehen im Beratungsprozess nicht isoliert nebeneinander, sondern bleiben aufeinander bezogen. Dies ist in der Beratung z.B. der Fall, wenn die Weitergabe von Informationen die Basis zur Anleitung von Übungen bildet.

Der Beratungspsychologe Klaus Sander schlägt ein integratives Modell unterschiedlicher Beratungstypen vor, das aufgrund der Klassifizierung der Inhalte von Problemen und Beratungsmethoden eine Typologie von Beratungsvorgängen darstellt (Sander, 1999, S.35-36). Dabei teilt er mögliche Probleminhalte, die Bestandteil der Beratung sein können, in die Bereiche „Lebenswelterfahrung“, „Beziehungserfahrung“ und „Selbsterfahrung“ ein. Diese drei Bereiche bezeichnet Sander auch als Didaktik (das „Was“) der Beratung (ebd., S.36). Als Methodik (das „Wie“) sieht Sander die drei Beratungs- bzw. Lösungsangebote „Information und Orientierung“, „Deutung und Klärung“ sowie „Handlung und Bewältigung“ (ebd.). Diese Lösungsangebote beschreiben nicht nur das methodische Vorgehen in einem Problem-Lösungsprozess, sondern stellen zusammen mit der Art der Beziehung die konstituierenden Elemente eines jeglichen Kommunikationsprozesses dar (ebd., S.35).

In einer Matrix angeordnet ergeben sich aus den drei Dimensionen der Probleminhalte und den drei möglichen Lösungsangeboten neun verschiedene Beratungstypen; je nachdem, welche Probleminhalte vorherrschen und welche Lösungsangebote überwiegen. Die Beratungsbeziehung ist hierbei unabhängig von den Beratungstypen zu sehen und kann in allen Fällen z.B. mit einer personenzentrierten Haltung gestaltet werden (ebd., S.37). Ein Beispiel für die Anordnung der Probleminhalte und Lösungsangebote in einer Matrix ist in Tabelle 4 zu sehen.

Tab. 4: Anordnung von Probleminhalten und Lösungsangeboten (ebd., S.36)

	Probleminhalte (Didaktik)		
Lösungsangebote (Methodik)	Lebenswelterfahrung	Beziehungserfahrung	Selbsterfahrung
Information/Orientierung	Typ 1: z.B. Beratung bei schwierigen Alltagsbegebenheiten	Typ 2: z.B. Ehevorbereitung	Typ 3: z.B. Eignungsberatung
Deutung/Klärung	Typ 4: z.B. Klärende Beratung im Gemeinwesen	Typ 5: z.B. Paarberatung	Typ 6: z.B. Sterbeberatung
Handlung/Bewältigung	Typ 7: z.B. Beratung über effektiven Umgang mit Institutionen	Typ 8: z.B. Trennungsberatung	Typ 9: z.B. Gesundheitsberatung

An zwei aus der Tabelle willkürlich gewählten Beratungstypen soll Sanders Typologie exemplarisch veranschaulicht werden:

Als Beispiel für den Beratungstyp 1 kann die Beratung bei schwierigen Alltagbegebenheiten gelten. Bei dieser Form der Beratung soll vor allem durch überwiegend Information und Orientierungshilfe die Bewältigung von Alltagproblemen, wie sie beispielsweise im Beruf oder im Umgang mit Institutionen auftreten können, erleichtert werden (ebd., S.38).

Für den Beratungstyp 9 kann eine Form der Gesundheitsberatung stehen, wie sie z.B. zur Unterstützung von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen angewendet wird und in der durch Handlungs- und Übungsangebote eine Veränderung der Selbsterfahrung angestrebt wird (ebd.).

Sander weist ausdrücklich daraufhin, dass sein integratives Modell der einfacheren Darstellung von Beratungsabläufen dient und diese deshalb getrennt voneinander dargestellt sind. In der Beratungspraxis sind die Klärungs- und Handlungsprozesse sowie die Gabe von Information unmittelbar miteinander verbunden (ebd., S. 36).

Ausgehend von dieser Beratungstypologie wären bei der Beratung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue, in Abhängigkeit von der Didaktik und der Methodik, verschiedene Beratungstypen denkbar. Ich möchte exemplarisch einige Typen nennen. Vorstellbar wäre z.B. der Beratungstyp 1, mit dem

überwiegend Informationen und Orientierungshilfen vermittelt werden, um Leistungsansprüche aus dem Gesundheitssystem geltend zu machen, damit der Lebensalltag des Patienten leichter gestalten werden kann. Denkbar wäre aber auch der Beratungstyp 5, wenn Fatigue zu Spannungen innerhalb der Familie führt und deshalb überwiegend „Deutung und Klärung“ als Lösungsangebot benötigt wird, um innerfamiliäre Konflikte zu lösen. Es käme aber auch der Beratungstyp 9 in Betracht, mit dem durch Anleitungen zu Übungen, die dann von dem Patienten ausgeübt werden, sein psychisches und physisches Wohlbefinden gesteigert werden kann.

Bei der Beratung von Tumorpatienten mit Fatigue werden jedoch nicht nur die Übergänge der drei Lösungsangebote fließend sein, sondern auch die Übergänge der einzelnen Beratungstypen. So wird es Patienten geben, die aufgrund mehrerer verschiedener Probleminhalte eine „Fatigue-Beratung“ benötigen. Deshalb wird von dem Berater entschieden werden müssen, welches Lösungsangebot dem Patienten zu welchem Zeitpunkt sinnvoll unterbreitet werden kann.

Die Integration der unterschiedlichen Lösungsangebote und der verschiedenen Beratungstypen kann man sich auch vorstellen als Phasen der Beratung, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten die erforderlichen Beratungsschwerpunkte enthalten. So könnten beispielsweise in einer Phase allgemeine Informationen über Fatigue und deren Behandlungsmöglichkeiten den Beratungsschwerpunkt bilden, während in der folgenden Phase die Anleitung zu Handlungen (z.B. aerobe Sportart) den Schwerpunkt der Beratung bildet. Wie die Integration dieser Beratungsangebote konkret gelingen könnte, wird an anderer Stelle in Abschnitt 3.6 dargelegt.

Die Weitergabe von allgemeinen Informationen über Fatigue an den Patienten und die Anleitung zu Übungen könnten an Hand von Patientenschulungsprogrammen, wie sie z.B. von Barbara Klug-Redman in ihrem Buch „Patientenschulung und –beratung“ (vgl. Klug-Redman, 1996) vorgestellt werden, relativ einfach aufgearbeitet werden. So werden sich die Anleitungen zu Übungen wahrscheinlich zum Teil sogar als einfache Handlungsanweisungen erweisen. Auf die beiden Punkte „Weitergabe von Informationen“

und „Anleitungen zu Übungen“ wird daher in dieser Arbeit nicht näher eingegangen, sondern es wird ein Schwerpunkt auf die Deutung und Klärung sowie auf das Erarbeiten von Handlungen gelegt. Beratung bei Fatigue kann in diesem Verständnis aufgefasst werden als ein Prozess der Problemlösung und Handlungsoptimierung, bei dem die Wahrnehmung einer äußeren Situation in eine klärende Konzeptbildung (Selbst- und Weltsicht des Einzelnen) und Sinnggebung überführt wird, um daraus Regeln für ein sinnvolles Problemlösungsverhalten zu entwickeln (vgl. Sander, 1999, S.35). Die daraus resultierenden Handlungen verändern schließlich die auslösende Problemstruktur und führen möglicherweise zur Abwehr oder Milderung eines als defizitär empfundenen Zustandes.

