

Müdig



keit

Schrotschuss-Diagnostik vermeiden

Schildert ein Patient **Müdigkeit**, atmen wir erst einmal tief durch – viele verschiedene Ursachen können dahinterstecken. Wie vermeiden wir hier Über- und Unterdiagnostik? Eine systematische Übersicht und die DEGAM-Leitlinie Müdigkeit geben Hilfestellungen [1, 2].

Kasuistik

Herr S., 62 Jahre alt, ist vor einigen Monaten in unser Dorf gezogen. Er kommt heute erstmals in unsere Hausarztpraxis. In den letzten Jahren sei er nicht ernstlich krank gewesen und nehme keine Medikamente. Er wolle sich hier vorstellen, außerdem sei er besorgt, weil er sich seit Monaten müde und schlapp fühle, auch nachdem der Umzug und das Drumherum erledigt sind. Er könne sich die Müdigkeit nicht erklären und befürchte, dass eine Erkrankung dahinter stehen könnte.

Prävalenz

International wird das Symptom Müdigkeit von Menschen in Hausarztpraxen bei 1 bis 10 Prozent aller Konsultationen als Hauptberatungsanlass angegeben. Zählt man auch Müdigkeit als Nebenbeschwerde hinzu, erreicht man eine Häufigkeit von 20 bis 30 Prozent. Gehäuft klagen Frauen, Personen im mittleren Alter, Alleinlebende und solche aus unteren sozialen Schichten über Müdigkeit.

Ätiologie

Bei systematischer Aufarbeitung liegen diesem Symptom folgende vorher **nicht diagnostizierte Ursachen** zugrunde: Depression (ca. 20 Prozent), Anämie (1 bis 5 Prozent), Malignom (0,3 bis 0,7 Prozent), gravierende organische Ursachen wie Diabetes und COPD (3 bis 6 Prozent).

In den übrigen Fällen blieb die Ursache unklar oder war bereits als Vorerkrankung bekannt. Weitere relevante Ursachen wie Angststörungen, Medikamentennebenwirkungen, Sucht oder Schlafstörungen wurden in den Studien nicht systematisch erfasst.

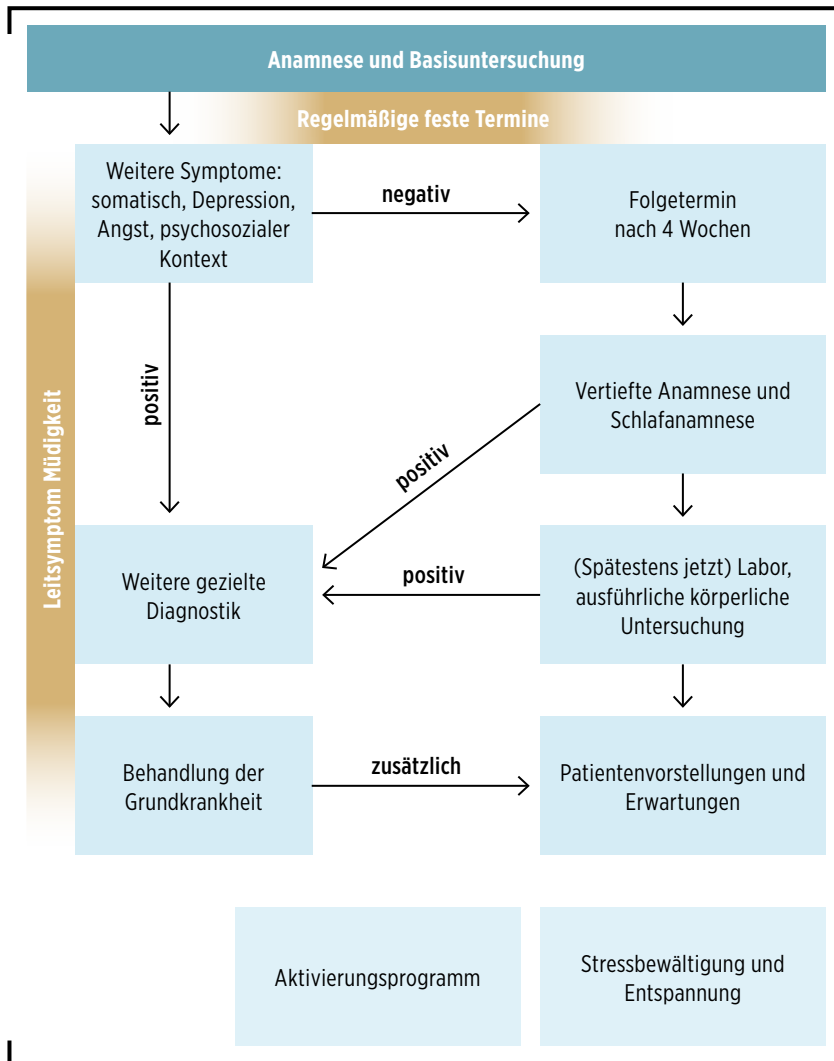
Vielfach beeinflussen sich die Ätiologien wechselseitig oder sind gleichzeitig vorhanden. So kommt es zu einem **Teufelskreis** der Dekonditionierung (Abb. 1): Eine neu aufgetretene Erkrankung oder Befindensstörung führt dazu, dass die körperliche Aktivität reduziert wird. Hieraus entsteht leicht ein Zyklus des zunehmenden Konditionsabbaus und psychischer Beeinträchtigung.

