



# SOP – Fatigue

H. Cuhls<sup>1,2</sup> · Mochamat<sup>1</sup> · M. Mücke<sup>1</sup> · B. Jaspers<sup>1</sup> · E. Jentschke<sup>3</sup> · J. Hense<sup>4</sup> · C. Wolf<sup>5</sup> · C. Ostgathe<sup>6</sup> · L. Radbruch<sup>1,7</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Krankenhaus Marienstift, Braunschweig, Deutschland

<sup>3</sup> Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Mainfranken, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

<sup>4</sup> Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Comprehensive Cancer Center Essen, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

<sup>5</sup> Apotheke, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>6</sup> Palliativmedizinische Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>7</sup> Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

## Infobox 1

SOP aus der Reihe „SOPs zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center“, erstellt von der Arbeitsgemeinschaft (AG) Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs.

## Risikobewertung der Fatigue

(▣ Abb. 1)

### Risikobewertung

1. Es kann sinnvoll sein auf eine Risikobewertung zu verzichten, wenn der Behandlungsschwerpunkt für den Patienten in einer kurativen Intention liegt, wenn der Patient bei fortgeschrittener Erkrankung unruhig oder agitiert ist oder wenn der Patient bereits in der Finalphase ist.
2. Als Screening ist ein einzelnes Item geeignet: „Ich fühle mich ungewöhnlich schwach/müde“.
3. Eine ausführliche Bewertung wird angeraten bei positiver Risikobewertung und mittlerer oder starker Intensität auf der Verbalen Ratingskala (VRS) oder >5 auf der Numerischen Ratingskala (NRS 0–10).
4. Bei positiver Risikobewertung und leichter Intensität (VRS) oder NRS < 5

sollte eine Beratung und Steigerung der körperlichen Aktivität erfolgen.

5. Die Beratung umfasst Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, zu Energieplanung (z. B. Tagebuch) und energiekonservierenden Maßnahmen (Tagesplanung, Delegation von Aufgaben) sowie evtl. weitere psychosoziale Behandlungsansätze (psychoedukative Intervention, kognitive Verhaltenstherapie)

### Diagnostik

1. Es stehen eine Reihe von validierten Fragebögen zur Erfassung von Fatigue zur Verfügung: Brief Pain Inventory, Fatigue Assessment Questionnaire, Functional Assessment of Cancer Therapy –Fatigue Scale, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Fatigue und andere. Jedoch sind diese Instrumente für Patienten in der Palliativversorgung in der Regel zu umfangreich, sodass einfache Fragen nach der Intensität von Müdigkeit und Schwäche („wie müde sind Sie“, „wie schwach sind Sie“) in der Routedokumentation ausreichen müssen.
2. Weitere Angaben zu Depression s. SOP Depression
3. Weitere Angaben zu Kachexie s. SOP Kachexie

H. Cuhls, Mochamat, M. Mücke, B. Jaspers, E. Jentschke, J. Hense, C. Wolf, C. Ostgathe und L. Radbruch repräsentieren die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center.

Erstellt: Dr. H. Cuhls, Mochamat, Dr. M. Mücke, Dr. B. Jaspers, Prof. Dr. L. Radbruch. Geprüft: Dr. E. Jentschke, Dr. J. Hense, Dr. C. Wolf, Prof. C. Ostgathe.

Die Originalversion dieses Artikels wurde erstellt am 08.03.2017 und erstpubliziert unter <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0240-8>. Aktualisiert am 18.12.2019. Gültig bis 17.12.2022



