

## **Fatigue**

Version 2.0

**Erstellt: Dr. Henning Cuhls, Mochamat, Dr. Martin Mücke, Dr. Birgit Jaspers, Prof. Dr. Lukas Radbruch**

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

**Geprüft: Dr. phil. Elisabeth Jentschke**

Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg

**Dr. med. Jörg Hense**

Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen

**Dr. rer. nat. Carolin Wolf**

Apotheke des Universitätsklinikum Erlangen

**Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe**

Palliativmedizinische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen

**Erstellt: 08.03.2017    Aktualisiert: 18.12.2019    Gültigkeit bis: 17.12.2022**

### **Kontakt**

H. Cuhls, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Tel.: 0228 287 13495

E-Mail: [henning.cuhls@ukb.uni-bonn.de](mailto:henning.cuhls@ukb.uni-bonn.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Legende zur SOP**
- 2. Inhalte der SOP**
  - 2.1. Risikobewertung der Fatigue**
  - 2.2. Diagnostik**
    - 2.2.1. Anamnese**
    - 2.2.2. Untersuchung**
    - 2.2.3. Laboruntersuchung**
  - 2.3. Therapie**
    - 2.3.1. Ursächlich**
    - 2.3.2. Symptomatisch**
- 3. Angabe der Hauptquelle**
- 4. Datenschutz- und Nutzungsbedingungen**
- 5. Quellenangabe/Literaturangaben**
- 6. Abkürzungsverzeichnis**

