

## **Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Wunden**

### **Autoren**

Ulrike Köhler , Thomas Eberlein\*, Gerhard Kammerlander\*\*

**Dr.med. Ulrike Köhler**, Klinik und Poliklinik für Dermatologie (Direktor: Professor Dr.med. M. Meurer) ,Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden - D

\* **Dr.med. Th. Eberlein**, Dermatologische Praxis, Plauen - D

\*\* **DGKP G. Kammerlander**, freier Haut- & Wundmanagementberater, „zertifizierter Wundmanager®“  
§64 GuKG ,Embrach - CH

### **Zusammenfassung**

In den letzten Jahren ist bei der Beurteilung der Therapie von Patienten mit chronischen Beinwunden die Lebensqualität zu einer zentralen Frage geworden. Diese Patienten sind insbesondere durch die Einschränkungen ihrer Mobilität, mit allen daraus resultierenden Folgen beeinträchtigt. Persönliche Bewältigungsstrategien haben einen bedeutenden Einfluß auf die Bewertung der LQ durch den Patienten.

Die Bestimmung der LQ als Beurteilungskriterium von Therapien erhält somit, nicht zuletzt im Rahmen der immer angespannter verlaufenden Kosten-Nutzen-Diskussionen, eine immer größere Bedeutung.

### **Summary**

In the last years the quality of life became a central question in the assessment of the therapy of patients with chronic leg ulcers. These patients are especially restricted in their mobility. Personal coping strategies have an important influence on the evaluation of the QoL through the patient.

The definition of the QoL as an evaluation criterion of therapies receives thus, last but not least in the frame the always strained running cost benefit discussions, an increasingly greater importance.

## **Einleitung**

In der Medizin hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Paradigmenwechsel vollzogen. Nicht mehr allein die Veränderung der klinischen Symptomatik, sondern auch die Art und Weise, wie der erkrankte Mensch seinen Gesundheitszustand erlebt, gewinnt als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung (2). Somit werden Auswirkungen von Krankheit und deren Behandlung auf den subjektiven Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ) zunehmend als wichtiger Erfolgsparameter anerkannt (2). Die zunehmende Bedeutung zeigt sich z.B. in der ansteigenden Zahl der Veröffentlichungen innerhalb der letzten Jahre, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Aber warum hat das Interesse an der LQ so deutlich zugenommen? Die immer rascher fortschreitende Entwicklungen neuer therapeutischer Optionen verlangt, nicht zuletzt vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Möglichkeiten, eine Überprüfung und Bewertung der Therapien. Es ist deshalb die Beschreibung der gesundheitsbezogenen LQ innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen sowie die Veränderungen bei Erkrankung und Therapie notwendig. Die Bestimmung der LQ ist ein sensibles Instrument bei der Bewertung von Therapiealternativen sowie deren Erfolgskontrolle.

## **Objektive Bewertungskriterien der LQ**

Allerdings stellt uns die Tatsache, daß es sich um eine sehr individuelle Beurteilung handelt, vor einige Probleme. Es bestand lange Zeit eine grundsätzliche Skepsis gegenüber der Möglichkeit, LQ zu definieren und operational greifbar zu machen (6). Wie also kann man Lebensqualität objektivierbar definieren und zu einem allgemein verständlichen Konstrukt machen? Es hilft uns dabei die Gesundheits-Definition der WHO aus dem Jahre 1947. Hier wird Gesundheit nicht nur als Freisein von Gebrechen und Krankheit, sondern explizit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert. Gerade in der Medizin hat sich im letzten Jahrzehnt eine Hinwendung nicht mehr nur zu körperlichen, sondern auch zu psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit vollzogen.

