



H. Cuhls¹ · Mochamat¹ · M. Mücke¹ · B. Jaspers¹ · E. Jentschke² · J. Hense³ · C. Wolf⁴ · C. Ostgathe⁵ · L. Radbruch¹

¹ Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

² Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Mainfranken, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

³ Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Comprehensive Cancer Center Essen, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

⁴ Apotheke, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

⁵ Palliativmedizinische Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

SOP – Fatigue

Infobox

SOP aus der monatlich erscheinenden 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. Eine Risikobewertung kann nicht sinnvoll sein, 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 Risikobewer-

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. Erstellt: 08.03.2017. Gültig bis: 08.03.2019.

- tung 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

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 berücksichtig-

Abkürzungen

NRS	Numerische Ratingskala
VRS	Verbale Ratingskala

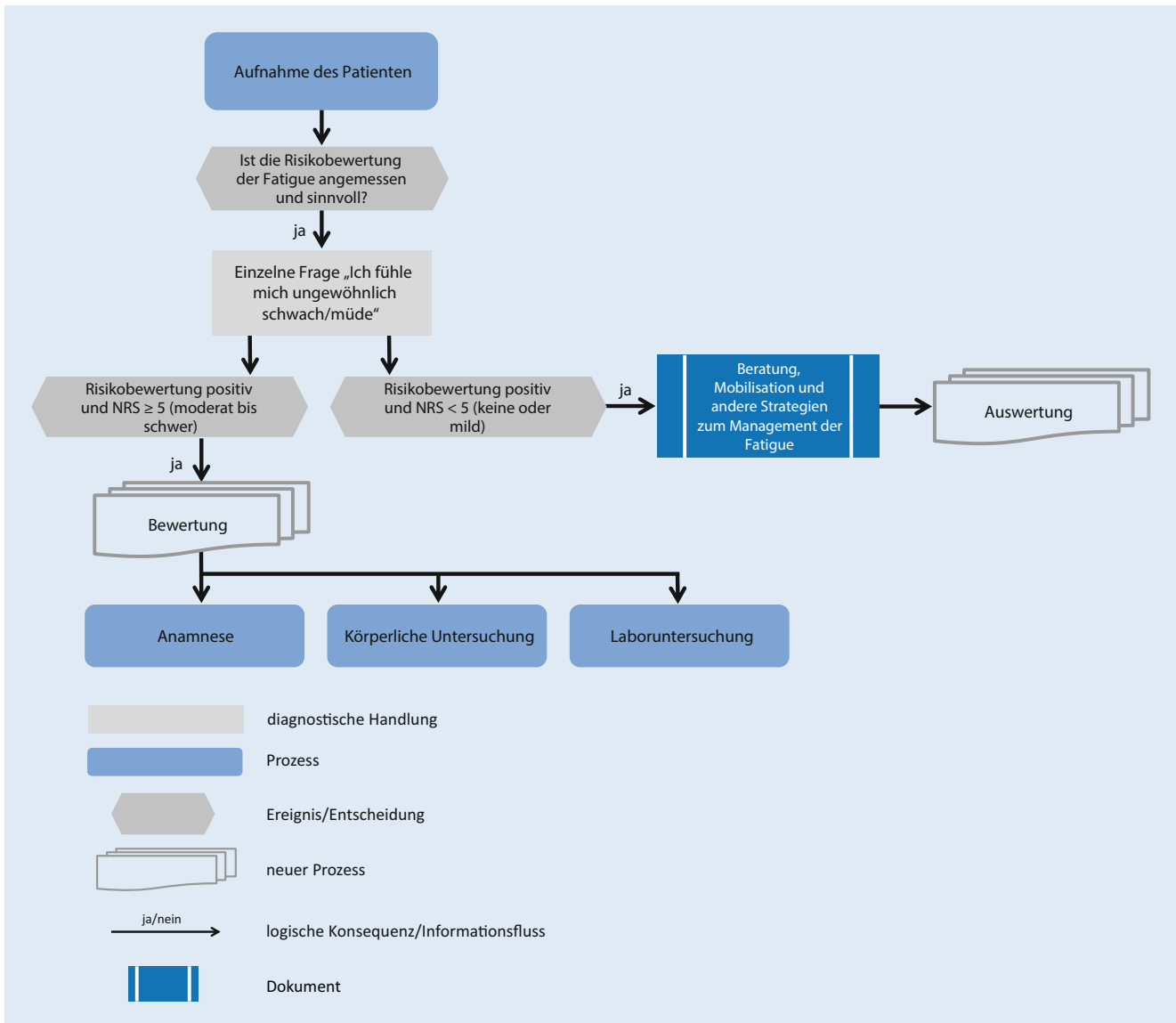


Abb. 1 ▲ Risikobewertung der Fatigue

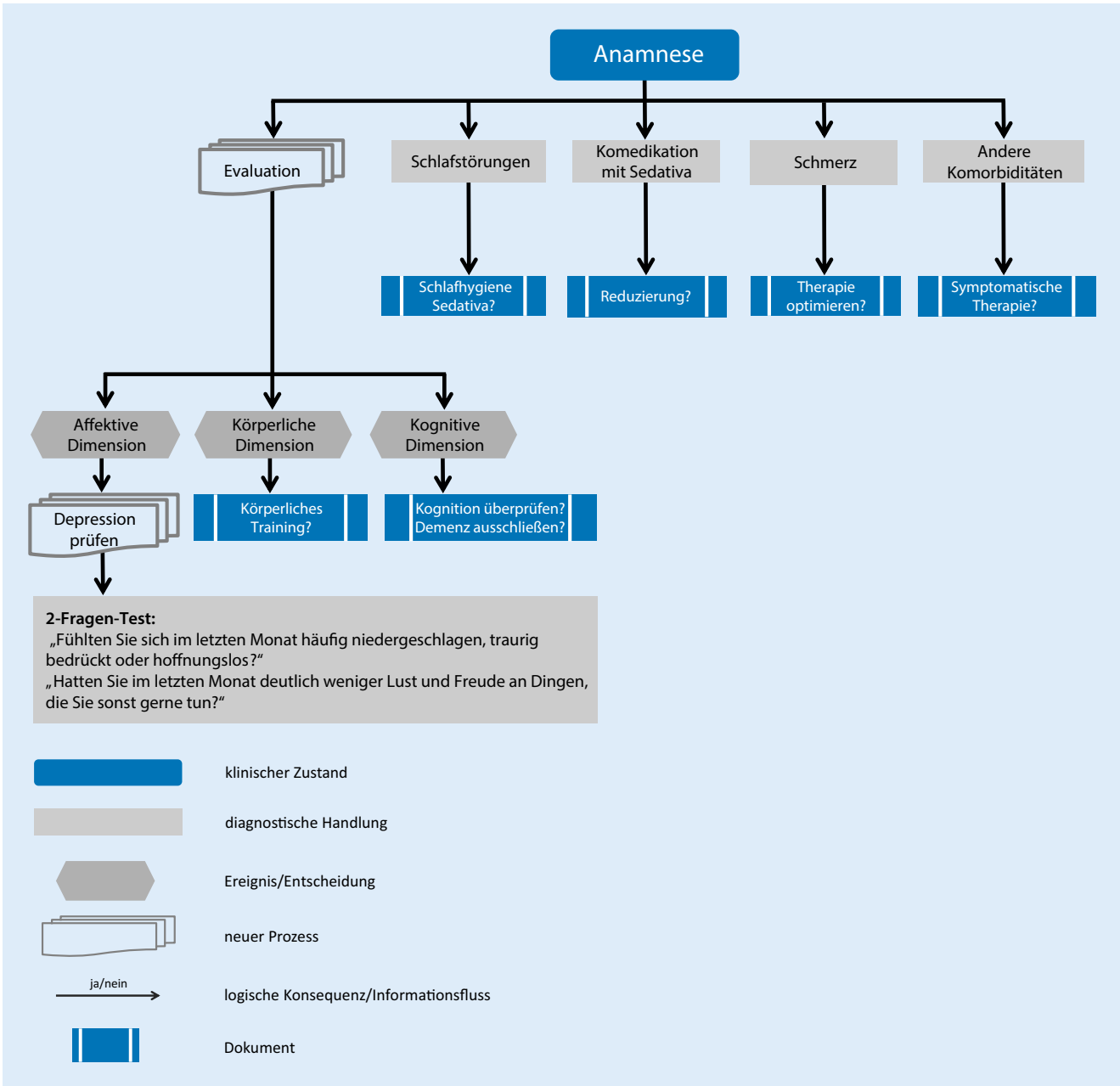


