

Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Müdigkeit

Neue Entwicklungen und Empfehlungen

Update of the DEGAM-Guideline Fatigue

New Developments and Recommendations

Erika Baum¹, Peter Maisel², Christa Dörr³, Norbert Donner-Banzhoff¹

Hintergrund: Gemäß den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) erforderte die DEGAM-Leitlinie „Müdigkeit“ ein Routine-Update.

Methoden: Systematisches Literatur-Update, ergänzende Handsuche, Konsensuskonferenz mit thematisch beteiligten Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen sowie Ergänzungen durch und Abstimmung mit betreuenden „Leitlinien-Paten“ sowie Überarbeitung der Patienteninformationen und Umsetzungshilfen durch DEGAM-Beauftragte.

Ergebnisse: Im Wesentlichen wurden die Aussagen der bisherigen Leitlinie bestätigt: Depression ist die häufigste Ursache primär unklarer Müdigkeit. Kognitiv-behaviorale Verfahren und körperliche Aktivierung sind die am besten belegten Therapieverfahren bei diesem Symptom. In einigen Punkten waren Ergänzungen und leichte Modifikationen erforderlich, insbesondere bei der Benennung abwendbar gefährlicher Verläufe in der Kurzfassung, neuen Kriterien für das chronische Müdigkeitssyndrom sowie bei der noch abwartenden Bewertung des Stimulanzieneinsatzes bei Tumorerkrankungen oder neurologischen Systemerkrankungen.

Schlussfolgerung: Der Beratungsanlass Müdigkeit stellt weiterhin eine Herausforderung für den Hausarzt dar, die einen bio-psycho-sozialen Ansatz in Diagnostik und Therapie erfordert. Mit einem diagnostischen Basisprogramm sowie ggf. einer strukturierten Begleitung des Patienten bei längerem Krankheitsverlauf kann der Hausarzt seiner Betreuungsaufgabe gerecht werden.

Schlüsselwörter: Leitlinie; Müdigkeit; Hausarzt; Umsetzungshilfen; Konsensus

Background: According to the rules of the National Association of Scientific Medical Colleges (AWMF) we performed a routine update for the German College of GPs' and FPs' (DEGAM) guideline about fatigue/tiredness

Methods: Systematic literature review, accompanying hand search, consensus conference with medical colleges and self-help-groups which are also involved in the management of fatigue/tiredness; "guideline-godfathers" complemented the content and patients' versions and implementation aids were revised by DEGAM deputies.

Results: Key-messages of the present guideline were essentially confirmed. Depression is the main cause of primarily unexplained fatigue. Interventions with the best available evidence were cognitive-behavioral-therapy and physical activation. Supplements and slight modifications were necessary for some points especially for definitions regarding preventable dangerous developments in the short version, for new criteria regarding chronic fatigue syndrome as well as for still pending recommendations for the use of stimulants in cancer patients or neurologic diseases.

Conclusion: Fatigue as reason for encounter is still a challenge for family practitioners and needs a bio-psycho-social approach for diagnosis and therapy. FPs can adequately deal with this problem when using a basic diagnostic programme and- if needed for longstanding conditions- structured accompanying of the patients.

Keywords [MeSH]: Practice Guidelines as Topic; Fatigue; Family Medicine; Education, Medical, Continuing; Consensus

¹ Professoren Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin Universität Marburg, Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

² Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin, Universität Münster, Arzt für Allgemeinmedizin mit Vertragsarztsitz

³ Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, ehem. Vertragsärztin in Burgwedel, wiss. Mitarbeiterin MH Hannover

DOI 10.3238/zfa.2012.00133-00137

Einleitung

Hausärztinnen und Hausärzte werden insbesondere bei unklaren oder nicht eindeutig einem Organsystem zuzuordnenden Beschwerden als erste ärztliche Anlaufstelle durch unsere Bevölkerung konsultiert. Hier stellt der Beratungsanlass Müdigkeit eine besondere Herausforderung dar. Deshalb hat sich unsere Fachgesellschaft frühzeitig dieses Themas angenommen.