3.5.1.5 Beratung bei Fatigue als Coping

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. hat sich mit dem Thema „Krankheitsverarbeitung“ befasst und schlägt aufbauend auf dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus folgende Erklärung von Verarbeitungsprozessen in Bezug auf Krankheit vor:

„Unser heutiges Verständnis der Krankheitsverarbeitung geht auf das transaktionale Theoriemodell von Lazarus und Folkmann (1984) zurück... Als Grundannahmen wird heute davon ausgegangen, dass die Krankheitsverarbeitung als ein kontinuierlicher und interaktionaler Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen zu verstehen ist. Sie erfolgt auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns und wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert. Personale Ressourcen sowie positiv affektive Zustände haben hierbei einen wichtigen Einfluss. Soziale Ressourcen können die Krankheitsverarbeitung unterstützen, zugleich auch bei intensiver sozialer Verstrickung jedoch auch behindern bzw. negativ beeinflussen (Koch & Weis 1998)“ (Weis, 2004, S.1)

Zwar konnte seitens der Wissenschaft bislang nicht geklärt werden, wo Fatigue in dem transaktionalen Modell anzusiedeln ist (vgl. 2.7.5), doch bleibt festzustellen, dass sowohl die Tumorerkrankung an sich als auch Fatigue mit ihren Folgen als belastend für die Betroffenen angesehen werden kann. Die Bewältigung von belastenden Ereignissen erfolgt nach der transaktionalen Theorie auf zwei unterschiedlichen Weisen:

*„Beim **problembезогенен Coping** handelt die Person in einer Weise, die direkt zu einer Beseitigung oder Minderung des Problems führen kann, indem eine*

*instrumentelle Tätigkeit ausgeführt wird ... Im Gegensatz dazu bezeichnet **emotionales Coping** die Versuche, die Emotionen zu regulieren, was durch Selbstgespräche, Uminterpretationen, Beruhigungsmittel usw. erfolgen kann...*“ (Schwarzer, 2000, S.34).

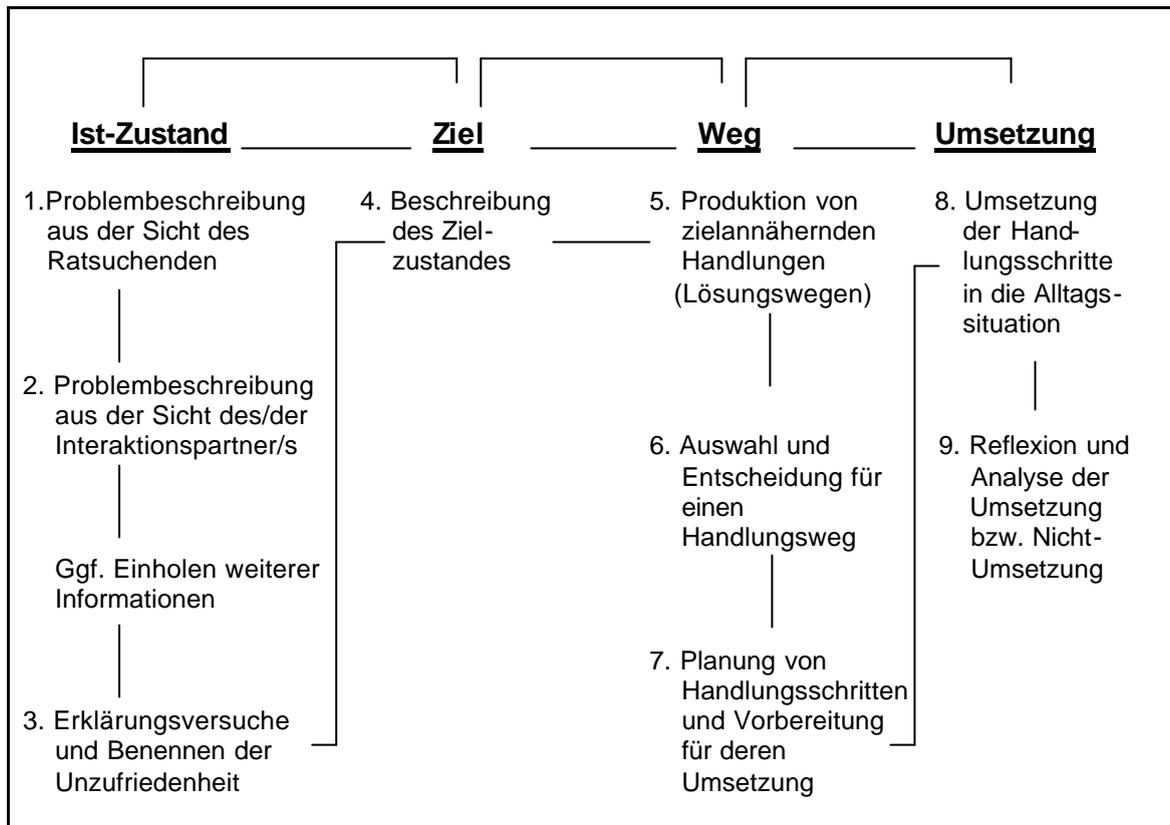
Nach Auffassung des Gesundheitspsychologen Ralf Schwarzer ist jedoch Lazarus' Modell in Bezug auf das problembezogene Coping nicht umfassend genug, um instrumentelle Handlungen als Copingstrategie erklären zu können. Schwarzer sieht in den Zielintentionen des Individuums bei der problembezogenen Bewältigung einen weiteren bedeutenden Aspekt (ebd., S.202). Die genaue Analyse von Handlungszielen ist daher eine wichtige Voraussetzung für Handlungsregulationen (ebd.).

Die Bedeutung der Zielorientierung spiegelt sich schließlich auch in Mutzecks Beratungskonzeption wider, die er als Problemlösungsstrategie sieht (Mutzeck, 2002, S.102). Diese aus neun Schritten bestehende Beratungskonzeption (Transferorientierte Problemlösungskonzeption) entwickelt Mutzeck auf der Basis eines Grundmusters für Problemlösungsprozesse, bei dem ein zu verändernder Ist-Zustand mit dem angestrebten Soll-Zustand verglichen und ein Lösungsweg durch Handlungen zur Überwindung der Ist-Soll-Diskrepanz beschrieben wird (ebd., S.100-102). Abbildung 3 auf der folgenden Seite zeigt die schematische Darstellung von Mutzecks Beratungskonzeption.

Bei der Betrachtung der Konzeption wird deutlich, dass der Erwerb von neuen Handlungsmöglichkeiten und deren Umsetzung nur über die Klärung der Zielsetzung erfolgen kann.

Auch in diesem Punkt steht Culleys prozesshaft gestaltete Beratung in inhaltlicher Nähe zu Mutzecks Konzeption. Meines Erachtens stellt Culleys Ansatz, den ich im weiteren Verlauf näher betrachten möchte, die Deutung und Klärung sowie die Neubewertung von Probleminhalten im Zusammenhang mit der Beratung noch deutlicher in den Vordergrund. In diesem Sinne könnte daher die Beratung bei Fatigue auch als Unterstützung und Anbahnung von Copingprozessen gesehen werden, da die Neubewertung von Probleminhalten eine Form des emotionalen Copings darstellt und der Erwerb von neuen Handlungsmöglichkeiten als Basis für problembezogenes Coping dienen kann.