Abb. 2 ▲ Diagnostik – Anamnese

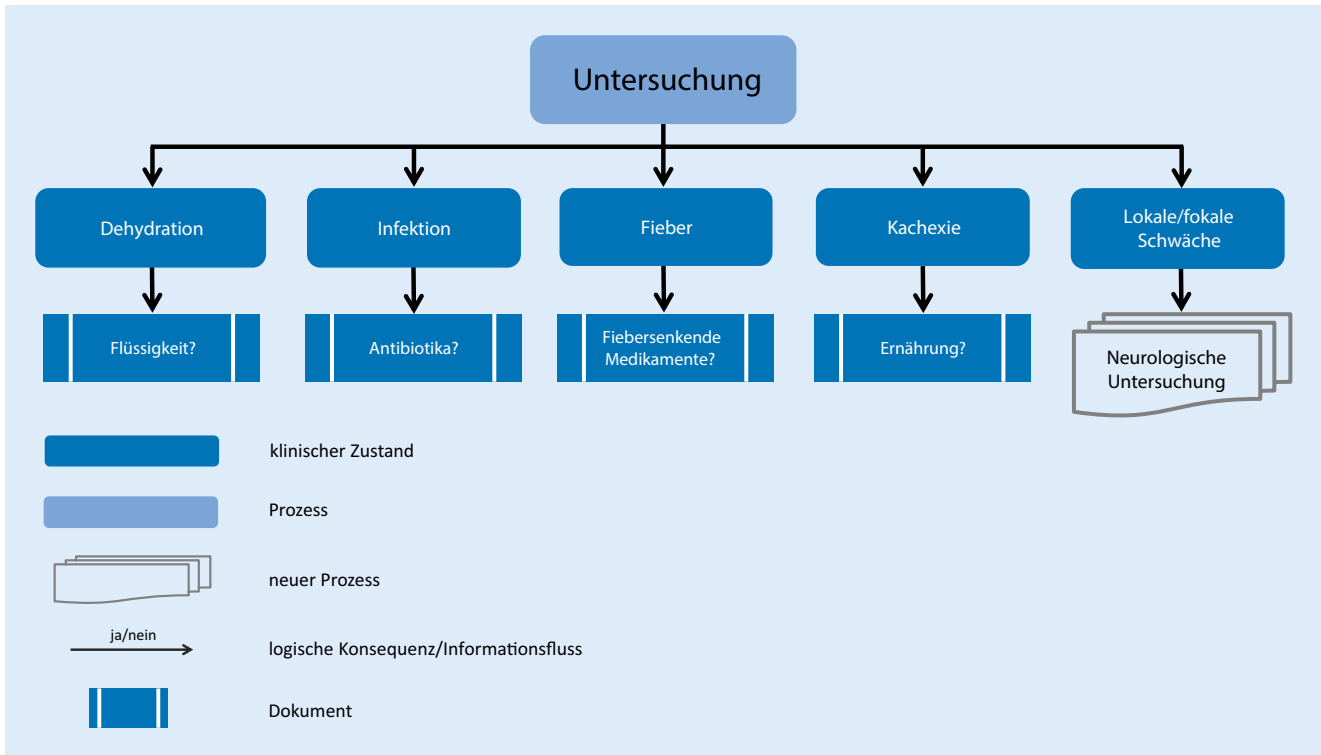


Abb. 3 ▲ Diagnostik – Untersuchung

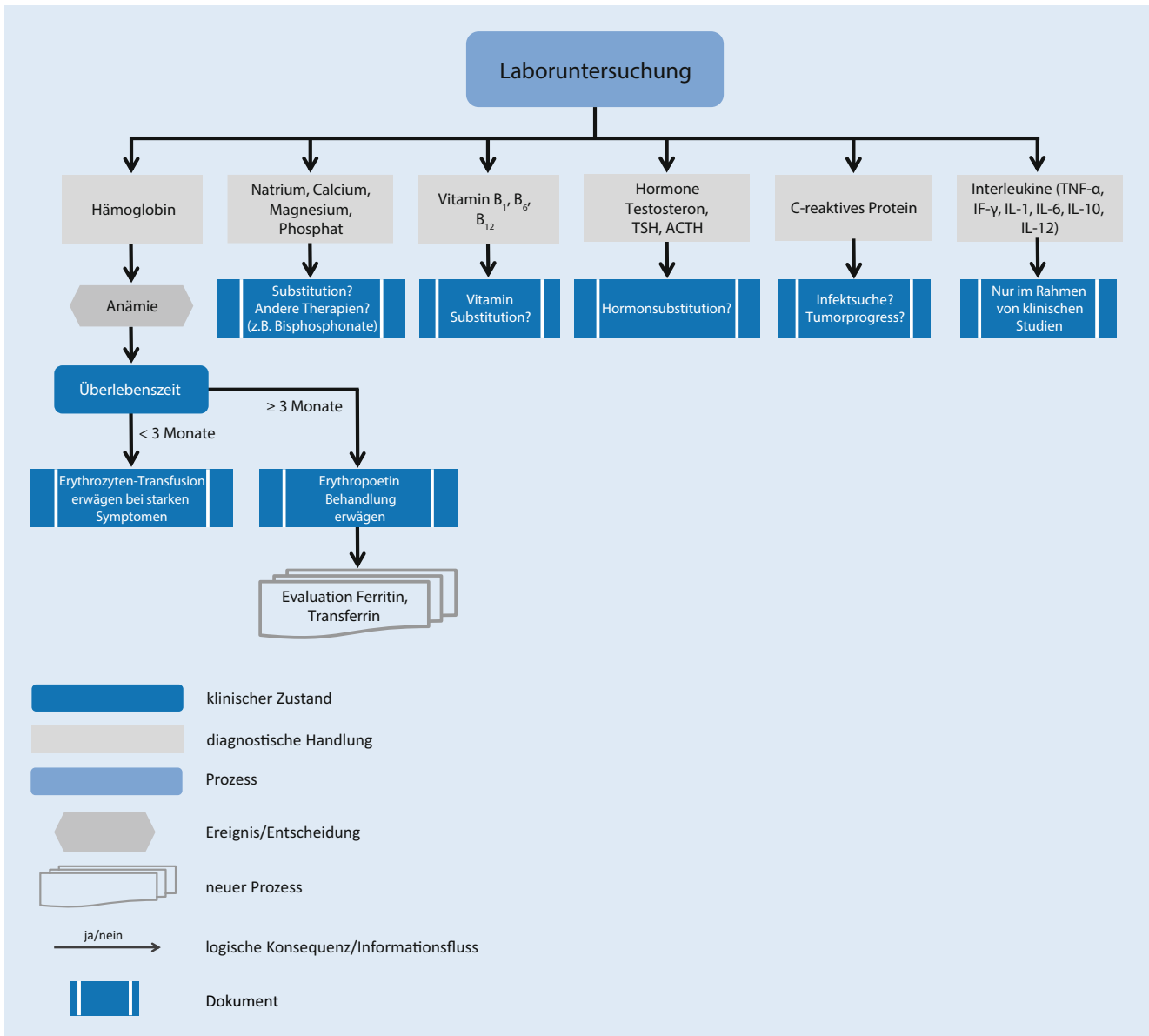


Abb. 4 ▲ Diagnostik – Laboruntersuchung

sichtigt 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 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 Kortikosteroidthera-

pie 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.