Methoden

Die DEGAM-Leitlinie Nr. 2 mit dem Thema Müdigkeit [1] stand zur erneuten Aktualisierung an. Durch Vorgaben der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) mussten hierfür bestimmte strukturelle Vorgaben eingehalten werden. Die AWMF stellt in Deutschland entwickelte Leitlinien systematisch zusammen, koordiniert ggf. deren Entwicklung und bewertet die Prozessqualität. Das Verfahren beinhaltet unter anderem eine Konsensuskonferenz mit thematisch überlappenden Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen sowie die Anfertigung eines Methodenreports.

Neben der fortlaufenden Handlungssuche, die alle beteiligten Autoren seit der ersten Erarbeitung der Leitlinie durchführen, wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu symptomevaluierenden Studien eine Dissertation vergeben mit dem Thema, für das Symptom Müdigkeit alle relevanten Publikationen für die hausärztliche Versorgungsebene zu erfassen und zu bewerten.

Darüber hinaus recherchierten wir für den therapeutischen Bereich systematisch die Themen Eisenmangel, chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) und chronische somatische Erkrankungen. Ursprünglich war Ende September 2010 die Deadline für diese Recherche. Nach der Konsensuskonferenz und Eingaben der Selbsthilfegruppen ME/CFS und Fatigatio e.V. wurden die Recherchen zum 28.2.2011 noch einmal aktualisiert beziehungsweise durch neue Suchalgorithmen ergänzt. Außerdem stellte uns Prof. Andreas von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) weitere Literatur über das Schlafapnoe-Syndrom zur Verfügung.

Ergebnisse

Unsere Recherchen bestätigten im Wesentlichen die bisherigen Aussagen der Leitlinie. Somit mussten die Kernaussagen und die Kurzfassung nur leicht abgeändert werden. Im Konsensusverfahren gab es allerdings einen nicht überbrückbaren Dissens mit den beteiligten Selbsthilfegruppen, während nach mehreren Überarbeitungsschritten die wenigen an einer Kooperation interessierten anderen Fachgesellschaften unseren Aussagen zustimmten. Anschließend baten wir um ein Votum der Leitlinien-Paten [2], was zu leichten textlichen Überarbeitungen führte. Zum Schluss gab es dann eine klare Zustimmung in der ständigen Leitlinienkommission und dem DEGAM-Präsidium für diese neue Version der Leitlinie Müdigkeit.

Die Kurzversion ist in diesem Artikel abgedruckt (Abb. 1), die Langversion und der Methodenreport sind unter <http://leitlinien.degam.de> einsehbar.

Außerdem passten wir den Anamnesebogen entsprechend an. Letzteren empfehlen wir für alle nach der ersten Konsultation unsicheren diagnostischen Zuordnungen. Bei einem so vieldeutigen Symptom wie der Müdigkeit sollte der primäre Zugang multimodal erfolgen und alle bio-psycho-sozialen Optionen zunächst offen gehalten werden. Auch bei bekannten somatischen Grunderkrankungen kann es neben einer Verschlechterung derselben zu Befindensverschlechterung durch die Behandlung, Lebensstil, psychische oder soziale Belastungen beziehungsweise Dekompensationen in mehreren Bereichen gleichzeitig kommen. Deshalb lohnt auch hier neben der strukturierten Untersuchung eine umfassende Zwischenanamnese.

Die Patienteninformation zur Leitlinie sowie die weiteren Umsetzungshilfen wurden zusätzlich durch die DEGAM-Beauftragten Jana Isford sowie Armin Mainz revidiert und entsprechend angepasst. All diese Materialien sind auf den Leitlinienseiten der DEGAM frei einsehbar und können heruntergeladen werden. Diese beinhalten wie bisher außer den oben genannten Modulen ein „Infozept“ sowie Hinweise zum Umgang mit Schlafstörungen, Unterforderung, Entspannung oder zu hoher Stressbelastung.

Diskussion

Die Erarbeitung von Leitlinien ist sehr aufwendig, aber sie ist für unser Fach und unsere tägliche Arbeit in der Hausarztpraxis notwendig und hilfreich. Wir hatten dabei immer die Unterstützung durch die DEGAM, die ständige Leitlinienkommission mit ihren Vorsitzenden und besonders durch die Leitliniengeschäftsstelle, wofür wir herzlich danken. Die Mittel für diese Einrichtungen sind sehr effektiv eingesetzt. Auch die kooperationsbereiten Fachgesellschaften waren eine erhebliche Hilfe und immer zum konstruktiven Dialog bereit.