Bei bis zu 10 Prozent aller Konsultationen in Hausarztpraxen ist Müdigkeit der Hauptberatungsanlass.



Prof. Dr. med.
Erika Baum
DEGAM-Präsidentin
E-Mail:
Baum064092007@
t-online.de

Abb. 2: Algorithmus der Vorgehensweise



Nach C. Dörr

Tab. 1: Screening nach Depression und Angst

FRAGEN ZUR DEPRESSION

- Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

(Wenn beide Fragen mit nein beantwortet werden, ist Depression sehr unwahrscheinlich.)

FRAGEN ZUR ANGST

- Fühlten Sie sich im Verlauf des letzten Monats deutlich beeinträchtigt durch nervliche Anspannung, Ängstlichkeit, das Gefühl, aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein?
- Haben Sie Sorgen über vielerlei Dinge?
- Hatten Sie während der letzten vier Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Angst oder Panik)?

(Bei drei negativen Antworten ist eine Angststörung weitgehend ausgeschlossen.)

Diagnostische Strategien

Eine ausführliche **bio-psycho-soziale Anamnese** ist bei diesem vieldeutigen Symptom ausgesprochen wichtig. Sie kann durch einen speziellen Anamnesebogen ergänzt werden [3]. Besonders zu achten ist neben der geschilderten Symptomatik mit Zeitverlauf und Kontext auf das subjektive Erleben und Vorstellungen zur Ätiologie und Behandlung, funktionelle Beeinträchtigungen und Begleitbeschwerden, die soziale, familiäre und berufliche Situation sowie Lebensführung, Medikamenten- und Substanzgebrauch, Fragen nach bisher nicht bekannten chronischen Erkrankungen, vorausgegangenen Infekten, Schlafstörung oder Schnarchen, imperitive Einschlafneigung tags (Hinweis auf Schlafapnoe-Syndrom) sowie Depression und Angst (Tab. 1). Ein Somatisierungsverdacht ergibt sich bei einer hohen Zahl vorausgegangener Arztkontakte oder bereits früher geäußerten variablen Beschwerden mit weitgehend unergiebigem Diagnostik. Zusätzlich sollte ein orientierender **körperlicher Status** erhoben werden mit dem Schwerpunkt auf Haut und Schleimhäute, Herz (cave Blutdruck als vermeintliche Ursache) und Atemwege, Abdomen, Muskeltrophik, -kraft, -tonus, Eigenreflexe.

Bei weiterhin ungeklärter Ursache wird folgendes **Labor-Basisprogramm** empfohlen: BSG/CRP, Blutzucker, kleines Blutbild, TSH, Leberwert (GGT oder GPT).