Abb. 3: Transferorientierte Problemlösungskonzeption (TPK) (Mutzeck, 2002)



3.5.2 Aufbau der Beratungskonzeption nach Culley

Culleys Beratungskonzeption könnte schließlich den inneren Bezugsrahmen der Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue bilden. Sie beschreibt die Beratung als eine geordnete, prozesshafte Abfolge und teilt ihre Beratungskonzeption in die drei Phasen „Anfang“, „Mitte“ und „Ende“ ein (Culley, 2002, S.13). In jeder dieser Phasen sollen mit verschiedenen Strategien und Fertigkeiten des Beraters bestimmte Beratungsziele erreicht werden (ebd.). Eine Übersicht der drei Phasen mit den jeweiligen Zielen, Strategien und Fertigkeiten ist in Tabelle 5 zu sehen.

Tab. 5: Beratungsphasen der Beratungskonzeption von Culley mit Beratungszielen unter Verwendung der jeweiligen Strategien und Fertigkeiten des Beraters (Culley, 2002, S.13-24)

Beratungsphase: Anfang	Beratungsphase: Mitte	Beratungsphase: Ende
Ziele: <ul style="list-style-type: none"> - Aufbau einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung - Klärung und Eingrenzung von Problemen - erste Entscheidungen treffen - Formulierung eines Arbeitsvertrages 	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> - Neubewertung von Problemen - Aufrechterhalten der Arbeitsbeziehung - auf den Arbeitsvertrag zuarbeiten 	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> - angemessenen Wandel vorbereiten - Lernerfolge übertragen - Veränderungen in die Lebenswelt der Klienten übertragen - die Beratungsbeziehung beenden
Strategien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorieren 2. Prioritäten setzen und Konzentrieren 3. Vermitteln von Grundwerten 	Strategien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitteilen von Grundwerten 2. Herausfordern: <ol style="list-style-type: none"> a)Konfrontation b)Feedback c)Informationsgabe d)Richtung geben e)Selbstmitteilungen des Beraters und f)Unmittelbarkeit 	Strategien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ziele setzen 2. Handlungsvorbereitung treffen 3. Evaluieren 4. Beenden
Grundlegende Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> - aktives Zuhören - Reflektierende Fähigkeiten: Wiederholen, Paraphrasieren, Zusammenfassen - Sondieren: Fragen, Feststellungen treffen und Konkretisieren 	Grundlegende Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> - siehe Fertigkeiten der Anfangsphase 	Grundlegende Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> - siehe Fertigkeiten der Anfangsphase

Dabei wird deutlich, dass die Phasen der Beratung aufeinander aufbauen. Auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Berater und Klient sollen in der Anfangsphase relevante Probleme des Klienten erörtert und eingegrenzt werden (ebd., S.15). Diese Probleme sind der Ausgangspunkt für die Beratungsarbeit der mittleren Phase. In dieser Phase soll der Klient mit Hilfe des Beraters eine differenzierte Sichtweise seiner Problemlage erlangen (ebd., S.19). An Hand der Neubewertung der Probleme wird in der Endphase ein angemessener Wandel vorbereitet; d.h. der Klient plant mit Hilfe des Beraters Handlungen, die eine Veränderung herbei führen sollen, und überlegt, wie sie

umgesetzt werden können (ebd., S.21). Eine weitere wichtige Aufgabe des Beraters in der Endphase ist, die Beratungsbeziehung für den Klienten schonend zu beenden (ebd., S.22).

Bevor ich jedoch die einzelnen Phasen des Beratungsansatzes nach Culley in Bezug auf Fatigue näher betrachte, möchte ich noch genauer auf die in der Tabelle aufgeführten grundlegenden Fertigkeiten des Beraters eingehen.

3.5.3 Grundlegende Fertigkeiten des Beraters

Culley nennt verschiedene Fertigkeiten des Beraters, denen sie für den Beratungsprozess eine besondere Bedeutung beimisst. Sie bezeichnet diese als „grundlegende Fertigkeiten“. Diese Beratungskompetenzen sind nach Culleys Auffassung erforderlich, um die Beratung in jeder Phase gestalten zu können (Culley, 2002, S.17).

3.5.3.1 Aktives Zuhören

Eine grundlegende Fertigkeit des Beraters ist das „aktive Zuhören“ (ebd.). Ziel ist es, dem Klienten zu signalisieren, dass er sowohl gehört als auch verstanden worden ist (ebd.). Dabei filtert der Berater eine Fülle von Informationen, die er durch Zuhören und Beobachten im Beratungsgespräch erhält, und teilt dem Klienten mit, welche Kernaussagen und -botschaften er verstanden hat (ebd., S.64-69). Kulturelle Unterschiede, unterschiedliche Wertvorstellungen und Selbstbetroffenheit des Beraters können aber dazu führen, dass Aussagen oder Beobachtungen in ihrer Bedeutung vom Berater nicht wahrgenommen werden (ebd., S.72).

Für die Pflegeberatung bei Fatigue kann gerade das Beobachten während des „aktiven Zuhörens“ wichtig sein, da viele Betroffene ihre Müdigkeit nicht thematisieren (vgl. Kapitel 2.8.2).

3.5.3.2 Reflektierende Fertigkeiten

Als weitere grundlegende Fertigkeiten bezeichnet Culley „reflektierende Fertigkeiten“ (ebd., S.17). Sie werden von dem Berater benötigt, um dem

Klienten mitzuteilen, welche Aussagen er verstanden oder beobachtet hat. Zu den reflektierenden Fertigkeiten eines Beraters zählt Culley „wiederholen“, „paraphrasieren“ und „zusammenfassen“ (ebd., S.74).

Wiederholen meint, dass der Berater einzelne Worte oder kurze Sätze des Klienten wiederholt, um den Focus auf die Bedeutung eines Wortes oder Satzes zu lenken (ebd.).

Paraphrasieren ist umfassender als das Wiederholen von Worten oder kurzen Sätzen. Hierbei soll der Berater mit seinen eigenen Worten die Kernbotschaft, die er vom Klienten verstanden hat, wiederholen und damit Verständnis signalisieren (ebd., S.75).

Mit der Zusammenfassung gibt der Berater bedeutsame Aspekte eines Gespräches wieder. Deshalb kann die Zusammenfassung dazu genutzt werden, Orientierung für den weiteren Verlauf der Beratung zu bieten (ebd., S.79-81).

3.5.3.3 Sondierende Fertigkeiten

Auch „Sondierende Fertigkeiten“ sieht Culley als grundlegend an (ebd., S.18). Mit dem Sondieren richtet der Berater den Focus auf bestimmte Aspekte des Gesprächs, die er für die Beratung als wichtig erachtet und zu denen er noch weitere Informationen erhalten möchte (ebd., S.18 u. 86-100).

Fragen sind eine Möglichkeit des Sondierens. Sie haben allerdings den Nachteil, dass Klienten sie häufig als aufdringlich oder als inquisitorisch wahrnehmen (ebd., S.97). Um dies zu vermeiden, kann der Berater Fragen im Sondierungsprozess auch zu Feststellungen umformulieren. Feststellungen können vom Klienten leichter abgelehnt werden und sind dadurch oftmals förderlicher für das Beratungsgespräch (ebd., S. 97).

Als dritte Möglichkeit des Sondierens sieht Culley das „Konkretisieren“. Vagheiten eignen sich nicht, um zu einem erweiterten Selbstverständnis zu gelangen. Mit dem „Konkretisieren“ soll deshalb eine Basis geschaffen werden, auf der Ziele und Handlungsplanungen aufgebaut werden können (ebd., S.100). Insgesamt sollten Sondierungen aufgrund ihrer wichtigen, aber sehr lenkenden Wirkung im Beratungsprozess zurückhaltend angewendet werden (ebd., S.86).

3.5.3.4 Grundwerte des Beraters

Im Zusammenhang mit den grundlegenden Fertigkeiten nennt Culley die Grundwerte „Akzeptanz“ und „Verstehen“, die von Carl Rogers geprägt wurden und die der Berater in den Beratungsprozess mit einbringen sollte (ebd., S.28, 30 u. 76).

