

# Dein Ziel – mein Ziel

V. Gerber

## | Zielorientierte Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden

Die Ziele von Patienten und Behandlungsteam sind nicht immer identisch. Das kann zu Missverständnissen führen und ist oft der Grund für die fehlende Mitarbeit des Patienten. Die Identifikation und Beachtung von Patientenzielen fördert das Vertrauensverhältnis und die Akzeptanz wichtiger Therapiebestandteile. Somit ist eine zielorientierte Behandlung eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg und die Rezidivprävention.

**„Wer nicht weiß, wohin er will, darf sich nicht wundern, wenn er woanders ankommt!“**

Mark Twain

### Zieldefinition

Welche Ziele im Fokus stehen, ist individuell stark variabel. Der DNQP-Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ bietet eine sehr solide Planungsgrundlage. Dort steht: „Jeder Patient mit einer chronischen Wunde... erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, seine Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.“

---

#### Veronika Gerber

Schulung und Beratung im Wundmanagement, Vorsitzende des Initiative Chronische Wunden e. V.  
Anne-Frank-Straße 10  
48480 Spelle  
E-Mail: veronika.gerber@icwunden.de

## Was ist ein individuelles Krankheitsverständnis?

Jeder Mensch empfindet Krankheit und Gesundheit individuell. Für einige Menschen sind Kopfschmerzen ein Grund zur Beunruhigung, andere vergleichen den Schmerz mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Erfahrungen und kommen aus ihrer Sicht besser mit den Kopfschmerzen zurecht. Es gibt Menschen, die genau wissen wollen, was mit ihnen los ist, anderen ist es weitgehend egal. Themen wie gesunde Ernährung, Sport oder Zahngesundheit sind für die Einen sehr wichtig, für Andere überhaupt nicht. Das individuelle Krankheitsverständnis des Wundpatienten hängt von vielen einzelnen Faktoren ab. Welche kognitive Fähigkeit ist vorhanden? Wie informiert ist der Betroffene? Wie groß ist sein Interesse an Information und Erlangung von Erkenntnissen? Welche Auswirkung hat die Wunde auf seine Lebensqualität? Wie groß ist der Leidensdruck? Wie wichtig ist ihm die Wundheilung? In der Patientenanamnese gilt es somit diese Parameter sensibel zu erkunden und bei der Therapieplanung zu berücksichtigen. Sie bilden die Grundlage für die Zieldefinition aus Patientensicht.

## Erfassung der Lebensqualität

Die Lebensqualität kann nur vom Betroffenen selbst definiert werden. Hier ist zur Ermittlung der „Wound-QoL“ Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden [1, 2] hilfreich, den der Patient selbst ausfüllt. Erfragt wird der Einfluss der Wunde auf die Lebensqualität in den letzten 7 Tagen anhand der Parameter Schmerz, Geruch, Exsudat, Schlaf, Behandlung, Gemütsverfassung, Sorge, Angst, Bewegung, Alltagskompetenz, soziale Kontakte, Hilfsbedürftigkeit und finanzielle Belastung. Der ausgefüllte Bogen bietet eine gute Gesprächsgrundlage für die Anamnese und Zielidentifikation. Im Gespräch können vermeintliche Unstimmigkeiten geklärt werden. So erinne-

re ich mich an eine Patientin, die bei „... hatte ich Schmerzen an der Wunde“ „sehr“ angekreuzt hatte und bei „... war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt“ „mittelmäßig“. Das habe ich hinterfragt. Ihr Antwort: „Im Vergleich zum Schmerz ist die Schlafstörung nur ein kleines Problem. Zwei Stunden schlafe ich doch in der Nacht“. Also aus unserer Sicht eine schwere Schlafstörung. Lebensqualität ist aber individuell. Schmerz überlagert andere Bedürfnisse und diese Patientin hat es in Relation gebracht. Eine andere Patientin sagte: „Eigentlich könnte ich bei allen Fragen „sehr“ ankreuzen. Aber dann fehlt mir die Kraft, das auszuhalten.“