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

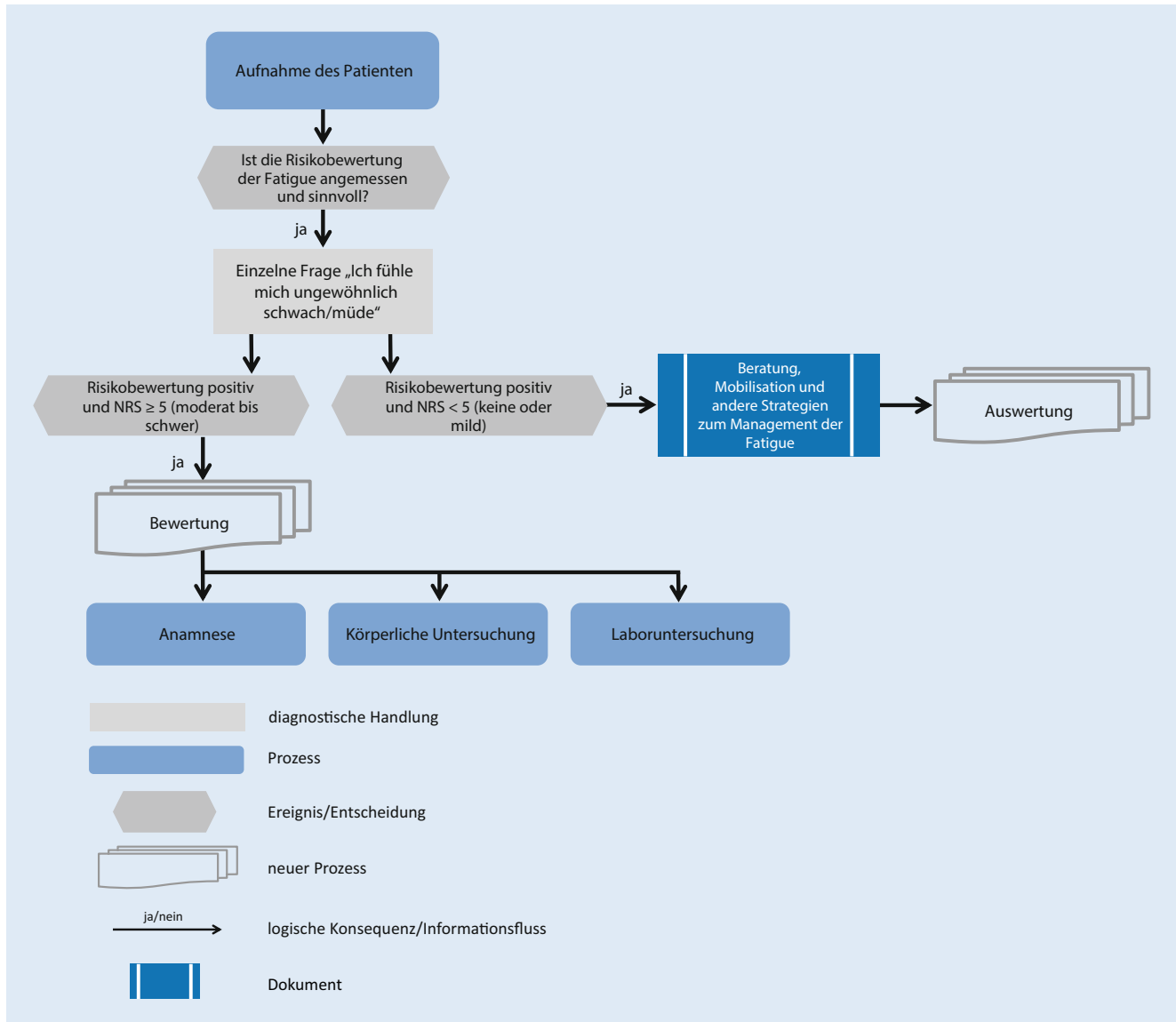


Abb. 1 ▲ Risikobewertung der Fatigue

**Diagnostik – Anamnese**

(▣ Abb. 2)

**Diagnostik – Untersuchung (▣ Abb. 3)**

**Diagnostik – Laboruntersuchung**

(▣ Abb. 4 und 5)

**Therapie**

In der Finalphase kann Fatigue eine Abschirmung des Patienten vor Leid bewirken, und eine Behandlung von Fatigue kann deshalb in diesem Stadium unerwünscht sein. Das Erkennen des Zeitpunkts, an dem eine Behandlung von Fatigue nicht länger indiziert ist, ist deshalb wichtig.