## **Historische Aspekte**

Beschäftigt man sich mit der Frage, wie man LQ messen kann und wie sie evaluierbar wird, muß man ein wenig auf den historischen Hintergrund schauen. Die Entwicklung der LQ-Forschung verlief **im Wesentlichen in 3 Phasen**. In den 70er Jahren stand im Mittelpunkt die Frage, was LQ

eigentlich sei. Dabei mußte der eher umgangssprachliche Begriff der LQ zuerst exakt definiert werden. Zahlreiche eher philosophische Arbeiten sind in dieser Zeit entstanden. Anfang der 80er Jahre konzentrierte man sich auf die konkrete Messung der LQ mit Erstellung von Meßinstrumenten. In den 90er Jahren stand die Anwendung der erprobten Meßinstrumente bei der Durchführung verschiedener klinischer Studien im Vordergrund.

### **Komponenten und Dimensionen**

Über die wichtigsten Komponenten oder Dimensionen der LQ besteht inzwischen Übereinkunft. So beschreibt eine gängige Definition die **"gesundheitsbezogene LQ** als ein psychologisches Konstrukt, das die

- körperlichen
- mentalen
- sozialen
- psychischen
- und funktionalen Aspekte

des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer eigenen Sicht reflektiert" (3). Man findet also die Dimensionen der körperlichen, mentalen, sozialen, psychischen und funktionalen Gesundheit mit Berücksichtigung einer materiellen und spirituellen Dimension wieder. Entsprechend den Forschungsarbeiten der WHO ist es unabhängig von Alter, Geschlecht und Kultur wichtig, sich körperlich wohl und psychisch stabil zu fühlen und den Rollen im täglichen Leben nachgehen zu können. **Erleben von sozialer Integration und Unterstützung, möglichst in einem materiell abgesicherten Umfeld, wird als weiterer wichtiger Parameter angesehen.** Diese Bereiche der LQ können sicherlich die gesundheitsbezogene LQ nicht umfassend beschreiben, stellen jedoch die grundlegenden und bei der Erfassung der LQ unbedingt zu berücksichtigenden Bereiche dar (2). Entscheidend ist die Betonung der **"eigenen Sicht der Patienten"** (2). Ergebnisse aus verschiedenen Studien zeigen, daß z.B. bei Malignomen Außenstehende die LQ des Patienten systematisch höher bewerten als die Patienten selbst (4). Die Übereinstimmung der Einschätzung zwischen Arzt bzw. Familienangehörigen und Patient ist gering. Somit kann die Fremdbeurteilung nicht als Annäherungsmaß für die LQ-Beurteilung des einzelnen Patienten gelten (4,10).

## Messung der Lebensqualität

Zur Erfassung der LQ werden verschiedene Methoden und mannigfaltige Instrumente eingesetzt. Dabei müssen neben der einfachen Durchführbarkeit des Testes die Gütekriterien

- Zuverlässigkeit (**Reliabilität**)
- Gültigkeit des Meßinstrumentes für das zu erfassende Phänomen (**Validität**)
- die standardisierte Durchführung und Auswertung (**Objektivität**)
- und die Empfindlichkeit für therapieinduzierte Veränderungen (**Sensitivität**)

gewährleistet sein (2).

Die gesundheitsbezogene LQ des Patienten kann von Erkrankung und Behandlung stark beeinflußt werden. Wichtig sind dabei allerdings auch individuelle Einflußgrößen wie Wahrnehmung und Verarbeitungsstrategien einer Erkrankung sowie die aktuellen Lebensbedingungen.

## **Übersicht – aktuelle LQ-Forschung**

Nachfolgend sollen Veränderungen der gesundheitsbezogenen LQ bei Patienten mit chronischen Wunden anhand aktueller Ergebnisse der LQ-Forschung vorgestellt werden. Es sollen dabei die **chronische Beinulzera im Vordergrund** stehen.

