

Handreichungen zur Qualitätssicherung von Gutachten bei Fatigue aufgrund chronischer Erkrankungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

viele uns bekannte Gutachten zum Thema Fatigue weisen deutliche Unzulänglichkeiten auf, was sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Versicherungsträger zu erheblichen und vermeidbaren Zeit- und Kostenaufwänden führt.

Mit diesem Schreiben wollen wir zur Vermeidung der häufigsten Unzulänglichkeiten eine praktische Handreichung anbieten.

Fatigue: Begriffsbestimmungen

Unter Fatigue versteht man eine andauernde Erschöpfung oder Müdigkeit aus primär organischen Gründen, die die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit klinisch relevant beeinträchtigt. Ein Kennzeichen ist, dass auch durch vermehrten Schlaf oder Ruhe keine oder nur unzureichende Besserung eintritt.

Einer Fatigue zu Grunde liegende Erkrankungen können beispielsweise eine Tumor-, eine Autoimmun- oder eine hämatologische Erkrankung wie PNH/AA (Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie / aplastische Anämie) sein. Auch nach Knochenmarktransplantationen wird häufig über Fatigue berichtet (30-40% der Fälle (12), (13), (14)).

Für die Patienten geht eine Fatigue mit ggf. nur einigen der folgenden Symptome einher (1)-(7)(15)(16):

- Geringere Belastbarkeit/schnellere Erschöpfung sowohl bei psychischer als auch bei physischer Belastung
- Erhöhte Müdigkeit und erhöhter Schlafbedarf
- Abgeschlagenheit und Schwächegefühl
- Kognitive Einschränkungen: Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen betreffend sowohl Kurz- als auch Langzeitgedächtnis und eingeschränkte Aufnahmefähigkeit
- Kopfschmerzen, Muskelschmerzen

Diese Symptome schränken häufig die Arbeitsfähigkeit, aber auch die Sozialkontakte der Patienten erheblich ein. Detailliertere und weitere Informationen finden sich in den im Anhang genannten Studien/Dokumenten.

Auswahl des Gutachters

Grundsätzlich sollte ein Gutachter ausgewählt werden, der über Expertise im Bereich Fatigue verfügt und idealerweise auch hinsichtlich der Grunderkrankung, die die Fatigue verursacht. Dies ist im Besonderen wichtig, da man eine Fatigue dem Patienten nicht ansehen kann und dies den Vorstellungen bei Gutachtern, die in der Behandlung dieser Grunderkrankungen keine Routine

haben, teilweise zu widersprechen scheint (Originalzitat aus einem Gutachten: „Frau .. betritt meine Praxis vom Scheitel bis zur Sohle gebräunt, ...“).

Es gibt eine Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Themenfeld Fatigue, eine entsprechende Expertise kann also bei einem Gutachter durchaus aufgebaut werden. Eine gutachterliche Tätigkeit, auch von Experten aus dem psychiatrischen Bereich, reicht ohne tiefergehende Beschäftigung mit dem Thema Fatigue unseren Erfahrungen nach in der Regel nicht aus.

Häufige Fehleinschätzungen

Fehlt die genannte Expertise, so kommt es unserer Erfahrung nach häufig zu den folgenden Fehlern:

- a. **Die Belastungsabhängigkeit der Auswirkungen der Fatigue wird verkannt:**
Auch wenn bei einer Fatigue die Symptome häufig ohne ersichtlichen Belastungsgrund auftreten, verschlimmern sich diese in der Regel abhängig von einer konkreten Belastung weiter (10).
Wird dies nicht berücksichtigt, kann es zu erheblichen Fehleinschätzungen kommen. Ein Beispiel hierfür wäre der Fehlschluss, aus einer Gesprächssituation ggf. mit wählbaren Pausen und über Themen, in denen sich der Patient gut auskennt (beispielsweise die persönliche Situation) unzulässiger Weise auf eine sehr viel belastendere, länger andauernde und fremdgesteuerte Arbeitssituation zu schließen.
- b. **Die Nutzung von „stillen Reserven“ wird unterschätzt bzw. nicht berücksichtigt:**
Häufig sind Betroffene in sozialen Situationen gewohnt, kurzfristig die eigenen Grenzen zu überschreiten und nehmen dabei bewusst oder unbewusst Folgen für die nächsten Tage in Kauf. Dies ist ein Problem für die korrekte Einschätzung speziell von Betroffenen, die mit dem Gutachter gut kooperieren möchten und die Begutachtung durchhalten wollen. Wird dann die Folgezeit nicht berücksichtigt und nur aus wenigen Stunden Untersuchung auf die grundsätzliche Leistungsfähigkeit geschlossen, wird dem Patienten eine zu hohe Leistungsfähigkeit bescheinigt, die nicht dauerhaft erbracht werden kann.
- c. **Aus der Leistungsfähigkeit für einen begrenzten Zeitraum wird auf eine generell hohe Leistungsfähigkeit geschlossen:**
Eine Fatigue muss die Leistungsfähigkeit nicht zu jedem Zeitpunkt herabsetzen. Hier ist eine Fehleinschätzung wahrscheinlich, wenn bei einer Fatigue angenommen wird, diese müsse den Patienten an allen Stunden eines Tages beeinträchtigen, so dass aus einer – ggf. auch regelmäßigen – Leistungsfähigkeit über wenige Stunden auf die Gesamtleistungsfähigkeit geschlossen wird. Vielmehr ist die Intensität der Beeinträchtigung intermittierend und zeitweise überschreitbar, wobei später eine stärker beeinträchtigte Leistungsfähigkeit resultieren kann.