Mit den Selbsthilfegruppen gab es bei dieser Leitlinie dagegen erhebliche, teilweise unüberbrückbare Differenzen. Sie sind im Methodenreport im Detail dargelegt. Darin spiegelt sich eine international sehr heftige Diskussion um das Verständnis und die Definition des Chronischen Müdigkeits-Syndroms wieder. Entgegen dem bio-psycho-sozialen Herangehen unserer Leitlinie besteht eine kleine Gruppe von Aktivisten darauf, dass es sich um eine rein organische Erkrankung („Enzephalomyelitis“) handle. Diese Betroffenen fühlen sich durch die Schulmedizin psychiatrisiert und damit stigmatisiert; aktivierende Therapie wird von ihnen abgelehnt.

Hier haben wir den Beteiligten auch die Möglichkeit einer eigenen Stellungnahme eingeräumt, die von beiden Gruppen mit unterschiedlichen Texten genutzt wurde. Dabei besteht das Dilemma, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder auch Verbraucherverbänden nicht repräsentativ für diejenigen sein können, die sie eigentlich vertreten sollen. Ihre Stimme ist wichtig und sollte bei der Entscheidungsfindung gut beachtet werden. Andererseits sehen wir in unseren Praxen die „Durchschnitts“-Patienten, um die es in der Leitlinie geht. In der erlebten Anamnese und in Gesprächen mit Angehörigen erfahren wir oft andere Dinge, als uns Vertreter von Selbsthilfegruppen sagen, die in aller Regel nur einen kleinen und oft sehr speziellen Teil der Betroffenen repräsentieren. Deshalb sollten wir das von der DEGAM in der Ersterstellung einer Leitlinie obligate Instrument des Praxistests weiter pflegen und ausbauen.

Ein solcher Leitlinienprozess beansprucht auch viel Zeit, in der es neue Ent-

DEGAM Leitlinie

Müdigkeit

2

Kurzversion

Definition und Ursachen

Patienten verwenden Bezeichnungen, die emotionale, kognitive, körperliche und Verhaltens-Aspekte beschreiben können. Eine große Zahl von biologischen, seelischen und sozialen Ursachen kommt in Frage, oft in Kombination. Darunter sind eindeutig diagnostizierbare seelische und körperliche Störungen oder Belastungen; oft lässt sich jedoch keine definitive Ursache identifizieren. Die Leitlinie behandelt das Symptom bei Erwachsenen.

Abwendbar gefährliche Verläufe – spezifische Probleme

- ! Behandlungsbedürftige psychische Störungen, vor allem Depression, Angststörung.
- ! Schlaf-Apnoe-Syndrom und Medikamentennebenwirkungen/Substanzabusus.
- ! Behandelbare schwere körperliche Erkrankungen sind selten und praktisch immer mit Auffälligkeiten in Anamnese und/oder körperlicher Untersuchung verbunden.
- ! Auf biologische Ursachen fixierte Diagnostik (»Tumorsuche«) führt zu unnötiger Belastung des Patienten und/oder Somatisierung einer Befindlichkeitsstörung.

Hausärztliche Diagnostik

Anamnese		
<ul style="list-style-type: none"> • Charakteristika des Symptoms • assoziierte Beschwerden • Müdigkeit neu/ungewohnt? • Beeinträchtigung im Alltag • Vorstellungen der Patienten zu Ätiologie und Behandlung A 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome von Depression und Angst A • somatische Anamnese: <ul style="list-style-type: none"> • Schlaf, • Körpergewicht; • kardiale, • respiratorische, • gastrointestinale, • urogenitale, • ZNS-Funktion C • Medikamente, psychotrope Substanzen C • Postinfektiös A, chronische Erkrankung B 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale, familiäre, berufliche Situation B • chemische oder Lärmbelastigung B • ähnliche Symptome im privaten/beruflichen Umfeld B • Schnarchen, Einschlafen am Steuer B • (habituellem) Schlafmangel B
Körperliche Untersuchung		
<ul style="list-style-type: none"> • abhängig von Auffälligkeiten in der Anamnese! 	<ul style="list-style-type: none"> - wenn keine Hinweise auf definierte körperliche Störungen C : • Abdomen, • Lymphregionen, • Herz, • Schleimhäute, • Atemwege, • Muskeltrophik, -kraft, -tonus, -eigenreflexe 	
Laboruntersuchung		
<ul style="list-style-type: none"> • abhängig von Auffälligkeiten in Anamnese und körperlicher Untersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> - wenn keine Hinweise auf definierte körperliche Störung: Blut/Urin-Glucose A, Blutbild B, Blutsenkung/CRP C, γ-GT (Transaminasen) C, TSH A 	<p>Weitere Diagnostik nur bei definierten Auffälligkeiten in Anamnese oder körperlicher Untersuchung</p>

