

[Mehr als «nur» müde](#)

# Fatigue in der Palliative Care

**Dr. med. Manuel Jungi**

Medizinische Klinik, Palliative Care, Kantonsspital Olten

Fatigue als stilles und invalidisierendes Symptom ist in palliativen Situationen häufiger als gemeinhin wahrgenommen und demzufolge unterbehandelt. Patienten und Angehörige sollten konsequenter über Fatigue aufgeklärt werden. Betroffene müssen besser erfasst und dementsprechend behandelt werden.

## Einleitung

Bei gesunden Menschen ist Müdigkeit ein Schutzmechanismus bei physischem oder mentalem Stress. Viele Patientinnen und Patienten mit einer chronischen oder fortgeschrittenen Krankheitssituation hingegen sind von einer unsäglichen Müdigkeit betroffen, die sie in ihren alltäglichen Aktivitäten derart einschränkt, dass ihre Lebensqualität darunter leidet. Ebenso leidet auch das Umfeld darunter. Diese unsägliche Müdigkeit kann nicht alleine durch (mehr) Ruhe oder Schlaf gemindert werden. Betroffene Personen wissen oft zu wenig über das Phänomen Fatigue. Deshalb und auch wegen Schamgefühlen («man kann ja sowieso nichts machen») erwähnen sie die Beschwerden gegenüber dem betreuenden Fachpersonal zu selten. Entsprechend wird Fatigue durch die betreuenden Ärztinnen und Ärzte noch zu wenig erkannt und nicht bewusst angegangen.

## Was ist Fatigue?

Im Rahmen des Bigorio-Prozesses 2013 hat eine interprofessionelle Expertengruppe von palliative ch Fatigue folgendermassen definiert: «Fatigue ist ein subjektives, beschwerliches und anhaltendes Symptom in Verbindung mit einer schweren, fortschreitenden Krankheit, das sowohl physische Wahrnehmungen (fehlende Kraft und Energie; verstärktes Bedürfnis nach Ruhe) wie auch emotionale, kognitive und spirituelle Wahrnehmungen beinhaltet. Fatigue reicht von Müdigkeit bis hin zur Erschöpfung und beeinträchtigt den betroffenen Menschen in seinem Alltag. Fatigue hat Auswirkungen auf die Lebensqualität. Sie wird durch Ruhe und Schlaf nicht gelindert» [1].

Fatigue ist eines der häufigsten Symptome bei Palliative-Care-Patienten und schränkt deren Lebensqualität bedeutend ein. Fatigue wird nicht nur von einer Mehr-



heit von Krebspatienten in fortgeschrittenem Stadium beschrieben, sondern auch von Überlebenden einer Krebserkrankung («cancer survivors»), Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz, chronischer COPD, neurologischen Systemerkrankungen oder von HIV/AIDS-Patienten [2].

## Fatigue erkennen

Es gibt keine objektive Methode, mit der Fatigue gemessen werden kann. Das Erfassen einer Fatigue basiert auf einer Selbsteinschätzung des Patienten von subjektiv Erlebtem. Dabei sollen sowohl physische wie auch kognitive und emotionale Aspekte ermittelt werden. Validierte Selbstbeurteilungsfragebögen helfen, die Intensität der Müdigkeit einzuschätzen.



Manuel Jungi

Ein einfach und häufig verwendetes System zur Erfassung einer Fatigue ist die Visuelle Analogskala (VAS). Gibt die betroffene Person einen Wert  $>4$  an, empfiehlt es sich, zusätzlich einen mehrdimensionalen Assessmentbogen einzusetzen. Das Erfassen von Fatigue in Korrelation mit anderen Symptomen ist mit dem häufig verwendeten «Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS) möglich. Darüber hinaus gibt es mittlerweile rund ein Dutzend weitere uni- und multi-dimensionale Selbstbeurteilungsbögen wie zum Beispiel das «Brief Fatigue Inventory» (BFI), die «Chalder Fatigue Scale» (CFS) oder das «Single Item Fatigue» (SIF). Viele dieser Fragebögen wurden mit Krebspatienten entwickelt und sind so nur für die «cancer-related fatigue» (CRF) validiert, was die Anwendung bei anderen chronischen oder fortgeschrittenen Krankheiten einschränkt. Zudem sind die meisten nur in englischer Sprache verfügbar ohne wissenschaftliche Validierung einer deutschen Übersetzung [1, 3].