Diagnose und Nutzung objektiver Messverfahren

Ohne entsprechende Erfahrung, bei einer Bewertung auf Basis eines persönlichen Eindrucks aus einer Gesprächssituation heraus und ohne Nutzung objektiver und Fatigue-relevanter Messverfahren kann es dann zu einer gravierenden Fehleinschätzung der Leistungsfähigkeit kommen. Diese kann so weit gehen, dass den Patienten (z.T. trotz gegenläufiger objektiver Verfahren) eine Aggravation von Symptomen unterstellt wird.

Die unserer Erfahrung und der entsprechenden Forschung nach beste Diagnose einer Fatigue ergibt sich aus den subjektiven Symptombeschreibungen der Patienten. Hier werden in Studien dieselben Symptome in derselben Ausprägungsbreite von Patienten dargestellt, auch wenn kein möglicher Anreiz durch einen Versicherungsfall oder anderweitige persönliche Vorteile gegeben ist.

In Gutachten häufig angewandte psychologische und klinisch-psychiatrische Selbst- und Fremdrating-Skalen (bspw. MMPI-2) bieten bezüglich einer Fatigue keine oder sehr geringe Aussagekraft. Hier sind Fatigue- oder Einschränkungs-spezifische Fragebögen zu empfehlen (z.B. FACIT-Fatigue (8), PROMIS Fatigue(9)).

Einen weiteren Baustein zur Vermeidung von Fehleinschätzungen bieten objektivere Messverfahren aus der klinischen Neuropsychologie, in denen Aufmerksamkeitsfunktionen vor und nach einem Belastungstest gemessen und verglichen werden (10, 11).

Fazit

Abschließend empfehlen wir daher für die Begutachtung von Patienten mit Fatigue:

- Die Auswahl eines Gutachters mit Expertise im Bereich Fatigue und idealerweise der Grunderkrankung
- Die Nutzung spezifischer Fragebögen und ggf. objektiver Messmethoden
- Eine Prüfung von Gutachten bezogen auf die oben skizzierten Quellen für Fehleinschätzungen

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. med. Jens Ulrich Rüffer
Vorstand Deutsche Fatigue Gesellschaft

Dr. med. Jens Panse
Oberarzt und stlvt. Klinikdirektor Klinik für
Hämatologie am Universitätsklinikum Aachen

Pascale Burmester
Geschäftsführerin Stiftung Lichterzellen

Ulrike Göbel
Vorsitzende Aplastische Anämie & PNH e.V.

Redaktionell von Prof. J. Valdes-Stauber (Ärztlicher Direktor Klinik II im ZfP Südwürttemberg am Standort Ravensburg-Weissenau) aus psychosomatischer Perspektive geprüft.