Dabei meint Akzeptanz, dass der Berater den Klienten in seiner Andersartigkeit bedingungslos akzeptiert und ihm uneingeschränkte positive Wertschätzung entgegen bringt (ebd., S.28-29). Akzeptanz bedeutet allerdings nicht die Kapitulation vor dem Klienten. Die Konsequenzen seiner Handlungen können ihm trotz einer akzeptierenden Haltung des Beraters vor Augen geführt werden (ebd., S.29).

Verstehen heißt, die Botschaften des Klienten in einfühlsamer, empathischer Art und Weise wahrzunehmen (ebd., S.30). Dabei geht es nicht nur darum, einzelne Handlungen des Klienten nachvollziehen zu können. Verstehen ist der Versuch des Beraters, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht und den Klienten so zu sehen, wie er sich selbst sieht (Schmid, 2001, S.140). Culley räumt allerdings ein, dass es nicht möglich sein wird, das Leben eines anderen Menschen vollkommen so zu verstehen, wie dieser es erlebt (Culley, 2002, S.30).

Aus diesem Grunde möchte ich die beiden Grundwerte „Akzeptanz“ und „Verstehen“ noch um den ebenfalls von Rogers geprägten Grundwert „Kongruenz“ ergänzen. Mit Kongruenz wird eine Haltung beschrieben, die den anderen nicht täuscht. Damit ist gemeint, dass der Berater nicht nach außen hin etwas vorgibt, z.B. absolutes Verständnis, das seinen Empfindungen nicht entspricht (Schmid, 2001, S.122). Dadurch, dass äußeres Verhalten bzw. Handeln des Beraters kongruent zu seinem inneren Erleben ist, wird er dem Klienten gegenüber glaubhaft (ebd.).

Diese Grundwerte des Beraters sind bei der Beratung von großer Bedeutung, da durch sie eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Beratungsbeziehung aufgebaut werden kann, die dann eine Basis für die weitere Beratungsarbeit bildet (Culley, 2002, S.28).

3.5.4 Beratungsprozess nach Culley in Bezug auf Fatigue

Um den Beratungsprozess von Culley zu verdeutlichen, werde ich im Folgenden die drei Phasen der Beratung in Bezug auf Fatigue betrachten. Dabei sollen neben wichtigen Zielen, die in diesen Phasen verfolgt werden, auch kurz Strategien beschrieben werden, mit denen diese Ziele erreicht werden können.

3.5.4.1 Anfangsphase

Ein wichtiges Ziel in der Anfangsphase der Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue ist der Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung. Zum einen wird es Patienten leichter fallen, über ihre Probleme zu sprechen, wenn die Beziehung zu dem Berater vertrauensvoll ist. Zum anderen sollte die Beratungsbeziehung ausreichend Halt und Unterstützung bieten, da die Krebsdiagnose für viele Patienten eine starke emotionale Belastung bedeutet. Eine vollkommen tragfähige Beziehung wird sich jedoch nicht in einer frühen Phase der Beratung herstellen lassen, weil hierzu erst der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten erforderlich ist (ebd., S.31-32). Dieses Vertrauen wird sich beim Patienten am ehesten dann entwickeln, wenn er merkt, dass die Beratung in verlässlicher, konsistenter Weise erfolgt (ebd., S.31). So gesehen ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ein Ziel des gesamten Beratungsprozesses. In der Anfangsphase können jedoch durch Vermittlung von Verständnis, Akzeptanz und Kongruenz wichtige Grundsteine für die Erreichung dieses Zieles gelegt werden (ebd., S.32).

Ein weiteres Ziel in der Anfangsphase der Beratung ist die Eingrenzung und die Bewertung der Probleme der Patienten in Bezug auf Fatigue. Im Kapitel 1. wurden die möglichen Auswirkungen von Fatigue auf die Betroffenen ausführlich dargestellt. Diese Auswirkungen können für den Patienten zahlreiche Probleme darstellen, die nicht alle zeitgleich in der Pflegeberatung thematisiert werden können. Daher wird es erforderlich sein, zunächst diejenigen Probleme zu sondieren und zu thematisieren, die für den Patienten die größte Belastung darstellen. Um dies zu erreichen, bietet der Beratungsansatz von Culley mehrere Strategien, die der Pflegeberater verfolgen kann (ebd., S.38-44). Eine Strategie ist z.B. das Explorieren. Dies ist

ein Verfahren der Selbstklärung, mit dem der Berater den Patienten darin unterstützt, seine Anliegen zu erkennen und diese zu artikulieren (ebd., S.38). Beim Explorieren geht es jedoch nicht nur darum, die Probleme des Patienten ausfindig zu machen, sondern für den Klienten auch darum, Klarheit über seine eigenen Stärken und die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bekommen (ebd., S.42).

Für den weiteren Verlauf der Pflegeberatung ist es meines Erachtens sinnvoll, einen Arbeitsvertrag über die Beratung zu schließen. Darin können z.B. das zu bearbeitende Problem, die zu erwartende Beratungsleistung des Pflegeberaters oder auch Zielvorstellungen des Patienten enthalten sein. So ein Vertrag kann dann als Leitfaden für die weitere Beratung angesehen werden.

3.5.4.2 Mittelphase

In der Mittelphase der Pflegeberatung soll dem Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, eine differenzierte Sicht auf seine zuvor identifizierten Probleme zu erlangen und darauf aufbauend eine Neubewertung der Problemlage vorzunehmen. Auf dieser Grundlage können dann neue Zielvorstellungen und Handlungsstrategien mit dem Patienten erarbeitet werden (ebd., S.105). Ich möchte dies an einem einfachen Beispiel verdeutlichen:

Ein alleinstehender Patient sieht sich infolge von Fatigue nicht mehr in der Lage, sich ausreichend mit Nahrung zu versorgen. Essen auf Rädern lehnt er allerdings ab. Bei näherer Betrachtung des Problems wird deutlich, dass der Patient durchaus noch in der Lage ist, sich Nahrung selbstständig zu zubereiten. Es gelingt ihm aber nicht, die Lebensmittel aus dem Geschäft in seine Wohnung zu transportieren. Aufgrund dieser Differenzierung des Problems ergeben sich für den Patienten neue Handlungsoptionen, wie z.B. Einkaufshilfen zu engagieren oder den Lieferservice eines Lebensmittelmarktes zu beauftragen.

Um dem Patienten eine Neubewertung seiner Probleme zu ermöglichen, bietet Culleys Beratungsansatz auch in dieser Phase verschiedene Strategien, die der Pflegeberater nutzen kann (ebd., S.108-147). Eine mögliche Strategie ist das Herausfordern des Patienten. Dabei offeriert der Pflegeberater dem Patienten

verschiedene Perspektiven, von denen aus das Problem betrachtet werden kann, und fordert seinen Klienten somit heraus, über sein Problem tiefgreifender nachzudenken (ebd., S.109-110). Einem Patienten, der beispielsweise in der Pflegeberatung äußert, dass er darunter leide, dass sich Freunde nicht mehr blicken lassen, seitdem er zu müde für längere Aktivitäten ist, könnte von dem Berater die Sichtweise angeboten werden, dass die Freunde unsicher seien, da sie die veränderte Situation nicht kennen würden und nicht wüssten, wie sie damit umgehen sollten.

Herausfordern bedeutet jedoch nicht, den Patienten die „richtige“ Sichtweise zu vermitteln, sondern es soll ihn ermuntern, sich unter verschiedenen Perspektiven ausführlich mit seinem Problem zu beschäftigen, um somit zu einer Neubewertung und zu einer differenzierten Problemsicht zu gelangen (ebd., S.111).