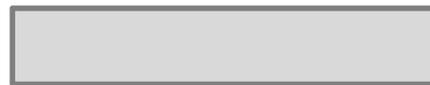
### 1. Legende zur SOP



= klinischer Zustand



= therapeutische Handlung



= diagnostische Handlung



= Prozess



= Ereignis/Entscheidung



= neuer Prozess



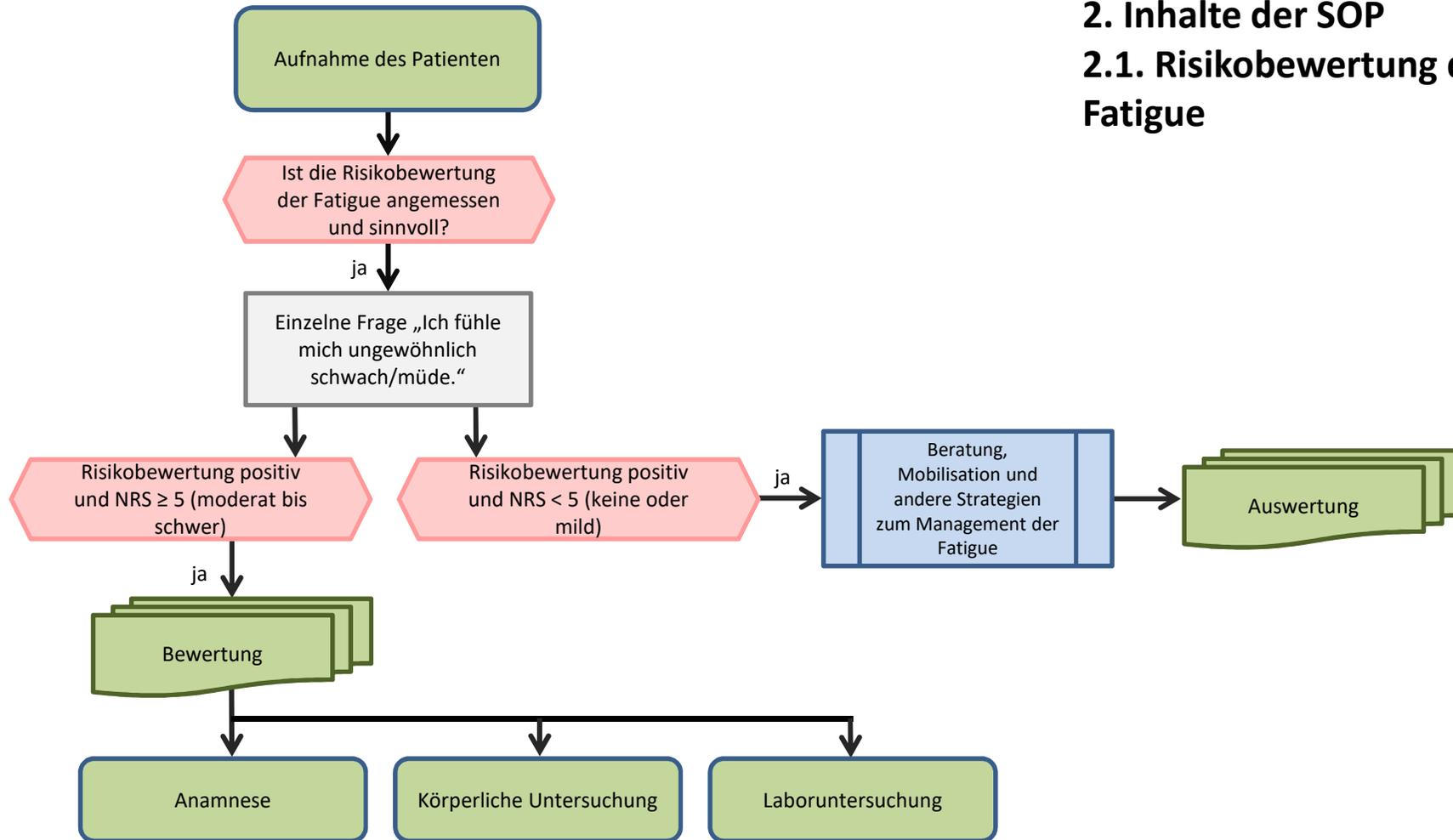
= logische Konsequenz/Informationsfluss

## 2. Abkürzungen

- NRS Numerische Ratingskala
- VRS Verbale Ratingskala

## 2. Inhalte der SOP

### 2.1. Risikobewertung der Fatigue



## 2.1. Risikobewertung

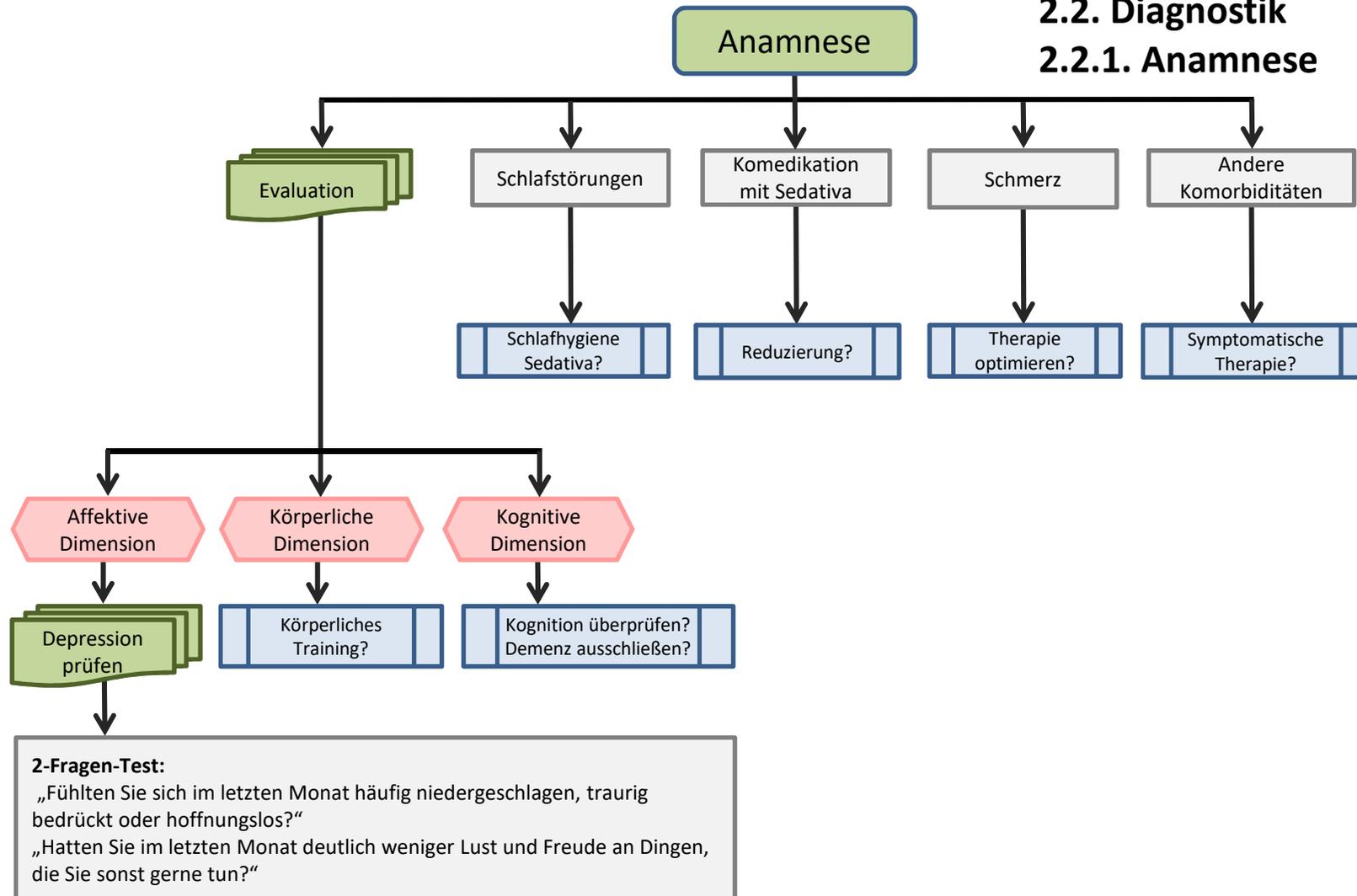
1. Es kann sinnvoll sein auf eine Risikobewertung zu verzichten, wenn der Behandlungsschwerpunkt für den Patienten in einer kurativen Intention liegt, wenn der Patient bei fortgeschrittener Erkrankung unruhig oder agitiert ist oder wenn der Patient bereits in der Finalphase ist.
2. Als Screening ist 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 eventuell weitere psychosoziale Behandlungsansätze (Psychoedukative Intervention, kognitive Verhaltenstherapie)