Es gibt keinen allgemeingültigen Abklärungsalgorithmus. Vielmehr sollte ein individueller, der Krankheits-situation, der Prognose sowie dem Lebensentwurf des Patienten angepasster Status erhoben werden. Mögliche Ursachen einer Fatigue (Entzündung, Infekte, metabolische oder endokrine Störungen, Mangelernährung, Schlafprobleme) sollen der Situation angepasst gesucht werden. Andere chronische Erkrankungen (Herz-/Ateminsuffizienz, Niereninsuffizienz, neurologische Defizite) sollen erfasst werden und in die Gesamtbeurteilung einfließen. Ebenso die aktuelle Medikation und deren mögliche Nebenwirkungen.

Eine exakte Abgrenzung der Fatigue zur Depression ist oft schwierig, insbesondere weil die Fatigue bei vorangegangener depressiver Erkrankung häufiger und in schwererem Ausmass auftritt. Dies gilt auch umgekehrt. Zur Differenzierung der beiden Krankheitsbilder kann folgende Frage helfen: «Was würden Sie tun, wenn Sie nicht so erschöpft wären?» Patientinnen und Patienten mit Fatigue haben dazu Ideen, solche mit einer Depression können keine Pläne äussern.

#### Fatigue – Auslösende Faktoren/Ursachen

- Kachexie
- Metabolische Probleme: Hyperkalzämie, Hyperglykämie, Hypothyreose, Hyponatriämie, Hypomagnesiämie, Hypogonadismus
- Anämie
- Organdysfunktionen/-insuffizienz: Herz-, Nieren-, Leberinsuffizienz
- Dekonditionierung, Bewegungsmangel, Immobilisation
- Infekte
- Therapienebenwirkungen: allgemeine Medikamentennebenwirkungen, Nebenwirkungen von Chemotherapie, Radiotherapie
- Psychische/emotionale Faktoren: Angst, Sorgen, Trauer, Depression

## Behandlungsansätze

Fatigue als Symptom ist häufig Teil eines Symptomenkomplexes und betrifft mehrere Dimensionen (physische, emotionale, kognitive, spirituelle). Ein solch multidimensionales Problem erfordert dementsprechend einen multidimensionalen Therapieansatz.

### Bewusst machen

Ergibt sich für den betreuenden Arzt aus Anamnese, Status und apparativer Diagnostik die Diagnose «Fatigue», dann ist die erste Massnahme, die betroffene Person aufzuklären und sie über das Phänomen der Fatigue zu informieren. In gleichem Sinne müssen die Angehörigen über die Diagnose informiert werden. Ausgehend von möglichen Ursachen sowie den Bedürfnissen der Betroffenen sollen dann Behandlungsansätze aufgezeigt werden.

### Allgemeine Massnahmen

Erwartungen und Ziele sollen situations- und zustandsgerecht an das aktuelle Befinden angepasst werden. Ziele sollten so gesetzt werden, dass die Lücke zwischen momentanem Zustand und den Erwartungen oder Zielen, der sogenannte «Calman gap», möglichst vermindert werden kann [4]. Realistische Ziele sollen anvisiert werden. Der Weg dorthin soll in kleine Teilschritte aufgeteilt werden. Dabei hilft es, Prioritäten zu setzen und «unwichtige» Anstrengungen dagegen möglichst zu vermeiden. Eine definierte Tagesstruktur mit einem Ausgleich von aktiven und Ruhephasen hilft, die genannten Ziele zu erreichen. Dazu zählt auch das Einhalten eines Schlafrhythmus respektive einer Schlafhygiene. Die Betroffenen sollen sich ihrer Ressourcen bewusst werden und Hilfe bekommen, diese Ressourcen nutzen zu können. Komplementäre Methoden wie Akupunktur, Yoga, Atemtherapie, Kunsttherapie können ergänzend eingesetzt werden.

Emotionen sollen zugelassen und ebenso die Betroffenen in der Sinnfindung unterstützt werden. Die allgemeine Selbstachtung soll gefördert werden. Dies hilft den Betroffenen, die Bedeutung der Fatigue zu erkennen und die Fatigue zu akzeptieren.

Psychische und spirituelle Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen sollen ergründet und entsprechender psychologischer oder seelsorgerischer Support beigezogen werden. All diese Massnahmen sollen mit einem unterstützenden Netzwerk ergänzt werden. Die Sozialberatung nimmt bei der Netzwerkkoordination eine wichtige Rolle ein. Dabei geht es um die Koordination und die Netzwerkplanung, um finanzielle und Sozialversicherungsfragen sowie um die Beratung und Sicherheit bei arbeitsrechtlichen Fragen. Entlas-

tungs- und Hospiz- sowie Freiwilligendienste sind weitere nützliche Pfeiler in einem tragfähigen Netzwerk.