Während des Prozesses der Neubewertung ist es denkbar, dass in dieser Phase der Pflegeberatung weitere Probleme des Patienten aufgedeckt werden, an denen dann „unbemerkt“ gearbeitet wird. Deshalb ist es ratsam, den Arbeitsvertrag im Hintergrund zu haben, damit sicher gestellt werden kann, dass das eigentliche Problem des Patienten der Mittelpunkt der Beratung bleibt.

3.5.4.3 Endphase

Der Prozess der Neubewertung soll den Patienten helfen, ihre Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und sie nicht mehr als unlösbar bzw. unveränderbar anzusehen. Eine andere Bewertung der Probleme heißt allerdings nicht, dass alle Patienten von sich aus auch schon wissen, welche Veränderungen notwendig werden, um ihre Probleme zu lösen. Mit diesen Patienten muss deshalb in der Endphase der Pflegeberatung ein angemessener Wandel vorbereitet werden. Das bedeutet, den Klienten dabei zu unterstützen, herauszufinden, was verändert werden muss, und zu überlegen, ob diese Veränderungen auch vereinbar mit seiner Lebenswelt sind (ebd., S.151).

Um aber herauszufinden, was verändert werden soll, muss Klarheit über die angestrebten Ziele bestehen (vgl. Kapitel 3.5.1.3). Deshalb ist es unverzichtbar, dass sich der Patient in dieser Phase der Pflegeberatung Ziele setzt, die

realistisch sind. Der Pflegeberater kann ihm dabei z.B. durch „Exploration“ oder „Herausforderung“ unterstützen (ebd., S.164).

Schließlich sollen durch die Beratung die Veränderungen in die Lebenswelt der Patienten übertragen werden. Dazu ist es notwendig, Handlungsoptionen, die gewünschte Änderungen herbei führen sollen, mit dem Klienten zu erörtern und zu planen (ebd., S.176). Geplante Handlungen können dann innerhalb der Beratung, z.B. in Form von Rollenspielen, eingeübt werden. Das hat einerseits den Vorteil, dass Patienten Handlungssicherheit bekommen. Andererseits können sie mit Hilfe des Beraters abschätzen, ob die Handlungen für sie akzeptabel sind und ob damit der gewünschte Effekt erzielt werden kann (ebd., S.151).

Ein Praxisbeispiel soll die Gestaltung der Endphase im Beratungsprozess illustrieren: Ein Patient nimmt trotz regelmäßiger Mahlzeiten an Gewicht ab¹². Ein realistisches Ziel, das mit dem Berater erarbeitet werden könnte, wäre eine zusätzliche Reduktion des Körpergewichtes des Patienten zu verhindern. Zur Verwirklichung dieses Ziels sind z.B. Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten des Patienten erforderlich. Die Beratung ermöglicht, dass der Patient mit allen notwendigen Informationen über Ernährung, wie z.B. hochkalorische Nahrungsmittel und deren Beschaffbarkeit, versorgt wird und damit die notwendigen Voraussetzungen für Handlungsänderungen erhält. Danach können konkrete Handlungen, wie das Erstellen von Ernährungsplänen oder Einkaufslisten, geplant werden. Die Planung soll sicher stellen, dass der Patient alle Aspekte, die für die Durchführung der Handlungen notwendig sind, beachtet.

Zum Abschluss der Beratung muss die Beratungsbeziehung beendet werden. Dieser Punkt erscheint mir bei der Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue besonders wichtig, da diese Beziehung, wie oben beschrieben, für Tumorpatienten von besonderer Bedeutung sein kann. Daher ist es denkbar, dass der Verlust der Beratungsbeziehung für einige Patienten eine zusätzliche emotionale Belastung darstellt. Dies könnte sich besonders schwerwiegend auswirken, wenn der Patient ohnehin über wenige soziale

¹² Der Zusammenhang zwischen Gewichtsverlust und Fatigue wurde in Kapitel 2.7.2 dargestellt.

Kontakte verfügt oder es infolge von Fatigue zum Wegfall sozialer Ressourcen kommt (vgl. Kapitel 2.6.1). Das Ende der Beratung sollte deshalb frühzeitig mit dem Patienten besprochen werden, um Ängste von Verlust oder von Trauer auffangen zu können (Culley, 2002, S. 184-187).

3.6 Ansiedelung und Umfang der Pflegeberatung

Mit der Beratungskonzeption von Culley wurde die Deutung und Klärung sowie das Erarbeiten von Handlungsoptionen zur Unterstützung und Begleitung des Patienten bei besonderen Problemlagen beschrieben. Unterstützung und Begleitung bilden jedoch nur einen Schwerpunkt der Pflegeberatung bei Fatigue. Es wurde bereits beschrieben, dass dieser mit den beiden anderen Schwerpunkten „Orientierung/Information“ und „Anleitung“ in Beziehung steht (vgl. Kapitel 3.5.1.4). Für eine umfangreiche Beratung müssen daher die drei Schwerpunkte zusammengeführt werden. Bevor ich jedoch den möglichen Gesamtumfang beschreibe, gehe ich zunächst darauf ein, an welche bereits bestehende Versorgungsstruktur von Tumorpatienten die Pflegeberatung meines Erachtens angesiedelt werden könnte.

3.6.1 Ansiedelung der Pflegeberatung an einer stationären Einrichtung

Ich sehe die Pflegeberatung als einen Bestandteil einer umfassenden Tumorthherapie an. Daher erscheint es mir sinnvoll, die Beratung in stationären Einrichtungen anzubieten, in denen Tumorerkrankungen sowohl diagnostiziert als auch therapiert werden. Hier kämen z.B. Schwerpunktkrankenhäuser und Universitätskliniken in Betracht. Diese Einrichtungen verfügen häufig über Abteilungen oder Kliniken, die sich auf die Erkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen spezialisiert haben. Dabei beschränkt sich die Therapie meist nicht nur auf die stationäre Versorgung von Patienten, sondern schließt auch die ambulante Weiterbetreuung durch das Klinikpersonal in sog. Tageskliniken bzw. Ambulanzen mit ein. Ein Beispiel solch einer Patientenversorgung ist die Hämatologie-Onkologie der Medizinischen Klinik II des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf. Hier angesiedelt, könnte die

Beratung schon frühzeitig während der stationären Versorgung des Patienten beginnen und ihn über den gesamten Therapieverlauf begleiten. So wäre es möglich, auf eine entstehende Fatiguesymptomatik zeitnah zu reagieren und potentiellen Entlassungs-problemen infolge der Müdigkeit entgegen zu wirken. Außerdem könnten so Patienten, bei denen eine Tumorerkrankung neu diagnostiziert wurde, frühzeitig über Fatigue informiert werden. Die denkbare Hürde für Patienten, eine zusätzliche Beratungsstelle aufzusuchen, wäre somit umgangen.

Die ambulante Fortsetzung der Behandlung in der Tagesklinik bzw. Ambulanz ermöglicht, dass auch die Weiterführung der Pflegeberatung vereinfacht werden könnte. Dies ist insbesondere dann eine Erleichterung, wenn erst in dieser Phase der Behandlung Fatigueprobleme bei dem Patienten auftreten. Dafür gibt es folgende Gründe:

Zum einen ist die Anamnese des Patienten bekannt und damit auch ein Stück seiner Lebenswelt von ihm. Zum anderen fallen zusätzliche Schnittstellen weg, wenn die ambulante Behandlung der Tumorpatienten in der Klinik fortgeführt wird, in der zuvor auch die stationäre Therapie erfolgte.

