Müder Patient – müder Arzt? Nein?

Bericht von einem Workshop am Aroser Fortbildungskurs 2007[1]

Claudia Zuber, Klaus Bally

Anhand eines Fallbeispiels aus dem Alltag wurde das Problem der Müdigkeit in der Grundversorgerpraxis angegangen. Bei einer Strassenumfrage in Deutschland haben gut 16% der über 16jährigen angegeben, sich müde zu fühlen. In der Primärversorgung liegt die Prävalenz in den Praxen zwischen 20 und 30%. Frauen sind etwas öfter betroffen als Männer. Die Verteilung ist über alle Altersgruppen gleich. Für ein so häufiges Problem lohnt es sich, die wichtigsten Ursachen zu kennen und einen entsprechenden Abklärungsmodus sowie eine Betreuungsstrategie zur Hand zu haben. Mit den theoretischen Grundlagen, von Klaus Bally zusammengetragen, wurde dem Praktiker ein sinnvolles Vorgehen aufgezeigt.

Was ist wichtig?

Müdigkeit ist ein subjektives Empfinden von Energiemangel, Schlappheit, Erschöpfung, Einschlafneigung während des Tages. Medizinische Hilfe wird in Anspruch genommen, wenn sich die oder der Betroffene die Befindlichkeitsstörung nicht erklären kann. Qualitative Komponenten auf der körperlichen, emotionalen (Unlust, Motivation) und kognitiven (geistige Leistungsfähigkeit) Ebene spielen zusammen. Risikofaktoren (tiefer sozioökomischer Status, kurze Ausbildungszeit, Einpersonenhaushalt) spielen eine Rolle. Eine Depression oder andere psychische Erkrankungen überwiegen vor den somatischen Krankheiten. Rund 45% der müden PatientInnen hatten im Verlauf ihres Lebens eine Depression, während dies bei solchen ohne Müdigkeitsprobleme lediglich in 28% der Fall war. Das Phänomen Müdigkeit ist eng mit einer seelischen Störung assoziiert.

Hauptursachen

- Depressionen/somatoforme Störungen
- Postinfektiöse Müdigkeit (Prädiktoren sind vorbestehende psychische Probleme), zum Beispiel Mononukleose
- Funktionelle Syndrome (75% der Patienten mit somatoformen Störungen leiden auch unter Müdesein)
- Anämie/Eisenmangel
- Endokrinologische Ursachen (Hypothyreose, Diabetes)
- Chronische somatische Erkrankungen (Herzinsuffizienz, neurologische Erkrankungen, chronische Niereninsuffizienz usw.)
- Hypotonie
- Schlafstörungen (cave: Schlafapnoesyndrom)
- Bewegungsmangel
- Malignome (ohne Hinweise aus der Anamnese oder Befunde bei der physikalischen Untersuchung sehr selten)

Anamnese

- Dauer und Qualität der Müdigkeit (bei >4 Wochen Abklärung angezeigt)?
- Wie stark ist die Beeinträchtigung (psychisch, physisch, sozial, kognitiv)?
- Einschlafneigung tagsüber, Schnarchen, Atempausen?
- Schlafstörungen?
- Muskelschwäche?
- Biosoziales Umfeld (Familie, Soziales, Arbeitsplatzzufriedenheit)?
- Medikamente, Suchtmittel?
- Allgemeinsymptome: Durst, Atemnot, Inappetenz, Fieber, Gewichtsverlust?
- Eigene Vorstellung über die Herkunft der Müdigkeit?
- Depressionen (2 Kardinalfragen):
  - 1. Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schwermütigkeit im vorangegangenen Monat?
  - 2. Wenig Freude oder Interesse an den eigenen Tätigkeiten im vorangegangenen Monat?
- Angststörungen
  - Beeinträchtigung durch Anspannung oder Ängstlichkeit, Angst- oder Panikattacken im vorangegangenen Monat?
- Somatoforme Störungen
  - Gestresst? Wie gravierend (Skala von 0 bis 10)?

1 Workshop Nr. 7, 23 März 2007. Leitung: Dr. med. Klaus Bally, Basel, und Dr. med. Claudia Zuber, Othmarsingen.

Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes? Welche körperlichen Symptome? Magen-Darm-Probleme? Kopfschmerzen? Brustschmerzen? Herzklopfen? usw.

Untersuchung
- Kleiner internistischer Status (Blutdruck, evtl. liegend und stehend)
- Kleine neurologische Beurteilung: Reflexe, Kraft (Zehen-, Fersengang, Aufstehen vom Stuhl)

Labor
- Primär: Blutsenkungsreaktion (BSR)/CRP, Blutbild, Blutzucker, GGT, TSH, Ferritin
- Sekundär: Kreatinin, Elektrolyte, GPT, Albumin, Serologien (EBV, HIV, Hepatitis B und C), Urinstatus, Hämoccult®

Therapiebetreuung
- Erarbeiten einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung
- Abwartendes Offenlassen
- Instruktionen bezüglich Schlafhygiene
- Möglichst keine Stigmatisierung (z.B. «Sie haben ein Chronic-fatigue-Syndrom.» [CFS]), gibt manchmal eine Legitimation, fördert aber die Chronifizierung!
- Empfehlungen bezüglich aktivierenden Massnahmen und Gesundheitsberatung
- Eventuell kognitive Verhaltenstherapie bei hartnäckigen Fällen
- Medikamente: Antidepressiva, Steroide nicht sinnvoll

Was mache ich jetzt anders?

Ich schenke den Fragen bezüglich Depressionen, Angst- und somatoformen Störungen sicher mehr Beachtung. Die Vorstellung der Patientin oder des Patienten über die Ursache ihrer/seiner Beschwerden ist unerlässlich. Die klinische Untersuchung zollt der Patientin, dem Patienten Beachtung und gibt mir Sicherheit, dass keine schwere körperliche Störung vorliegt. Ein Malignom muss, wenn keine weiteren Hinweise vorliegen, nicht um jeden Preis gesucht werden. Laboruntersuchungen können zweizeitig gezielt und kostenbewusst durchgeführt werden.

Was ich sonst noch sagen wollte

Ich achte darauf, dass der psychosoziale Zugang zur Patientin, zum Patienten stimmt. Sind sie/er und ich auf derselben Ebene? Ich suche die psychische Erkrankung und das Schlafapnoesyndrom. Ich mache mir ein Bild von der Schlafqualität der Patientin oder des Patienten. Therapeutisch setze ich die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung ein und versuche die Patientin oder den Patienten zu begleiten (Folgetermine). Aktivierende Massnahmen sind sinnvoll.

Den Kolleginnen und Kollegen von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sei für die Erarbeitung von Leitlinien gedankt.[2]

Dr. med. Claudia Zuber
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH
Bahnhofstrasse 8
5504 Othmarsingen
claudia.zuber@hin.ch

2 Vgl. dazu www.degam.de/leitlinien/2_muede.html.