### Spezifische Massnahmen

Mit einer ursächlichen Therapie sollen auslösende Faktoren eliminiert oder zumindest gemildert werden. Beispiel für eine ursächliche Therapie ist die probatorische Gabe von Sauerstoff bei Hypoxämie. Dabei soll beobachtet werden, ob innert Stunden eine Verbesserung sowohl auf physischem wie aber auch psychischen oder kognitiven Niveau eintritt. Ist dies nicht der Fall, soll die Sauerstofftherapie nicht fortgesetzt werden.

Ein weiteres Beispiel für eine symptomatische Therapie ist die Erythrozytentransfusion bei einer symptomatischen Anämie. Es gibt keine fixen Richtwerte, ab welchem Hämoglobinwert eine Transfusion erfolgen soll. Erfahrungsgemäss liegt die Schwelle bei einem Wert unter 80 g/l. Bei einer gleichzeitigen Herzerkrankung muss allenfalls schon bei einem Wert unter 100 g/l eine Transfusion in Erwägung gezogen werden. Auch nach einer Transfusion soll nach zirka drei Tagen evaluiert werden (z.B. mit der Wiederholung eines primär eingesetzten Assessmentbogens), ob eine subjektive Verbesserung eingetreten ist.

Weitere Beispiele für ursächliche Massnahmen sind fiebersenkende Massnahmen (physikalisch oder medikamentös) bei Fieber, Hydratation bei Dehydratation, Korrekturen von Elektrolytstörungen oder eine antibiotische Therapie bei einem Infekt. Antibiotika sollen möglichst fokuserichtet und, sofern vorhanden, resistenzgerecht angepasst und gemäss infektiologischen Guidelines zeitlich limitiert werden. Antibiotikadauertherapien sind nicht indiziert.

Bei psychischen Ursachen können anxiolytische, antidepressive oder schlafregulierende Massnahmen eingesetzt werden. Nebst medikamentösen Ansätzen spielen auch psychosoziale Interventionen eine Rolle. Die Datenlage dazu ist noch nicht sehr breit. Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Arbeiten zu solchen Interventionen ist an Krebsbetroffenen untersucht worden, was eine Verallgemeinerung einschränkt. Bei rund einem Viertel der untersuchten Methoden konnte eine signifikante Verbesserung durch eine Intervention beschrieben werden [5].

### Symptomatische Massnahmen

#### Nicht pharmakologisch

##### *Aktivierung/Bewegung*

Etwas mehr untersucht wurde der Einfluss von Aktivität. Es besteht ein Konsens, dass ein strukturiertes

körperliches Training (Bewegungseinheiten) Fatigue verbessern kann. Um einen nachhaltigen Effekt zu erreichen, sollen drei bis fünf solcher Bewegungseinheiten pro Woche à 30–60 Minuten angestrebt werden. Dieses Ziel kann am ehesten erreicht werden, wenn die Einheiten in gewohnte Tagesstrukturen eingebunden werden können. Das kann die tägliche Mobilisation in einen Rollstuhl bedeuten oder bei noch mobileren Patientinnen und Patienten einen täglichen Spaziergang. Häufig sind zu Beginn aber solch lange Trainings nicht möglich. Kleinere Gehstrecken, wie zum Beispiel der Gang vom Bett zum Esstisch, können der Beginn für solche Bewegungseinheiten sein. Ein zusätzlicher motivierender Faktor kann das Training in einer Gruppe sein.

#### *Ernährung*

Im Zusammenhang mit Fatigue wird häufig die Ernährung respektive die zunehmende Mangelernährung als mögliche Ursache diskutiert. Ernährung hat in unserer Gesellschaft eine starke emotionale, aber auch soziale Komponente. Durch Angehörige wird die Wichtigkeit der Ernährung oft überbewertet. Bisherige Essgewohnheiten und -kulturen sowie auch Erwartungen sollen erfasst werden. Das Einbeziehen einer Ernährungsberaterin oder eines Ernährungsberaters ist sowohl für die betroffene Person, als auch für Angehörige und das Betreuungsteam hilfreich. Information und Schulung helfen, Druck von der betroffenen Person wegzunehmen. Soweit möglich sollen individuelle Wünsche unterstützt werden [1].

#### **Pharmakologisch**

Vor dem Einsatz zusätzlicher Medikamente soll die bisherige Medikation kritisch durchgesehen und auf mögliche «müde machende» Substanzen (z.B. Benzodiazepine, Opioide, Neuroleptika etc.) geprüft werden. Gegebenenfalls sollen diese «Müdmacher», soweit möglich, reduziert oder gestoppt werden.