3.6.2 Umfang der Pflegeberatung

Es ist nicht möglich im Rahmen dieser Diplomarbeit den konkreten Ablauf der Pflegeberatung bei Fatigue zu entwickeln. Hierzu wäre eine genaue Analyse derjenigen Einrichtung erforderlich, in der die Beratung umgesetzt werden soll. Deshalb erfolgt hier nur eine generelle Beschreibung der Beratung, wie sie in einer stationären Einrichtung vorstellbar wäre:

Sämtliche Tumorpatienten, die zu einer ambulant oder stationär durchgeführten Tumorbehandlung in die Klinik kommen, sollten zunächst durch den Pflegeberater einem einfachen Screening unterzogen werden. Hierdurch können diejenigen Patienten identifiziert werden, die Müdigkeit über das normale Maß hinaus verspüren. Für das Screening halte ich eine Scala, wie sie in den amerikanischen Leitlinien vorgestellt wurde, als Erfassungsinstrument für sinnvoll (vgl. Kapitel 2.10). Sie ist wenig zeitintensiv, in der Handhabung einfach und somit kostengünstig einzusetzen.

Bei Patienten, die bisher noch nicht beraten wurden, könnte das Screening im Zusammenhang mit einem ausführlichen Informationsgespräch über Fatigue und deren Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden.

Bestehen Anzeichen von tumorbedingter Fatigue, wird eine weiterführende Fatiguediagnostik erforderlich. Da organische und psychiatrische Ursachen, wie z.B. ein niedriger Hämoglobinwert oder Depressionen, ausgeschlossen werden müssen, ist die enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen medizinischen Fachrichtungen notwendig. Hierbei übernimmt der Pflegeberater das Schnittstellenmanagement. Die Durchführung der Fatiguediagnostik mittels eines spezifischen Fatigue-Erhebungsinstrumentes sollte auch von dem Pflegeberater vorgenommen werden, da die Auswertung der jeweiligen Antworten der Patienten eine Basis für die weitere Beratungsarbeit darstellen kann. Als Erhebungsinstrument¹³ zur genauen Erfassung von Fatigue könnte z.B. der „Müdigkeitsfragebogen“ von Glaus genutzt werden. Er wurde für den deutschsprachigen Raum entwickelt und ist daher nicht mit kulturellen bzw. sprachlichen Problemen behaftet. Außerdem ist der Fragebogen relativ kurz gefasst, und die einzelnen Fragen sind einfach zu beantworten, so dass Verzerrungen durch intellektuelle Fähigkeiten der Patienten nicht zu erwarten sind. Darüber hinaus wurde die Validität des Instrumentes in mehreren Studien überprüft.

Nach dem Vorliegen sämtlicher Befunde sollte in interdisziplinärer Zusammenarbeit gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden, welche Maßnahmen zur Linderung von Fatigue eingeleitet werden können. Dabei kann das Beratungsangebot je nach den individuellen Erfordernissen sehr vielseitig sein. Einige Patienten brauchen evtl. nur noch zusätzliche Informationen, während andere Patienten eine weitergehende Unterstützung des Pflegeberaters im Sinne der Beratung nach Culley benötigen.

Während eine tiefer ergründende Beratung nur bei Patienten erforderlich sein wird, die bereits unter Fatigue und deren Folgen leiden, sollte die Unterweisung in aerobe Sportarten wegen des vorbeugenden Charakters bei sämtlichen Tumorpatienten erfolgen. Im Rahmen einer stationären Versorgung könnte das

¹³ Die Problematik der z.Z. existierenden Erhebungsinstrumente für tumorbedingter Fatigue wurde bereits in Kapitel 2.8.2 beschrieben.

körperliche Training begleitend zur Tumorthherapie angeboten werden. Dabei wäre die Zusammenarbeit mit Ärzten und Physiotherapeuten erforderlich. Diese wäre besonders dann notwendig, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten stark eingeschränkt ist und ein systematischer Trainingsaufbau erforderlich wird. Das Training könnte dann von den Patienten nach ihrer Entlassung aus der stationären Versorgung eigenverantwortlich weitergeführt werden.

Gegen Ende der Beratung sollten grundsätzlich alle durchgeführten Maßnahmen, die dem Patienten den Umgang mit Fatigue erleichtern sollen, auf ihre Wirkung hin überprüft werden. Dabei können ein erneut durchgeführtes Fatigue-Screening oder die Auswertung eines Fatigue-Tagebuchs wichtige Hinweise für den Berater geben. Ergibt die Überprüfung, dass die bisherigen Maßnahmen für den Patienten wenig hilfreich waren, sollte eine Korrektur der Maßnahmen vorgenommen werden.

3.6.3 Dauer der Pflegeberatung

Wie viele Sitzungen für die Pflegeberatung notwendig werden, wird individuell sicherlich sehr unterschiedlich sein. Dabei könnte eine Rolle spielen, wie schwerwiegend die Probleme des Patienten sind, wie informiert der Patient ist und wie problemlos der aerobe Trainingsaufbau des Patienten gelingt. Culley schreibt im Zusammenhang mit dem Ende der Beratung:

„Das Ende gerät gewöhnlich in Sicht, wenn Klienten das erreicht haben, was sie erreichen wollten oder wenn sie hinreichend gut mit ihren Problemen klarkommen, so daß sie keine weitere Unterstützung brauchen“ (Culley, 2002, S.182).

4. Kritische Betrachtung der Pflegeberatung

Mit der Beratung bei Fatigue könnte meines Erachtens die Pflege einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Patienten mit Tumorerkrankungen leisten. Zum einen würden Tumorkrankungen und deren Angehörige im Rahmen der Pflegeberatung Informationen über das häufig auftretende aber vielfach noch unbekanntes Begleitsymptom „Fatigue“ bei Karzinomkrankungen

erhalten. Zum anderen könnten Patienten mit Hilfe der Unterweisung in aerobe Sportarten ihr physisches und psychisches Wohlbefinden steigern. Zudem bietet die Pflegeberatung den Patienten die Möglichkeit, eine differenzierte Sicht auf sich, ihre Umwelt sowie ihre Probleme in Bezug auf die Tumorerkrankung und auf Fatigue zu erlangen. Darauf aufbauend könnten dann individuelle Handlungsstrategien erarbeitet werden, mit denen Patienten Fatigue und deren Folgen entgegentreten könnten. Die Beratungskonzeption von Culley ist, wie oben erörtert, meiner Ansicht nach hierfür gut geeignet.

Da im transaktionalen Stressmodell von Lazarus Handlungen und Neubewertungen von Situationen mögliche Copingstrategien darstellen, könnte die Beratung auch als Unterstützung der Patienten bei Copingprozessen gesehen werden, die den Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung sowie den Umgang mit Fatigue und deren Folgen erleichtern. Mit diesen Beratungsmöglichkeiten geht die Pflegeberatung bei Fatigue deutlich über allgemein gehaltene Patientenschulungsprogramme hinaus und könnte damit unter Umständen die Rolle der Pflege bei der Versorgung von Tumorpatienten aufwerten.

Neben den genannten Stärken sehe ich jedoch auch Schwächen bei dieser Form der Pflegeberatung, die zunächst die Beratungskonzeption von Culley betreffen. Im Prozess der Deutung und Klärung sowie bei der Erarbeitung von neuen Handlungsmöglichkeiten ist der Patient im besonderen Maße auf die Unterstützung des Pflegeberaters angewiesen. Die Qualität der Unterstützung und damit auch ein möglicher Beratungserfolg sind von den Beratungskompetenzen des Beraters abhängig. So muss der Patient in seiner Lebenswelt verstanden und akzeptiert werden. Es ist jedoch denkbar, dass z.B. aufgrund von kulturellen Unterschieden oder unterschiedlichen Wertvorstellungen der Berater den Klienten weder verstehen noch akzeptieren kann. Diese Patienten hätten somit nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, neue Sichtweisen zu erlangen und darauf aufbauend Handlungsoptionen zu erarbeiten.