**Kausal**

Bei der Behandlung von potenziellen Ursachen von Fatigue sollten Krankheitsstadium und Lebenserwartung berücksichtigt werden. Der potenzielle Nutzen sollte in einem günstigen Verhältnis mit möglichen

Belastungen und Komplikationen der kausalen Therapie stehen.

**Symptomatisch**

1. Die meisten Patienten mit Fatigue benötigen eine symptomatische Behandlung mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen.
2. Die Studienlage zur Therapie mit Stimulanzien ist widersprüchlich. Die Behandlung sollte als Therapieversuch erfolgen, mit regelmäßiger Evaluation des Therapieerfolgs. Der Therapieversuch sollte beendet werden, wenn der Patient durch Nebenwirkungen (Unruhe) zu stark belastet wird oder

**Abkürzungen**

NRS	Numerische Ratingskala
VRS	Verbale Ratingskala

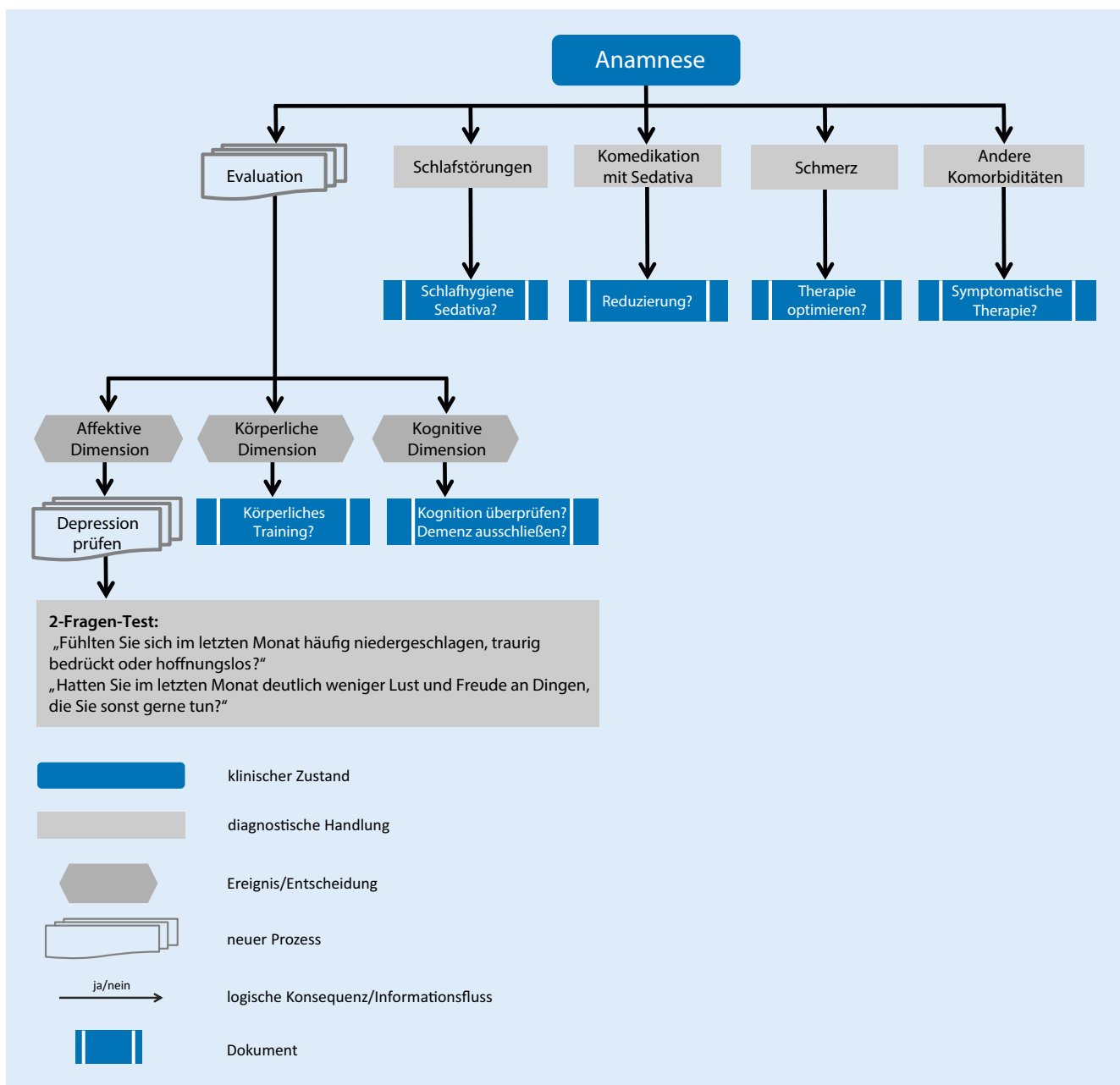


Abb. 2 ▲ Diagnostik – Anamnese

- keine ausreichende Wirkung erzielt werden kann.
3. Die Therapie mit Kortikosteroiden sollte mit einem initialen Therapiestoß erfolgen, danach sollte die Dosis schrittweise auf eine Erhaltungsdosis reduziert werden.
  4. Nach mehreren Wochen Therapiedauer kann die Fatiguesymptomatik durch eine proximale Myopathie als Nebenwirkung der Steroide verstärkt werden. Die Kortikosteroidtherapie sollte deshalb zeitlich begrenzt geplant werden.
  5. Die medikamentöse Therapie sollte bei allen Patienten durch nichtmedikamentöse Maßnahmen begleitet werden.
  6. Einbindung der Physiotherapie für leichtes körperliches Training (oder zumindest Mobilisation) ist notwendig.
  7. Energieplanung (z. B. Tagebuch) und energiekonservierende Maßnahmen (Tagesplanung, Delegation von Aufgaben) sind sinnvoll.
  8. Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierte Verfahren (z. B. Yoga) können hilfreich sein.
  9. Ausführliche Empfehlungen werden gerade für die S3-Leitlinie Palliativversorgung für Patienten mit Tumorerkrankungen (Teil 2) und für die überarbeitete Version der S3 Leitlinie Supportive Therapie erarbeitet.
- Tagebuch-Beispiel**
- ▣ Abb. 6