## 2.2. Diagnostik

1. Es stehen eine Reihe von validierten Fragebögen zur Erfassung von Fatigue zur Verfügung: Fatigue Assessment Questionnaire, Brief Pain Inventory, 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, so dass einfache Fragen nach der Intensität von Müdigkeit und Schwäche (“wie müde sind Sie”, “wie schwach sind Sie”) in der Routinedokumentation ausreichen müssen.
2. Weitere Angaben zu Depression siehe SOP Depression
3. Weitere Angaben zu Kachexie siehe SOP Kachexie

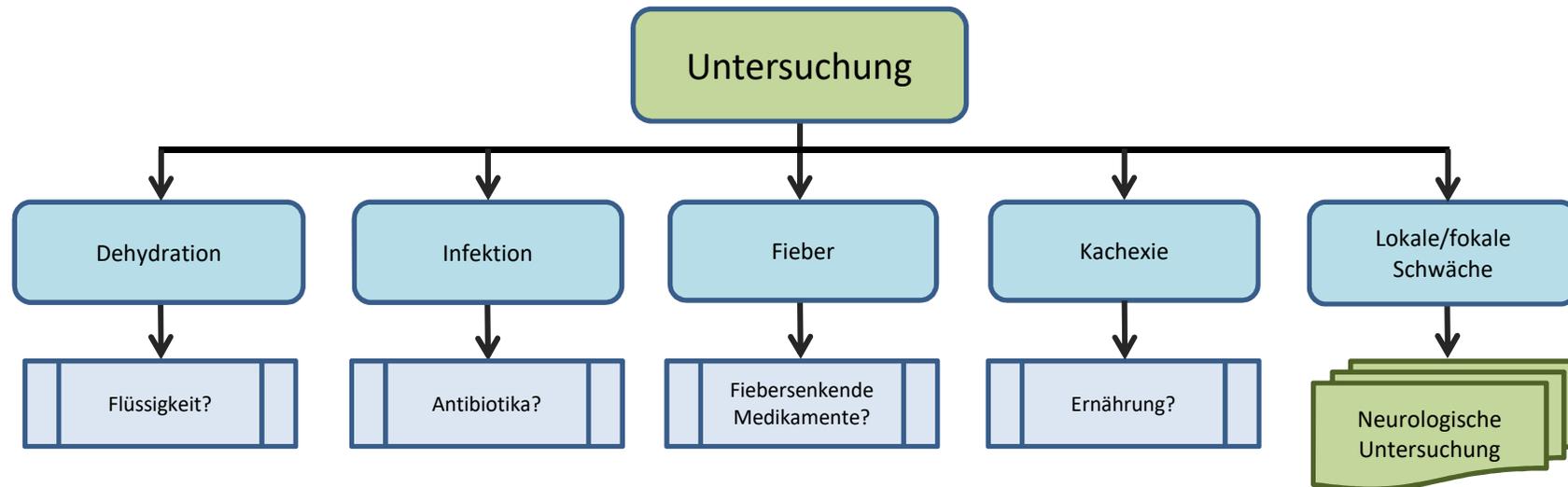
## 2.2. Diagnostik

### 2.2.1. Anamnese



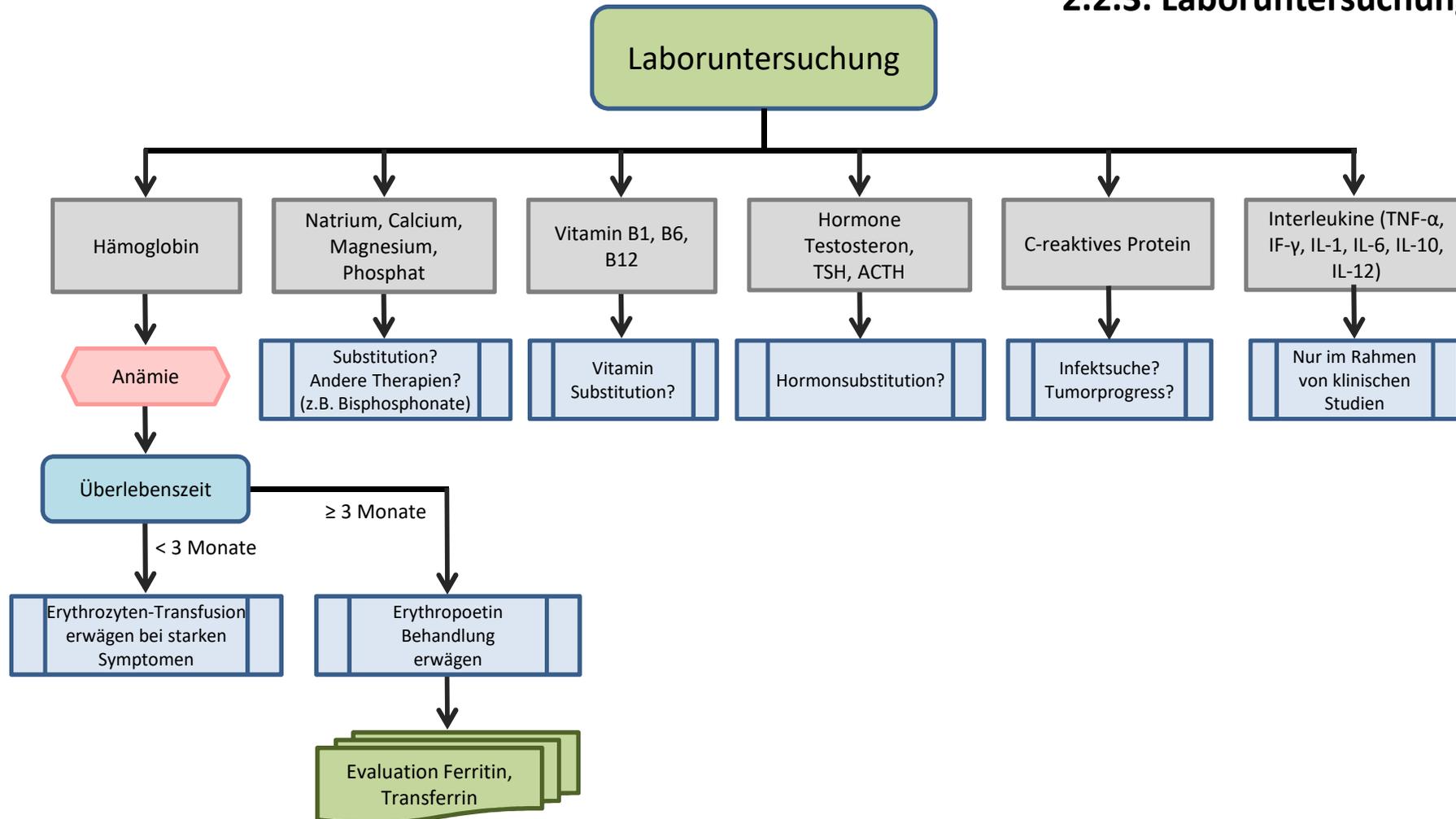
## 2.2. Diagnostik

### 2.2.2. Untersuchung



## 2.2. Diagnostik

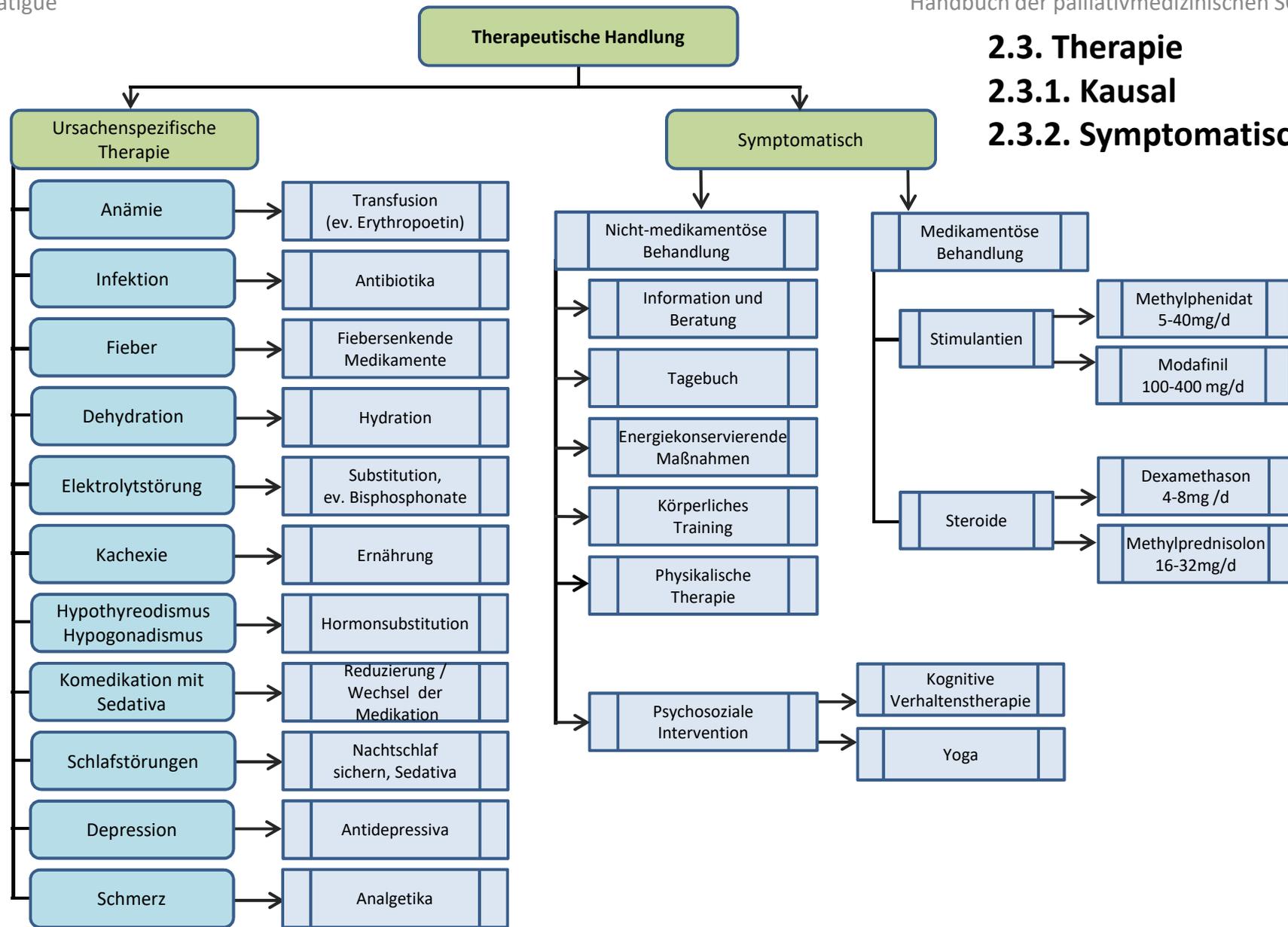
### 2.2.3. Laboruntersuchung



## 2.3. Therapie

### 2.3.1. Kausal

### 2.3.2. Symptomatisch



Version: 2.0  
 Datum: 18.12.2019  
 Gültigkeit bis: 17.12.2022

Erstellt von: Dr. H. Cuhls, Prof. Dr. L. Radbruch  
 Geprüft von: Prof. Dr. C. Ostgathe, Dr. C. Wolf, Dr. E. Jentschke  
 Freigegeben von: Prof. Dr. L. Radbruch

## 2.3. Therapie

1. 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.

### 2.3.1. Kausal

1. Bei der Behandlung von potentiellen Ursachen von Fatigue sollte Krankheitsstadium und Lebenserwartung berücksichtigt werden. Der potentielle Nutzen sollte in einem günstigen Verhältnis mit möglichen Belastungen und Komplikationen der kausalen Therapie stehen.