Neben den Kompetenzen des Beraters wird auch die Mitarbeit des Patienten für den Beratungsprozess ausschlaggebend sein. Hierfür muss zunächst eine generelle Bereitschaft des Patienten vorliegen. Die Mitarbeit des Patienten

könnte aber auch durch mentale und kognitive Beeinträchtigungen infolge von Fatigue stark eingeschränkt sein, so dass aufgrund dieser Beeinträchtigungen die Deutung bzw. die Klärung und damit der Aufbau neuer Handlungsstrategien nur teilweise möglich sein wird.

Insgesamt wird der Prozess der Deutung und Klärung mit dem Patienten sehr behutsam erfolgen müssen, da fraglich ist, welche Rolle Fatigue bei der Krankheitsverarbeitung einnimmt. Wenn Fatigue eine Copingstrategie des Patienten darstellt, um die starke Belastung der Tumorerkrankung abzuwehren, könnte eine zu heftige Auseinandersetzung des Patienten mit sich und seiner Krankheit während der Beratung für ihn mehr Schaden als Nutzen bringen. Die Beratung soll und kann in diesem Zusammenhang kein Ersatz für psychotherapeutische Interventionen darstellen und muss daher von der Psychotherapie abgegrenzt werden.

Die Anwendung der Beratungskonzeption von Culley in der Pflegeberatung wäre demnach nicht für alle Patienten gleich gut geeignet. Da diese Konzeption nur eine Möglichkeit von vielen darstellt, wäre zu prüfen, ob noch weitere Beratungskonzeptionen für die Beratung bei Fatigue in Frage kämen.

Unabhängig von Culleys Beratungskonzeption gibt es meiner Auffassung nach noch weitere Schwachpunkte bei dieser Form der Pflegeberatung. Ein möglicher Erfolg wird ebenfalls davon abhängen, wie gut die Integration der Beratung in die bestehende Versorgungsstruktur von Tumorpatienten gelingt. Da die Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue meines Wissens bisher in Deutschland nicht umgesetzt wurde, gibt es dazu keinerlei Erfahrungswerte. Die enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie Ärzten oder Physiotherapeuten, würde bei der Umsetzung aber sicherlich eine wichtige Rolle spielen. Die vollständige Umsetzung wäre meines Erachtens nur dann möglich, wenn die Zusammenarbeit gewährleistet ist.

Als weitere Schwachstelle erweist sich, dass seitens der Wissenschaft viele Fragen in Bezug auf Fatigue noch nicht abschließend geklärt werden konnten. Gerade im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten gibt es noch zahlreiche Unklarheiten. Außerdem sind meines Erachtens noch weitere Studien

erforderlich, die z.B. den Nutzen von aeroben Sportarten zur Minderung von Fatigue belegen.

Trotz der beschriebenen Schwachpunkte erachte ich die Pflegeberatung von Patienten mit tumorbedingter Fatigue als sinnvoll und notwendig. Dabei müsste die genaue Umsetzung der Beratung noch geprüft und ein genereller Nutzen für Tumorpatienten an Hand von Studien wissenschaftlichen belegt werden.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde dargelegt, dass Fatigue eine häufig auftretende aber von Ärzten vielfach noch unbeachtete stark ausgeprägte und unübliche Form der Müdigkeit ist, die als ein ernstzunehmendes Begleitsymptom bei Tumorerkrankungen auftritt. Sie kann die kognitive, die emotionale und die physische Leistungsfähigkeit der Betroffenen stark reduzieren, so dass gewohnte Lebensabläufe massiv beeinträchtigt werden und die Lebensqualität daher nachhaltig sinkt. Obwohl die Ursachen von tumorbedingter Fatigue noch nicht abschließend geklärt werden konnten, geht die Wissenschaft davon aus, dass an ihrer Entstehung viele verschiedene Faktoren beteiligt sind. Als bedeutende Ursachen von Fatigue werden Anämie, die häufig als Folge einer Tumorerkrankung auftritt, die Krankheitsverarbeitung, die Tumorthherapie, die zusätzliche Ausschüttung von Zytokinen, die krankheitsbedingten Veränderungen sozialer Ressourcen und der durch den Tumor veränderte Stoffwechsel der Patienten diskutiert. Zwar fehlt bislang ein umfassender Therapieansatz, mit dem Fatigue zufriedenstellend behandelt werden kann, doch zeigen erste Studien, dass die Fatiguesymptomatik gelindert werden kann. Neben der Behandlung der Anämie kommen als weitere Interventionen die Information über das Fatiguesyndrom und die Unterweisung der Patienten in aerobe Sportarten zur Linderung dieser Müdigkeit in Betracht.

Die Information der Tumorpatienten über Fatigue und die Anleitung zu aeroben Sportarten bilden schließlich gemeinsam mit der Unterstützung der Patienten bei fatiguespezifischen Problemen die drei Schwerpunkte einer umfassenden Beratung von betroffenen Patienten. Während die Weitergabe von

Informationen und die Anleitung mit Hilfe von Patientenschulungsprogrammen aufgearbeitet werden könnten, wie sie von Klug-Redman vorgeschlagen werden, könnte die Unterstützung der Patienten bei fatiguespezifischen Problemen mit der Beratungskonzeption nach Culley erfolgen. Bei dieser Beratungskonzeption sollen die Patienten mit Hilfe des Beraters in mehreren Schritten ihre Anliegen (Probleme) deuten und klären, zu einer Neubewertung ihrer Anliegen gelangen und darauf aufbauend Handlungsstrategien erarbeiten, mit denen sie Fatigue entgegenwirken können. Insgesamt soll die Beratung den Tumorpatienten dazu dienen, ihre Erkrankung sowie Fatigue und ihre Folgen besser als bisher bewältigen zu können.

Die Berufsgruppe der Pflegekräfte bietet meines Erachtens gute Voraussetzungen, diese Form der Beratung anzubieten, da sie sehr patientennah arbeitet und deshalb von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen vermutlich den umfassendsten Einblick in die Lebenswelt der Patienten hat, was eine wichtige Voraussetzung für die Beratertätigkeit ist. Pflegekräfte könnten daher Patienten in besonderer Weise darin unterstützen, Anliegen zu klären, Neubewertungen vorzunehmen und Handlungsstrategien in den Lebensalltag zu integrieren.

Die Beratung könnte an Schwerpunktkrankenhäusern und Universitätskliniken angeboten werden, da dort die Diagnostik und die Behandlung der Tumorpatienten gleichermaßen durchgeführt wird und somit weitere Schnittstellen in der Versorgung der Patienten vermieden werden könnten.