Therapie

Betreuung im Verlauf	Weitere Möglichkeiten	
Strukturiert, individuell und flexibel - nach Ätiologie und Situation	Gesprächsbereitschaft, Planung von Folgeterminen, Offenheit für breites Spektrum biologischer, psychischer und sozialer Faktoren C	Symptomtagebuch C Symptomorientierte aktivierende Maßnahmen A Verhaltenstherapie A

Stärke der Empfehlungen:

- A** basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
- B** basiert auf sonstigen Studien
- C** basiert auf Konsensaussagen oder Expertenurteilen

Diagnostische Hilfen

Depression

Zwei Screeningfragen (Bezug: in den letzten 4 Wochen)

- Haben Sie sich oft niedergeschlagen/schermütig/hoffnungslos gefühlt?
- Haben Sie wenig Interesse/Freude an Tätigkeiten gehabt?

- Werden beide Fragen verneint, kann eine ausgeprägte Depression mit hoher Sicherheit als ausgeschlossen gelten **A**.
- Wird mindestens eine Frage bejaht, sollten weitere Symptome (zusätzlich zu Müdigkeit/Mangel an Energie) erfragt werden:

- | | |
|---|--|
| • Schlafstörungen (zuwenig oder zuviel) | • Versagensängste |
| • Veränderter Appetit oder Gewichtszunahme/-abnahme | • Konzentrationsschwierigkeiten |
| • Negatives Selbstwertgefühl | • Vermehrter/verringertes Bewegungsdrang |
| • Enttäuschung über sich selbst | • Gedanke an Tod oder Selbstmord |

- Eine ausgeprägte Depression liegt vor, wenn insgesamt fünf oder mehr Kriterien bejaht werden (darunter mindestens eine der beiden Screening-Fragen).

Angststörung

Screeningfragen (Bezug: letzte 4 Wochen)

- nervliche Anspannung/Ängstlichkeit/Gefühl, aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein
- Sorgen über vielerlei Dinge
- Angstattacke(n)

Chronisches Müdigkeitssyndrom

Für das chronische Müdigkeitssyndrom (CFS) existieren verschiedene Definitionen. Gemeinsam (major criteria) ist diesen das neue, nicht durch andere Erkrankungen, Substanzen oder Belastung erklärbares Auftreten der Müdigkeit. Weiter werden gefordert: ein definierter Beginn der Symptomatik und eine starke Beeinträchtigung durch die Müdigkeit im privaten, beruflichen oder sozialen Bereich sowie das Vorhandensein weiterer Zusatzsymptome bzw. -befunde (minor criteria). Über die Anzahl notwendiger Zusatzsymptome bzw. -befunde sowie die Mindestdauer der Müdigkeit für eine Einordnung als „CFS“ differieren die verschiedenen Klassifikationen (siehe Langfassung).

Es handelt sich um eine rein deskriptive und sehr selten erfüllte diagnostische Kategorie, vermutlich heterogener Ätiologie. Die Wirkung der „Etikettierung“ auf den Patienten ist unklar.

Häufige Fehler und Trugschlüsse

- Pathologische Laborwerte werden vorschnell als ausreichende Erklärung akzeptiert.
- **Zuerst** werden körperliche Ursachen ausgeschlossen und erst **danach** der psychosoziale Bereich bearbeitet - bis dahin kann eine somatische Fixierung erfolgt sein.
- Bei bekannten chronischen Erkrankungen wird Müdigkeit vorschnell auf den Krankheitsprozess selbst bezogen.
- Scheinassoziationen und selbsterfüllende Prophezeiungen (siehe Langfassung S. 42/43).