Einige medikamentöse Ansätze einer unspezifischen Therapie der Fatigue wurden geprüft. Bei einer Mehrheit der geprüften Substanzen konnte keine wirkliche Evidenz aufgezeigt werden. Unter anderem wurden Mirtazapin, Paroxetin, Modafinil, Amantadin, Fischöl, L-Carnitin und Megestrol geprüft. Nur für drei Substanzen konnten positive Daten aufgezeigt werden und diese können somit empfohlen werden: Steroide, Methylphenidat und Ginseng [6–8]. Diese Studien sind aber auch wieder mit Krebspatienten gemacht worden und haben primär bei der CRF einen Stellenwert. Therapieempfehlungen zu Dexamethason und Methylphenidat finden sich in der Tabelle 1. Die Ginseng-Studie wurde mit Wisconsin-Ginseng (*Panax quinquefolius*)

Korrespondenz:  
Dr. med. Manuel Jungi  
Medizinische Klinik  
Palliative Care  
Kantonsspital Olten  
Baslerstrasse 150  
CH-4600 Olten  
manuel.jungi[at]spital.so.ch

**Tabelle 1:** Dosisempfehlungen.

Substanz	Charakteristika	Dosisempfehlung	Mögliche Nebenwirkungen
Dexamethason	Glukokortikoid	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 4–8 mg täglich («single dose»)</li> <li>– Nur kurzzeitig, max. 2 (–3) Wochen</li> <li>– Ist nach 5 Tagen noch kein Effekt spürbar, dann wieder stoppen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treten v.a. bei längerer Anwendung auf:</li> <li>– proximale Myopathie</li> <li>– Infektkomplikationen</li> <li>– Insulinresistenz</li> </ul>
Methylphenidat	<p>Amphetaminderivat</p> <p>Stimulierender Effekt durch Hemmung der Dopaminwiederaufnahme im Striatum</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Morgendliche Testdosis 5 mg; 80% der Patienten, die auf Methylphenidat ansprechen, tun dies bereits nach 1 Stunde (mit VAS vor und nach Gabe prüfen).</li> <li>– Falls gut toleriert, → gleiche Dosis am Mittag</li> <li>– Steigerung am 2. Tag um 5 mg, ab 3. Tag in 5–10 mg-Schritten</li> <li>– Maximaldosis: 40 (–60) mg/d</li> <li>– Reevaluation der Wirkung alle 1–2 Wochen → bei nachlassender Wirkung Methylphenidat absetzen (muss nicht ausgeschlichen werden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tachykardie, Arrhythmie</li> <li>– Angst, v.a. Verstärkung eines schon vorbestehenden Angstzustandes</li> <li>– Delir, Agitation</li> </ul>

durchgeführt. Der Wirkstoff ist in der Schweiz nicht erhältlich und nicht zugelassen. Entsprechend kann hierzu keine Dosierungsempfehlung gemacht werden. Grundsätzlich sollen Medikamente, die keinen Effekt zeigen, wieder abgesetzt werden.

#### Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Bildnachweis

© Katarzyna Bialasiewicz | Dreamstime.com

#### Literatur

- 1 Bigorio 2013 – «Fatigue». Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von palliative.ch.
- 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; 22:13–32.
- 3 Blum D, Strasser F, Fatigue – eine multidimensionale Herausforderung. *palliative.ch.* 2014;4:6–8.
- 4 Calman K.C, Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of medical ethics.* 1984;10:124–127.
- 5 Goedendorp M.M. Psychosocial Interventions for reducing fatigue during cancer treatments in adults (Review). *Cochrane database of systematic reviews.* 2009; Issue 1.
- 6 Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer J.L. et al. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31:3076–82.
- 7 Stone P.C. Methylphenidate in the management of cancer-related fatigue. *J Clin Oncol.* 2013;31:2372–3.
- 8 Peuckmann V, Esner F, Krumm N, Trottenberg P, Radbruch L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *The Cochrane Library.* 2010; Issue 12.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Fatigue ist ein stilles und invalidisierendes Symptom. Entsprechend ist es in palliativen Situationen häufig. Es wird immer noch zu wenig wahrgenommen und ist demzufolge unterbehandelt.
- Fatigue-Betroffene müssen besser erfasst, ernst genommen, begleitet und geschult werden. Patienten und Angehörige brauchen konsequentere Aufklärung und Information über Fatigue.
- Effizientester Ansatz in der Behandlung ist die Korrektur oder die Beseitigung von ursächlichen Faktoren.
- Leichte, aber gezielte Aktivierung durch regelmässige Bewegung kann der Fatigue entgegenwirken.
- Struktur im Alltag kann helfen, die Fatigue zu mindern.
- Medikamentöse Ansatzmöglichkeiten: Dexamethason oder Methylphenidat.