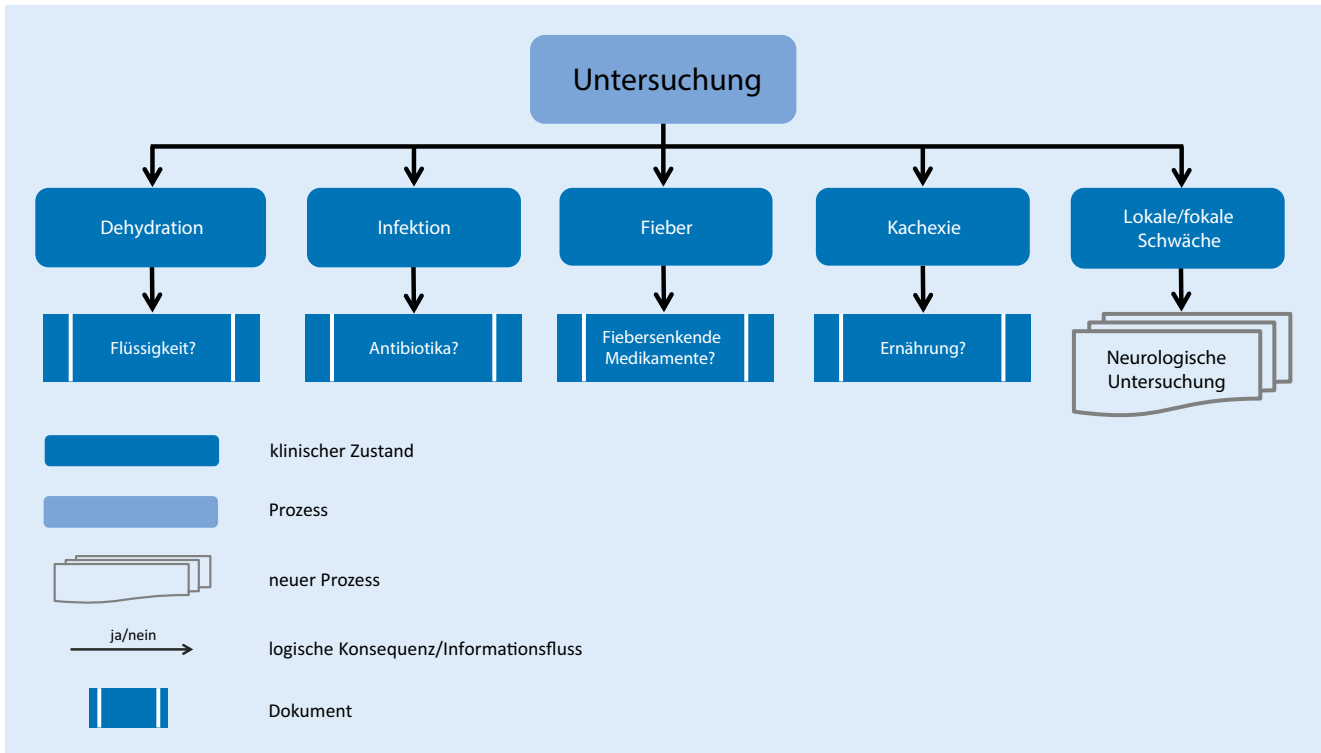