Bei **auffälligen Begleitsymptomen/ Befunden** sollten diese durch die weitere Diagnostik abgeklärt werden (siehe Langfassung der DEGAM-Leitlinie). Bei einer Grunderkrankung, die Müdigkeit hervorrufen oder verstärken kann, sollte deren Therapie überdacht werden. Vorschnelle Etikettierungen sollten ebenso vermieden werden wie eine überzogene Diagnostik, um Fehlleitungen der Patienten zu vermeiden.

Weitere Betreuung

Das weitere Vorgehen richtet sich nach dem Ergebnis dieser Diagnostik. Häufig sind **mehrere Ursachen** zu berücksichtigen. Hilfreich sind neben der gezielten Behandlung zugrundeliegender Erkrankungen folgende Strategien:

Aufklärende **Beratung**, Ernstnehmen der Patientenvorstellungen, Symptomtagebuch, Vermeidung von Über-/Unterforderung durch Entspannungstechniken oder vorsichtiger körperlicher Aktivierung, Schlafhygiene, strukturierte Terminvergabe, ggf. Verhaltenstherapie. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die empfohlene Vorgehensweise und die zeitlichen Abläufe.



Prognostisch ungünstig sind ein höheres Alter, psychische oder chronische somatische Erkrankungen.

Wir vereinbarten einen Checkup-Termin und ergänzten die dabei erhobenen Blutwerte durch die oben genannten. Außerdem sollte er den ausgefüllten Anamnesebogen mitbringen. Eine Lungenfunktionsuntersuchung sowie ein Demenztest sollten durchgeführt werden.

Daraus ergaben sich ein unauffälliger körperlicher und Laborbefund bis auf eine leichte restriktive Ventilationsstörung. Allerdings gab es deutliche Hinweise auf eine mittelgradige Depression sowie eine leichte kognitive Beeinträchtigung.

Herr S. entschloss sich, vorzeitig in Rente zu gehen und seine Frau bei ihrer Tätigkeit als Tagesmutter zu unterstützen. Sein psychisches Befinden hat sich seither deutlich gebessert, die Kognition und körperliche Belast-

barkeit blieben in den folgenden zwei Jahren stabil. Er ist zufrieden, nimmt keinerlei Medikamente ein und kommt im Alltag gut zurecht.

Literatur unter <http://www.derhausarzt.eu>

Die Autorin ist practica-Referentin.

Mögliche Interessenkonflikte: Die Autorin ist Hausärztin mit Budgetverantwortung und Mitautorin der entsprechenden Leitlinie, die offen zugänglich ist.

Prognose

75 Prozent der Patienten brauchen nur einen Arztkontakt. Dennoch sind nach sechs Monaten noch 60 Prozent der Patienten symptomatisch. In Behandlung befinden sich dann aber nur noch vier Prozent. Ohne signifikante psychische oder physische Komorbidität ist Müdigkeit **meist kurzdauernd**. Prognostisch ungünstig sind ein höheres Alter, psychische oder chronische somatische Erkrankungen sowie die Fixierung auf eine somatische Störung.

Kasuistik – Fortsetzung

Wie war das weitere Vorgehen bei dem eingangs geschilderten Patienten? Im Erstgespräch äußerte er noch den Verdacht, dass bei ihm eine beginnende Demenz vorliege. Er fühlte sich in seiner jetzigen beruflichen Situation überfordert. In der Kindheit hatte er ein schweres Thoraxtrauma und wurde auch einige Zeit mit Asthmasprays behandelt, was aber seine seither bestehende Belastungsdyspnoe nicht besserte.

Weitere Informationen

IhF-Mini-Modul „Beratungsanlass Müdigkeit“

<http://www.hausaerzteverband.de/cms/IhF-zertifizierte-Fortbildungsangebote.366.0.html>

DEGAM-Leitlinie „Müdigkeit“

<http://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>

FAZIT

- Von Anfang an für ein breites Spektrum von Ursachen des Symptoms offen bleiben.
- Schrotschussdiagnostik vermeiden und am empfohlenen Basisprogramm orientieren.
- Den Patienten empathisch begleiten mit festen Folgeterminen, falls keine rasche Besserung eintritt.