Relevante Studien und weiterführende Informationen

1. [Even mild hemolysis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria could severely compromise the quality of life due to long-term sustained intolerant fatigue.](#)
Sakai K.
Leuk Res Rep. 2020 Oct 1;14:100224. doi: 10.1016/j.lrr.2020.100224. eCollection 2020. PMID: 33083224 Free PMC article.
2. [Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: patient journey and burden of disease.](#)
Bektas M, Copley-Merriman C, Khan S, Sarda SP, Shammo JM.
J Manag Care Spec Pharm. 2020 Dec;26(12-b Suppl):S8-S14. doi: 10.18553/jmcp.2020.26.12-b.s8. PMID: 33356781
3. [Design and development of a disease-specific quality of life tool for patients with aplastic anaemia and/or paroxysmal nocturnal haemoglobinuria \(QLQ-AA/PNH\)-a report on phase III.](#) Niedeggen C, Singer S, Groth M, Petermann-Meyer A, Röth A, Schrezenmeier H, Höchsmann B, Brümmendorf TH, Panse J.
Ann Hematol. 2019 Jul;98(7):1547-1559. doi: 10.1007/s00277-019-03681-3. Epub 2019 May 21. PMID: 31115593 Free PMC article. Clinical Trial.
4. [Fatigue, symptom burden, and health-related quality of life in patients with myelodysplastic syndrome, aplastic anemia, and paroxysmal nocturnal hemoglobinuria.](#)
Escalante CP, Chisolm S, Song J, Richardson M, Salkeld E, Aoki E, Garcia-Manero G.
Cancer Med. 2019 Feb;8(2):543-553. doi: 10.1002/cam4.1953. Epub 2019 Jan 11. PMID: 30632713 Free PMC article.
5. [Clinical features and quality of life assessment in Japanese PNH patients enrolled in the International PNH Registry](#)
Sakurai M, Okamoto S.
Rinsho Ketsueki. 2017;58(11):2261-2267. doi: 10.11406/rinketsu.58.2261. PMID: 29212979 Japanese.
6. [Cross-sectional validation study of patient-reported outcomes in patients with paroxysmal nocturnal haemoglobinuria.](#)
Weitz I, Meyers G, Lamy T, Cahn JY, Uranga MT, García Vela JA, Sanz MA, Severino B, Kelly RJ, Hillmen P, Hill A. Intern Med J. 2013 Mar;43(3):298-307. doi: 10.1111/j.1445-5994.2012.02924.x. PMID: 22909078
7. [Baseline clinical characteristics and disease burden in patients with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria \(PNH\): updated analysis from the International PNH Registry](#)
Schrezenmeier H, Röth A, Araten DJ, Kanakura, Y, Larratt, L, Jamile M. Shammo, JM, Wilson A, Shayan,G, Maciejewski JP
Ann Hematol 2020 Jul;99(7):1505-1514. doi: 10.1007/s00277-020-04052-z.Epub 2020 May 10.
8. <https://www.facit.org/measures/FACIT-F>
9. <https://promis-germany.de/instrumente/>
10. [Induction of cognitive fatigue in MS patients through cognitive and physical load](#)
Dolores Claros-Salinas, Nina Dittmer, Micha Neumann, Aida Sehle, Stefan Spiteri, Klaus Willmes, Mircea Ariel Schoenfeld and Christian Dettmers
Neuropsychological Rehabilitation, 2013

11. [Aufmerksamkeitsstörungen Diagnostik und Therapie 2011.pdf](#)
AWMF-Registernummer: 030/135, Stand 07.12.2011
12. [Experience of severe fatigue in long-term survivors of stem cell transplantation](#)
Bone Marrow Transplant. 2007 May
Gielissen MF, Schattenberg AV, Verhagen CA, Rinkes MJ, Bremmers ME, Bleijenberg G.;39(10):595-603. doi: 10.1038/sj.bmt.1705624. Epub 2007 Mar 19. PMID: 17369868
13. [Haematopoietic stem cell transplantation survivorship and quality of life: is it a small world after all?](#)
Brice, L., Gilroy, N., Dyer, G. et al.. Support Care Cancer 25, 421–427 (2017).
14. [Long-term outcome and quality of life of patients who are alive and in complete remission more than two years after allogeneic and syngeneic stem cell transplantation](#)
Worel N, Biener D, Kalhs P, Mitterbauer M, Keil F, Schulenburg A, Höcker P, Dieckmann K, Fischer G, Rosenmayr A, Linkesch W, Hinterberger W, Lechner K, Greinix HT. Bone Marrow Transplant. 2002 Nov;30(9):619-26. doi: 10.1038/sj.bmt.1703677. PMID: 12407437
15. [Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015](#)
Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., Cleeland, C., Dotan, E., Eisenberger, M. A., Escalante, C. P., Jacobsen, P. B., Jankowski, C., LeBlanc, T., Ligibel, J. A., Loggers, E., Mandrell, B., Murphy, B. A., Palesh, O., Pirl, W. F., Plaxe, S. C., Riba, M. B., Rugo, H. S., Salvador, C., Wagner, L. I., Wagner-Johnston, N. D., Zachariah, F. J., Bergman, M., & Smith, C. (2015). Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw, 13(8), 1012-1039. Retrieved Mar 17, 2021, from
16. [Cognitive and motor aspects of cancer-related fatigue](#)
Feng LR, Regan J, Shrader JA, Liwang J, Ross A, Kumar S, Saligan LN. Cancer Med. 2019 Oct;8(13):5840-5849. doi: 10.1002/cam4.2490. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31407525; PMCID: PMC6792503.