1) Schmidt et al. (9) haben den Einfluß einer stationären Behandlung auf die gesundheitspezifischen LQ bei **81 Patienten** mit venösen und gemischt arteriell-venösen Ulcera cruris untersucht. Zur Beurteilung der LQ bei Beginn und am Ende der stationären Behandlung wurden **zwei Instrumente**, der **Nottingham Health Profile** und der **Freiburger Fragebogen** zur Erfassung der LQ bei chronisch venöser Insuffizienz, eingesetzt. Zusätzlich erfolgte die Erfassung von **Coping-Strategien** und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Die stationäre Behandlung führte insgesamt zu einer wesentlichen Verbesserung der LQ. Besonders eingeschränkt war die LQ vor Behandlungsbeginn bei Patienten mit hoher Komorbidität und ohne nahestehende Personen, welche also gerade unter stationären Bedingungen besonders effektiv betreut werden konnten. Zusätzlich wurde **die Bedeutung von Coping-Strategien** herausgearbeitet. Patienten, die ihre Erkrankung akzeptieren und keine erheblichen funktionellen Einschränkungen erleben, haben einen geringeren Leidensdruck. Es konnte ebenfalls gezeigt werden, daß z.B. subjektives Wohlbefinden und sogar eine Schmerzreduktion durch effektive Coping-Strategien erreicht werden können (9).

2) In einer grundlegenden Arbeit von Lindholm et al. (7) wurden durch eine Untersuchungen an **125 Ulkuspatienten** Risikogruppen herausgearbeitet, bei denen **starke emotionale Probleme und soziale Isolation** durch die Erkrankung verursacht werden können. Es kam dabei ebenfalls der Nottingham Health Profile zur Anwendung. Bei der durchgeführten Untersuchung zeigten sich im Vergleich zur gesunden Bevölkerung bei erkrankten Männern deutlich erhöhte Score-Werte in den Bereichen Schmerz und sozialer Isolation. Durch Kenntnis dieser besonders gefährdeten, meist älteren Patienten sind prophylaktische und unterstützende Maßnahmen möglich. Motivation zu Aktivität, z.B. durch physiotherapeutische Maßnahmen, kann die Beteiligung am aktiven Leben wieder fördern. Die Bestandsdauer der Ulzeration scheint durch Adaptationsmechanismen, welche die Erkrankung in den normalen Tagesablauf einbeziehen, die LQ weniger intensiv als erwartet zu beeinflussen (7).

3) Weiter Arbeiten konnten Einflußfaktoren auf das Ausmaß des Mobilitätsverlustes und die Schmerzhaftigkeit des Ulkus aufdecken. Interessante **und zum Teil auch unerwartete Ergebnisse** dazu lieferte eine Untersuchung von Phillips et al. (8). Mittels eines standardisierten Interviews wurden bei **73 Patienten** die finanziellen, sozialen und psychologischen Auswirkungen der Ulkuserkrankung dokumentiert.

- 81% der befragten Patienten waren in ihrer Mobilität durch das Ulkus eingeschränkt, 57% sogar sehr stark.

Den größten Einfluß auf die Mobilität zeigte das Ausmaß des Ödems mit resultierender Exsudation, wobei besonders bei adipösen männlichen Patienten die auftretende Schwellung zu Immobilität und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit führte. Bei allen Patienten beeinflusste die Ulkuserkrankung die Arbeitsfähigkeit, belastete die jüngeren Patienten aber stärker und führte bei diesen zu einem negativen Selbstbild.

Für die Behandlung benötigen

- 56% der Patienten bis zu 8 Stunden,  
10% sogar mehr als 8 Stunden pro Woche.

**Bei 27%** wurde die Behandlung von einer **professionellen Pflegeperson** übernommen. Die für die Therapie benötigte Zeitdauer hat einen signifikanten Effekt auf die emotionale Situation des Patienten und korreliert eindeutig mit zunehmendem Zorn, Wut und Ärger über die Erkrankung. Negative Emotionen wie Sorge, Ärger, Depression, soziale Isolation und ein **negatives Selbstbild** wurden von **68%** der befragten Patienten angegeben.