Autoren: N. Donner-Banzhoff, P. Maisel, C. Dörr, E. Baum

Stand: 2011, Revision geplant: 2015, ©omikron publishing/DEGAM, <http://leitlinien.degam.de>
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin



Abbildung 1 DEGAM-Leitlinie Müdigkeit, Kurzversion.

Prof. Dr. med. Erika Baum...



... seit 1982 Ärztin für Allgemeinmedizin und kontinuierliche Tätigkeit in einer Hausarztpraxis in Biebertal, gleichzeitig wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Gießen und Marburg. Seit 1990 Professur für Allgemeinmedizin an der Universität Marburg und – nach deren Etablierung – Leitung der entsprechenden Abteilung.
Von Beginn an Mitglied der ständigen Leitlinienkommission der DEGAM und der Leitliniengruppe des DVO (Osteoporose).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Erika Baum
Abt. für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg
Tel.: 064 21 28 65 120
Fax: 064 21 28 65 121
E-Mail: erika.baum@staff.uni-marburg.de

wicklungen und Publikationen geben kann, die in dem vor dem Abschluss stehenden Verfahren dann nicht mehr berücksichtigt werden können. So wurde im Sommer 2011 eine Arbeit publiziert, die wir nicht mehr in die Leitlinie einarbeiten konnten [3]: Bei prämenopausalen Frauen mit Hämoglobin im Normbereich und Serum-Ferritin-Werten ≤ 15 ng/ml verbesserte sich die Müdigkeit durch intravenöse Eisengabe signifikant. Damit ist erstmals in einer sauber verblindeten Studie der klare Nachweis erbracht, dass auch ohne wesentlichen Anstieg des Hb-Wertes eine Eisensubstitution Symptome verbessern kann.

In der Leitlinie raten wir von einem Ferritin-Screening bei Patienten mit dem Beratungsanlass Müdigkeit ab. Diese Empfehlung hat unseres Erachtens weiterhin Bestand, denn Eisenmangel ist häufig und die oben zitierte Studie konnte nicht den Nachweis erbringen, dass, wie von Verdon et al. [4] vermutet, Frauen mit einem Ferritinwert unter $50\mu\text{g}$ von einer entsprechenden Substitution profitieren, sondern nur die Subgruppe mit deutlich niedrigeren Spiegel. Außerdem muss von einer starken Vorselektion der Patientinnen für die oben genannte Studie ausgegangen wer-

den, damit handelt es sich um eine „explinatorische“ Untersuchung. Da eine intravenöse Substitution routinemäßig v.a. in Bezug auf ihre Sicherheit nicht zu beurteilen ist, können Empfehlungen für die Praxis derzeit noch nicht gegeben werden.

Im Einzelfall kann aber bei prämenopausalen Frauen mit ungeklärter Müdigkeit im Verlauf der Betreuung durchaus eine Ferritinbestimmung und bei einem Wert $\leq 15\text{ng/ml}$ dann auch ein oraler Therapieversuch gerechtfertigt sein. Allerdings ist hier die Gefahr von Pseudo-Diagnosen und Pseudo-Therapien und damit die gemeinsame Somatisierung von Arzt und Patient kritisch zu bedenken.

Unser Fazit: Leitlinienarbeit ist anstrengend, aber spannend und lohnend. Das gilt auch für deren Anwendung, die man immer wieder auf den Prüfstand der täglichen Praxis und neuer Erkenntnisse, insbesondere aber auch der Bedürfnisse unserer individuellen Patienten stellen sollte. Wir haben einen wunderbaren Beruf, in dem es nie langweilig wird.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur und Anmerkungen

1. DEGAM-Leitlinie Nr. 2 Müdigkeit. Omikron publishing Düsseldorf 2012. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=72>
2. Wir danken Martin Beyer, Günther Egidi, Detmar Jobst und Hans-Otto Wagner für die hilfreichen und konstruktiven Anmerkungen
3. Krayenbühl PA, Bategay E, Breyermann C, Furrer J, Schulthess G: Intravenous iron for treatment in non-anemic, premenopausal women with low serum ferritin concentration. Blood 2011; 118: 3222–3227
4. Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi CL, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. BMJ 2003; 326: 1124–6