Literatur

- Ahlberg et al. „Assessment and management of cancer-related fatigue in adults“. The Lancet (8/2003): S. 640-650
- Bartsch, H.H. et al. „Prävalenz von Fatigue bei Krebspatienten in der stationären Rehabilitation: Verteilungsmuster und Einflussfaktoren“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 81-95
- Beckmann, I.-A. „Fatigue: Chronische Müdigkeit bei Krebs“. Die Blauen Ratgeber 34 (8/2003): S. 5-45
- Burks, T.F. „New Agents for the Treatment of Cancer-Related Fatigue“. Cancer 92 (2001): S. 1714-1718
- Corbin, J.M., Strauss, A.L. Weiterleben lernen: Chronisch Kranke in der Familie. München, Zürich: Piper, 1988
- Culley, S. Beratung als Prozeß: Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Weinheim, Basel: Beltz, 2002
- Dimeo, F. „Ausdauertraining als Behandlung der Cancer Fatigue“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 96-102
- Ditzfelbinger, H. „Krebs-assoziierte Fatigue“. Ärztemerkblatt 1.Auflage. (2002): S. 3-11
- Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. „„Beratung“ - Ein Selbstverständnis in Bewegung“. Das Handbuch der Beratung Band 1: Disziplinen und Zugänge. Hg. Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. Tübingen: dgvt Verlag, 2004, S. 33-43
- Escalante, C. P. et al. „A Fatigue Clinic in a Comprehensive Cancer Center“. Cancer 92 (2001): S. 1708-1713
- Faltermaier, T. „Gesundheitsberatung“. Das Handbuch der Beratung Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Hg. Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. Tübingen: dgvt Verlag, 2004, S. 1063-1081
- Feyer, P., Steingraber, M. „Fatigue – ein neues therapeutisches Problem in der Onkologie?“. Im Focus Onkologie (7/2001): S. 59-64
- Feyer, P. et al. „Fatigue bei Tumorpatienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren unter Radiotherapie und kombinierter Radiochemotherapie“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 69-80
- Glaus, A. „Das Konzept Fatigue in der Onkologie: Definitionen, Hintergründe“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 1-13
- Glaus, A. et al. „Müdigkeit/Fatigue bei Gesunden und bei krebserkrankten Menschen: Eine qualitative Studie zur Konzeptanalyse“. Pflege 12 (1/99): S. 11-19

- Glaus, A., Müller, S. „Messung der Müdigkeit bei Krebskranken im Deutschen Sprachraum: Die Entwicklung des Fatigue Assessment Questionnaires“. Pflege 14 (3/2001): S. 161-170
- Guntermann, H.T. „Fatigue aus Sicht eines Betroffenen“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 103-107
- Gutstein, H.B. „The Biologic Basis Of Fatigue“. Cancer 92 (2001): S. 1678-1683
- Hammann, V. „Ernährung bei Tumorleiden“. Onkologie 2002/03: Empfehlungen zur Therapie. 11. Auflage. Hg. Preiß, J. et al. München, Bern, Wien, New York: Zuckerschwerdt Verlag GmbH, 2002, S. 300-301
- Hurrelmann, K. „Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken?“. Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Hg. Reibnitz von, C., Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. Weinheim, München: Juventa Verlag: 2001, S. 35-47
- Jereczek-Fossa, B.A. et al. „Radiotherapy-related fatigue“. Critical Reviews in Oncology/Hematology 41 (2002): S. 317-325
- Juchli, L. Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1987
- Klug-Redman, B. Patientenschulung und –beratung. Dt. Ausgabe. Hg. Osterbrink, J. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1996
- Koch-Straube, U. Beratung in der Pflege. 1.Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag, 2001
- Kurzrock, R. „The Role of Cytokines in Cancer-Related Fatigue“. Cancer 92 (2001): S. 1684-1688
- Lange-Asschenfeldt, T. „Neue Kraft schöpfen trotz Fatigue“. Ich kann nicht mehr! Fatigue bei Krebs. Hg. ZDF Redaktion Gesundheit und Natur. Mainz: 2002, S. 21-23
- Link, H. „Fatigue – Wenn die Lebenskraft verschwindet“. Ich kann nicht mehr! Fatigue bei Krebs. Hg. ZDF Redaktion Gesundheit und Natur. Mainz: 2002, S. 3-5
- Lubkin, I.M. Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. 1 Auflage. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber Verlag, 2002
- Mendoza, T.R. et al. „The Rapid Assessment of Fatigue Severity in Cancer Patients: Use of the Brief Fatigue Inventory“. Cancer 5 (3/1999): S. 1186-1196
- Müller-Mundt, G., Schaeffer, D. „Patientenschulung in der Pflege“. Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Hg. Reibnitz von, C., Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. Weinheim, München: Juventa Verlag: 2001, S. 225-235

Mutzeck, W. Kooperative Beratung: Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 2002

Patarca-Montero, R. Handbook of Cancer-Related Fatigue. New York: Haworth Medical Press, 2004

Petermann, F. „Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven“. Patientenschulung und Beratung: Ein Lehrbuch. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Hg. Petermann, F. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1997, S. 3-21

Reisenegger, I., Weis, J. „Die Erfassung tumorbedingter Fatigue: Übersicht über Messinstrumente und methodische Probleme“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 14-29

Reuter, K. Fatigue und/oder Depression?: Ein Beitrag zur Konstruktvalidierung und diagnostischen Unterscheidung bei Patienten mit Tumorerkrankungen. Hg. Bengel, J., Jäckel, W.H. Regensburg: S. Roderer Verlag, 2002

Reuter, K., Härter, M. „Differenzialdiagnose von Fatigue und depressiven Störungen bei Tumorerkrankungen“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 36-51

Rüffer, J.U. et al. „Das Krebs – Fatigue – Syndrom“. Versicherungsmedizin 55 (1/2003): S. 3-7

Sander, K. Personenzentrierte Beratung: Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Köln: GwG Verlag und Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 1999

Schmid, P.F. Personale Begegnungen: Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg: Echter Verlag, 2001

Schwarz, R., Hinz, A. „Müdigkeit und Erschöpfung in der Normalbevölkerung - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage“. Fatigue bei Tumorpatienten. Hg. Weis, J., Bartsch, HH. Basel: Karger, 2000, S. 30-35

Schwarzer, R. Stress, Angst und Handlungsregulation. 4., überarbeitete Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2000

Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim, München: Juventa Verlag, 1999

Toohy, M. Innere Medizin für Krankenschwestern und Krankenpfleger. 5. völlig neu bearbeitete deutsche Auflage. Hg. Bloom A., Bloom, S.R. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1986

Wang, X.S. et al. „Fatigue during Preoperative Chemoradiation for Resectable Rectal Cancer“. Cancer 92 (2001): S. 1725-1732

Internet

DGK. „Fatigue-Tagebuch“. http://www.dgk.de/web/dgk_file/FatigueTagebuch.pdf, 30.11.04, 14:05 Uhr

Geiser, C. „Die Perspektive der Humanistischen Psychologie“. http://www.gfk-institut.ch/pdf/a_cg_perspektive.pdf, 27.09.2004, 9:06 Uhr

KraftgegenKrebs.de. „Energiekalender“. http://www.kraftgegenkrebs.de/content/backgrounders/4oncology.de/o_test_you.pdf, 30.11.04, 14:30 Uhr

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). „Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue“. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf, 04.11.2004, 18:03 Uhr

Rüffer, J.U. „Ihr Weg durch die Chemotherapie“. http://www.wissen-macht-stark.de/assets/Erschoepfung_einzeln_korr.pdf, 25.08.04, 10:08 Uhr

Quade, G. „Supportive care statement for Health professionals: Fatigue“. <http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000062734.html>, 25.08.2004, 11:10 Uhr, S.1-20

Walser, T. „Salutogenese: from cure to care – „von der Pathogenese zur Salutogenese“. <http://www.dr-walser.ch/salutogenese.htm>, 02.12.04, 11:45 Uhr

Weis, J. „Krankheitsverarbeitung“. http://www.pso-ag.de/menue_forschung8.htm, 22.11.2004, 14:38 Uhr

Anhang

Anhang A1: Müdigkeitsfragebogen	S. I
Anhang A2: Beispiel eines Fatigue-Tagebuchs (Deutsches Grünes Kreuz)	S. III
Anhang A3: Beispiel eines Fatigue-Tagebuchs (KraftgegenKrebs.de)	S. IV