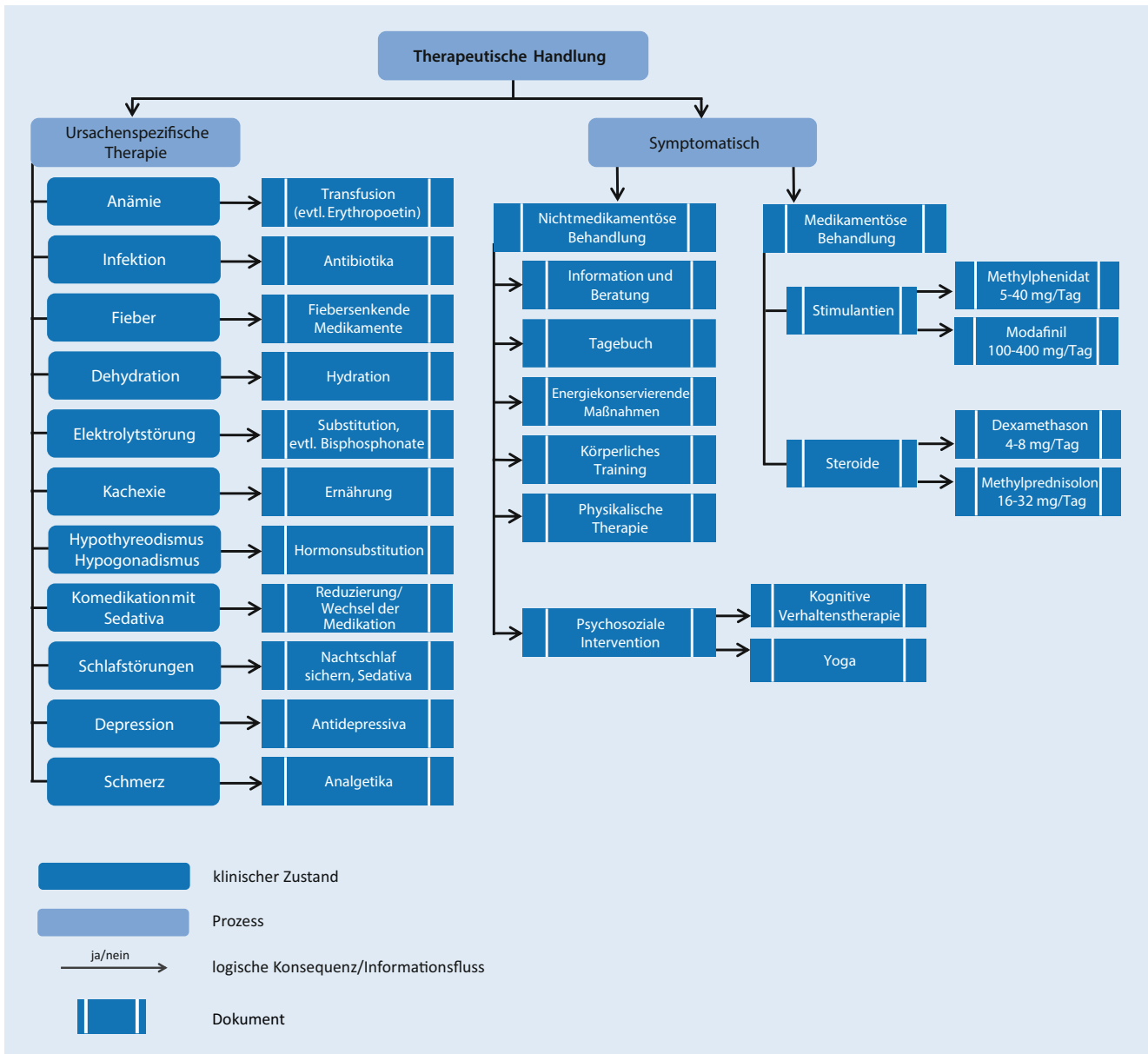


Abb. 5 ▲ Therapie – kausal, symptomatisch

- Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierte Verfahren (z. B. Yoga) können hilfreich sein.
- 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)

Korrespondenzadresse

Dr. H. Cuhls

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin,
 Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn,
 Universitätsklinikum Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn,
 Deutschland
 henning.cuhls@ukbonn.de

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 ins-

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

Abb. 6 ▲ Tagebuch-Beispiel

besondere 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.

Literatur

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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*. doi:10.1002/14651858.CD006788.pub3
5. Weis J, Horneber M (2015) Cancer-related fatigue. Springer Healthcare, Tarporlay
6. 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
7. 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
8. 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
9. Cramp F, Byron-Daniel J (2012) Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006145.pub3>. Zugriffen: 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