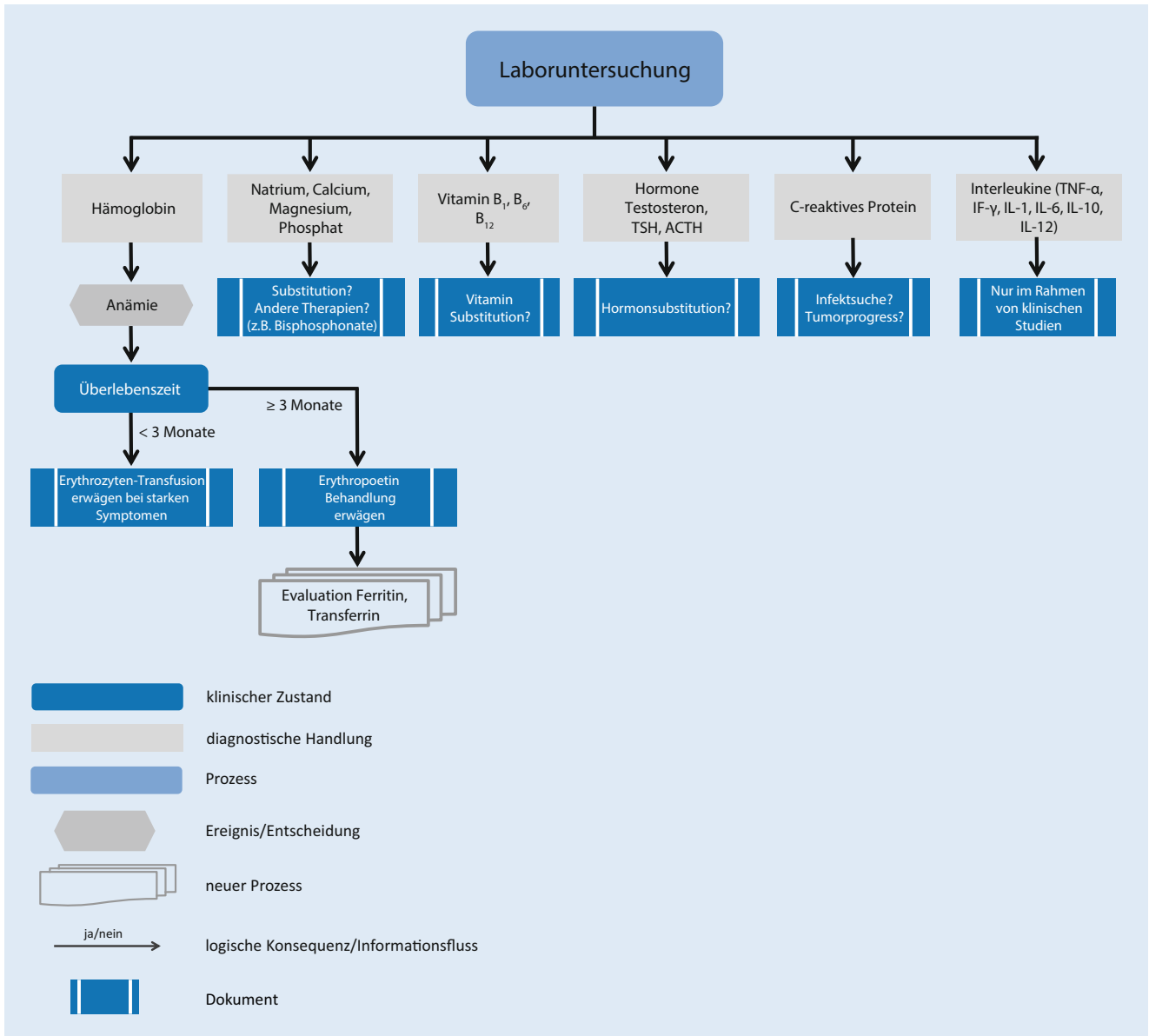