### 2.3.2. Symptomatisch

1. Die meisten Patienten mit Fatigue benötigen eine symptomatische Behandlung mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Interventionen.
2. Die Studienlage zur Therapie mit Stimulantien ist widersprüchlich. Die Behandlung sollte als Therapieversuch erfolgen, mit regelmäßiger Evaluation des Therapieerfolges. Der Therapieversuch sollte beendet werden, wenn der Patient durch Nebenwirkungen (Unruhe) zu stark belastet wird oder keine ausreichende Wirkung erzielt werden kann.
3. Die Therapie mit Corticosteroiden 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 Corticosteroidtherapie 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.

### 2.3.2 Tagebuch Beispiel

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

Version: 2.0  
 Datum: 18.12.2019  
 Gültigkeit bis: 17.12.2022

Erstellt von: Dr. H. Cuhls, Prof. Dr. L. Radbruch  
 Geprüft von: Prof. Dr. C. Ostgathe, Dr. C. Wolf, Dr. E. Jentschke  
 Freigegeben von: Prof. Dr. L. Radbruch

### 3. Hauptquelle

1. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart W, Carpenter K, Cella D, et al. NCCN Guidelines Version 1.2016 Panel Members Cancer-Related Fatigue. NCCN. 2016
2. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. Palliat Med. 2008 Jan;22(1):13–32.

### 4. 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 Werkes 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.

## 5. Quellenangabe/Literaturangaben

1. Mochamat, Cuhls H, Mücke M, Radbruch L: Non-pharmacological treatments for fatigue in advanced disease associated with palliative care: a systematic review (2017) in preparation
2. Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;5:CD006788.
3. Weis J, Horneber M: Cancer-related fatigue. Springer Healthcare, Tarpalay (2015)
4. Escalante CP, Meyers C, Reuben JM, Wang X, Qiao W, Manzullo E, et al. 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.* 2014 Feb;20(1):8–14.
5. Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, Delgado-Guay MO, Bull J, Phan AT, et al. 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.* 2013 Sep 1;31(25):3076–82.
6. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, et al. 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.* 2014 Oct 10;32(29):3221–8.
7. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. In: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2016 Oct 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006145.pub3>
8. Horneber M, Fischer I, Dimeo F, Ruffer JU, Weis J. Cancer-Related Fatigue. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(9):161–172.

## 6. Abkürzungsverzeichnis

NRS	Numerische Ratingskala
VRS	Verbale Ratingskala