Insgesamt befürchten aber **nur 3%** der Patienten, daß das Ulkus überhaupt nicht abheilen könnte. Überraschenderweise zeigte auch die Größe des Ulkus bzw. die Dauer der Erkrankung im Gegensatz zu der resultierenden Schwellung keinen signifikanten Einfluß auf Mobilität,

Arbeitsfähigkeit und emotionale Reaktionen. **Durch eine Reduktion der Schwellung und Exsudation, kann eine entscheidende Verbesserung der Lebensqualität** erreicht werden. Die meisten Patienten geben trotz anderer bestehender Erkrankungen starke Schmerzen durch das Ulkus an, die von den behandelnden Ärzten oft unterschätzt werden. **Jüngere Patienten haben dagegen wesentlich mehr Probleme mit der Immobilität und der Adipositas.** Eventuell bieten hier gezielte Programme zur Mobilisierung und Gewichtsreduktion eine Möglichkeit zur Intervention. Ältere Patienten hatten effektivere Coping-Strategien entwickelt und konnten die Erkrankung und die Einschränkungen als Teil des Alterungsprozesses akzeptieren.

## **Fazit**

Zusammenfassend sind Patienten mit chronischen Beinulzera besonders durch die **eingeschränkte Mobilität**, mit allen daraus resultierenden Folgen wie Arbeitsunfähigkeit, Abhängigkeit, finanziellem Aufwand und Isolation, beeinträchtigt. Persönliche **Coping-Strategien** haben einen **wesentlichen Einfluß** auf die Bewertung der **LQ** durch den Patienten.

Insgesamt gewinnt die Bestimmung der LQ als Beurteilungskriterium von Therapien, nicht zuletzt im Rahmen der immer angespannter verlaufenden Kosten-Nutzen-Diskussionen, eine immer größere Bedeutung und verdient unsere besondere Aufmerksamkeit.

## Literatur:

- 1 Augustin M, Dieterle W, Zschocke I et al.: Development and validation of a disease-specific questionnaire on quality of life in chronic venous insufficiency and chronic leg ulcer. Qual of Life Res 6 (1997); 61
- 2 Bullinger M: Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. PPM 47 (1997); 76-91
- 3 Bullinger M: Quality of life-definition. Conceptualization and implications: A methodologists view Theor Surg 6 (1991); 143-148

- 4 Bernheim J L, Ledure G, Souris A et al.: Differences in perception of disease and treatment between cancer patients and their physicians. In: Aaronson K and Beckmann J: The quality of life in cancer patients. Raven Press (1987); 283-295
- 5 Franks P J, Moffatt C J, Connolly M et al.: Community leg ulcer clinics: Effect on quality of life. Phlebology 9 (1994); 83-86
- 6 Kilian R: Ist Lebensqualität meßbar? Probleme und Möglichkeiten der quantitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. Psychiatr Praxis (1995) 22; 97-101
- 7 Lindholm C, Bjellerup M, Christensen O B et al.: Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. Acta Derm Venereol 73 (1993); 440-43
- 8 Phillips T, Stanton B, Provan A et al.: A study of the impact of leg ulcers on quality of life : Financial, social and psychologic implications. J Am Acad Dermatol 31 (1994); 49-53
- 9 Schmidt S, Wollina U, Looks A et al.: Quality of life and strategies of coping with disease in patients with chronic leg ulcers. Dermatol Psychosom 1 (2000); 27-34
- 10 Slevin M L, Plant H, Lynch D et al.: Who should measure quality of life, the doctor or the patient? Br J Cancer 57 (1988); 109-112

**Korrespondenzadresse:**

WFI-Wundmanagement – Schützenhausstrasse 99 – CH 8424 Embrach

Email: [kammerlander@wfi.ch](mailto:kammerlander@wfi.ch)

Homepage: [www.wfi-wundmanagement.com](http://www.wfi-wundmanagement.com)