Abb. 3 ▲ Diagnostik – Untersuchung



**Abb. 4** ▲ Diagnostik – Laboruntersuchung

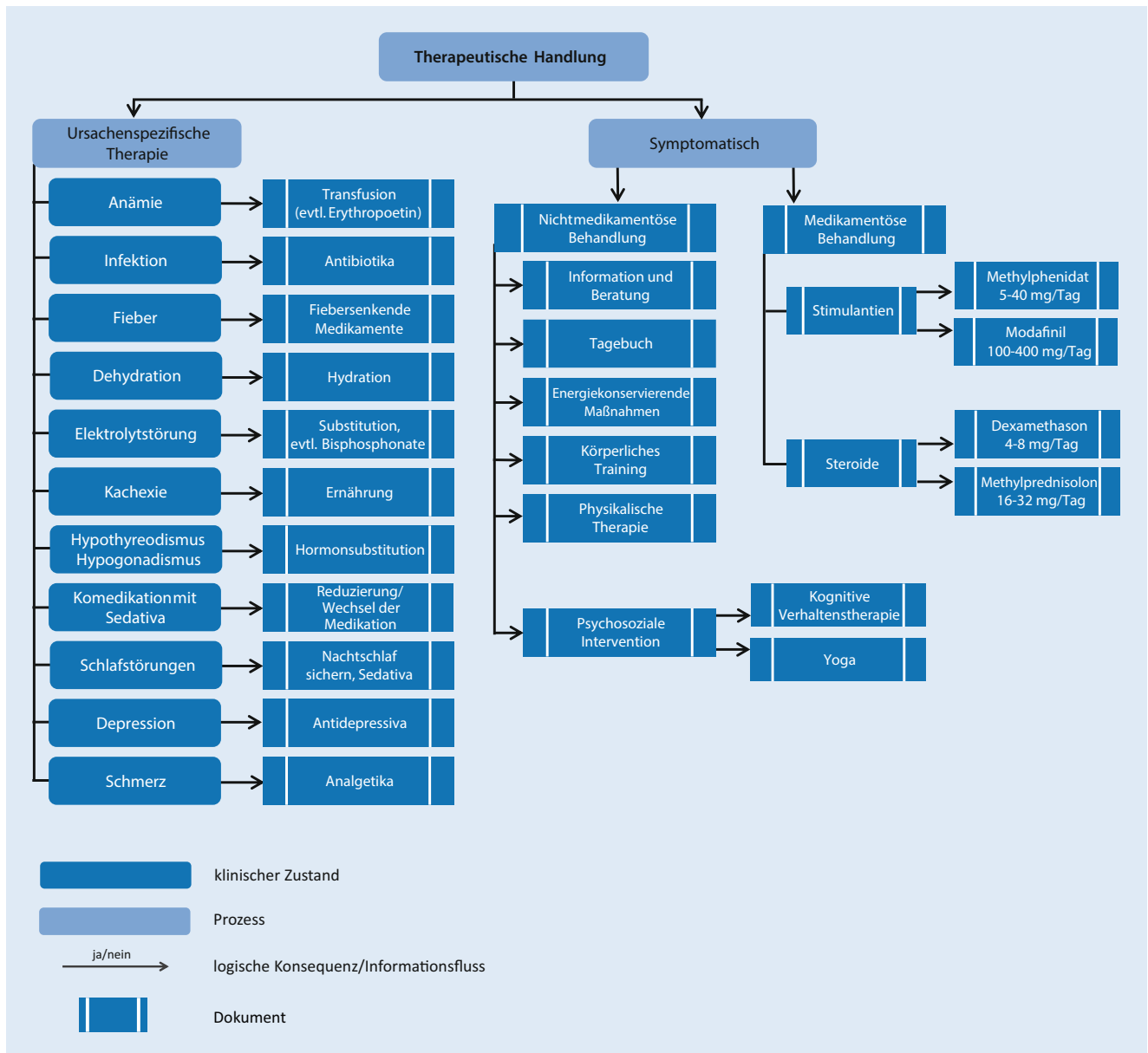


Abb. 5 ▲ Therapie – kausal, symptomatisch

Uhrzeit	Aktivität	Wie müde	Wie schwach	Kommentar
		0=kein, 1=leicht, 2=mittel, 3=schwer		

Database of Systematic Reviews. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006145.pub3>.  
 Zugegriffen: 15. Oct 2016  
 10. Horneber M, Fischer I, Dimeo F, Rüffer JU, Weis J (2012) Cancer-Related Fatigue. Dtsch Arztebl Int 109(9):161–172

Abb. 6 ▲ Tagebuch-Beispiel

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. L. Radbruch**  
 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum  
 Bonn  
 Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn,  
 Deutschland  
 Lukas.Radbruch@ukbonn.de

### Literatur

- Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart W, Carpenter K, Cella D et al (2016) NCCN guidelines version 1.2016 panel members cancer-related fatigue. NCCN, National Comprehensive Cancer Network, Fort Washington
- Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S et al (2008) Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. Palliat Med 22(1):13–32
- Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, Radbruch L (2016) Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. J Cachexia Sarcopenia Muscle 7(1):23–27. doi:10.1002/jcsm.12101
- Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P et al (2015) Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. Cochrane Database Syst Rev. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006788.pub3>
- Weis J, Horneber M (2015) Cancer-related fatigue. Springer Healthcare, Tarporlay
- Escalante CP, Meyers C, Reuben JM, Wang X, Qiao W, Manzullo E et al (2014) A randomized, double-blind, 2-period, placebo-controlled crossover trial of a sustained-release methylphenidate in the treatment of fatigue in cancer patients. Cancer J Sudbury Mass 20(1):8–14
- Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, Delgado-Guay MO, Bull J, Phan AT et al (2013) Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 31(25):3076–3082
- Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P et al (2014) Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 32(29):3221–3228
- Cramp F, Byron-Daniel J (2012) Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane

**Datenschutz- und Nutzungsbedingungen.** Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der SOP entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der SOP-Autoren mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Die SOP ist in allen ihren Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

**Interessenkonflikt.** H. Cuhls, Mochamat, M. Mücke, B. Jaspers, E. Jentschke, J. Hense, C. Wolf, C. Ostgathe und L. Radbruch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.