Die Erfassung der Lebensqualität sollte regelmäßig erfolgen um Veränderungen zu erkennen und somit den Erfolg aus Patientensicht ermitteln zu können. Eine weitere Methode zur Erfassung der Patientenziele ist die Frage: „Was sollte aus Ihrer Sicht bezogen auf die Wunde besser werden?“ Die Antwort möglichst wörtlich protokollieren. Die Reihenfolge der Nennung ergibt in der Regel auch die Wertigkeit aus Sicht des Betroffenen. Antworten, die ich hierzu erhalten habe, sind beispielsweise: „Wenn es nicht mehr so weh täte“, „wenn ich nicht so nasse Kleidung hätte“, „wenn der üble Geruch weg wäre“, „wenn ich wieder besser laufen könnte“, „wenn ich mich wieder unter Menschen trauen könnte ohne Angst zu haben, dass jemand was merkt von der Wunde“, „wenn ich wieder schicke Schuhe und einen Rock anziehen könnte“... Diese Patientenziele sind eine gute Argumentationsgrundlage für die erforderliche Therapie. Beispiel: Die Wirkung der Kompressionstherapie kann fachlich korrekt durch den Einfluss auf das venöse System erklärt werden. Das weckt in der Regel nicht das Interesse und die Begeisterung des Patienten. Wenn sie ergänzend in Zusammenhang mit den Beschwerden (weniger Exsudat, weniger Schmerzen in der Wade, schlankere Beine, ...) erläutert wird, steigert es eher die Bereitschaft, sich einzulassen.

## Wundheilung unterstützen

Die Wundheilung ist im Idealfall das Ziel von Patient und Therapeutenteam. In diesem Fall sind Informationen über die Wirksamkeit der Therapie und unterstützender Verhaltensweisen zielführend. Gerade hier kann es aber zu Abweichungen kommen, die nicht immer sofort ersichtlich sind. Es gibt durchaus Menschen, die von der durch die Wundtherapie entstehenden Zuwendung profitieren oder ihre Wertigkeit hierüber definieren. Das kann durch vordergründiges Jammern und Klagen kassiert werden, da dem Betroffenen durchaus bewusst ist, dass sein Interesse, die Wunde zu behalten, nicht von den Therapeuten verstanden oder akzeptiert wird. Ebenso häufig kommt es vor, dass „offene

*Menschen können durch die entstehende Zuwendung bei der Wundtherapie profitieren oder ihre Wertigkeit hierüber definieren.*

Beine“ als schicksalhaft angesehen werden, erblich bedingt und daher als zu ertragendes Übel unvermeidlich erscheinen. Fehlende Kenntnisse können regelrechte Ängste vor der Wundheilung schüren: „Wenn meine Wunde zu ist, kann der Eiter nicht abfließen und dann ist mein Körper

vergiftet“. Oder: „Meine Tante hatte auch offene Beine. Als sie zu waren, ist sie gestorben.“ Hier hilft Aufklärung und eine Veränderung des Patientenziels ist dann durchaus möglich. Manchmal dienen Wunden auch als „Alibi“ oder Vorwand, nicht funktionieren zu müssen. „Ich hab mich mein Leben lang um Andere gekümmert, jetzt kann sich mal jemand um mich kümmern“. Diese wichtige Botschaft ist ernst zu nehmen. Allerdings kann dieses Patientenziel auch ohne Wunde erreicht werden. Das zu vermitteln, ist eine wertvolle Leistung!

## Rezidivbildung vermeiden

Die größte Herausforderung ist die Erreichung des Ziels „Vermeidung von Rezidiven“. Selbst wenn dieses Ziel auch vom Patienten angestrebt wird, erfordert die Erreichung ein hohes Maß an Disziplin seitens des Patienten. Die wesentliche Voraussetzung ist die Patientenedukation. Welche Verhaltensmaßnahmen dienen der Prävention? Welche Therapiebestandteile müssen trotz Abheilung weiter angewendet werden? Wie erkennt man Anzeichen für ein erneutes Problem, bevor die Wunde entsteht? Wann ist ein Arzt aufzusuchen? Hier sind Patientenbroschüren eine wertvolle Unterstützung für das Team. Wenn es dem Behandlungsteam gelingt, die Verantwortung für die körperlichen Symptome an den Patienten zu delegieren, kann auch dieses Ziel zu einem gemeinsa-

men und erreichbaren Ziel werden. Hier spielt die Adhärenz eine wesentliche Rolle. Die Definition der ICW bringt es auf den Punkt: „Adhärenz = Der Patient integriert auf Basis seines eigenen Krankheitsverständnisses die gemeinsam mit dem Therapeuten beschlossene Therapie in seinen Lebensalltag.“ Sollte dies nicht gelingen, hilft die Suche nach Ursachen:

### – Fehlende Kenntnis der Zusammenhänge?

Weiß der Patient, welches seiner Ziele durch die erforderliche Maßnahme erreicht wird? Kennt er den Grund für die Schmerzen, den üblen Geruch und die hohe Exsudatmenge?

### – Fehlender Leidensdruck?

Diese Ursache ist bei Patienten mit Polyneuropathie (DFS) fast immer gegeben. Hilfreich können Rituale (jeden Abend Füße ansehen, eincremen,...) oder das Übertragen von Aufgaben (würden Sie das für mich tun?) sein.

### – Schmerzen?

Wenn jeder Schritt zur Qual wird, ist die Therapie „Bewegungsförderung“ unrealistisch. Auch Kompressionstherapie kann so nicht ertragen werden.

### – Sorgen um Andere?

Manche Wundpatienten sind auch pflegende Angehörige. Dann fehlt oft die Zeit, sich um sich selbst zu kümmern. Eigene Bedürfnisse werden zurückgestellt.

### – Ungünstige Lebensumstände?

Kleinverdienende Freiberufler oder Landwirte, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung, Armut, ... Werden diese Lebensumstände bei der Therapieplanung nicht berücksichtigt, ist Erfolg nicht möglich.

### – Fehlende finanzielle Mittel?

Therapiekomponenten wie Wundrandschutzpräparate, konservierte Wundspüllösungen, Antiseptika werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

*„Urteile nie über einen Menschen, bevor du nicht über tausend Schritte in seinen Schuhen gegangen bist.“*

(Indianische Lebensweisheit)



V. GERBER

Sein Ziel: Trotz Dekubitus im Rollstuhl sitzen und am Leben teilhaben zu können.

### – Andere Faktoren?

Hier spielt das Krankheitsverständnis wieder eine Rolle.

### Die Ziele des Therapeuten

Kommt der Patient erstmalig in die Wundpraxis, stehen andere Fragen und Ziele aus Sicht der Therapeuten im Fokus. Seit wann besteht die Wunde? Was ist die Ursache? Welche Diagnostik muss erfolgen? Welche Ursachentherapie? Wie sieht die Wunde aus? Welche Lokaltherapie ist erforderlich? Welche Symptome gibt es? Wie wurde bisher behandelt?

Ziele des Therapeutenteams: Ursachenbehandlung, Symptomkontrolle, Infektionsmanagement, Wundkonditionierung, Wundreinigung, Gewebeaufbau, Epithelisierung, ...

Diese Schwerpunkte spielen aus Sicht der Patienten eine absolut untergeordnete Rolle. Das wird allerdings nicht immer erkannt. Zeigt sich der Patient nicht kooperativ, wird schnell von fehlender Compliance gesprochen. Die Definition von Compliance der ICW: „Compliance = Das nicht hinterfragte Befolgen der Anweisungen des Therapeuten durch den Patienten.“ Es entsteht ein hoher Reibungsverlust mit Konfliktpotential und Frust auf beiden Seiten. Somit ist es ein lohnender Ansatz für alle Beteiligten, wenn die Ziele gemeinsam mit dem Betroffenen definiert werden und er in die Entscheidungsfindung der Therapie eingebunden wird.

Optimal ist die Verknüpfung von Therapiekomponenten mit den Patientenzielen im Gespräch. Beispiel: „Wenn die Wunde gut gereinigt wird, geht der üble Geruch weg und die Wunde tut weniger weh, da die Entzündung zurückgeht.“

**„Viele sind hartnäckig in Bezug auf den einmal eingeschlagenen Weg, wenige in Bezug auf das Ziel.“**

Friedrich Nietzsche

### | Fazit

Zielorientierung ist ein wesentlicher Ansatz zum Erfolg. Die Ziele von Therapeuten und Patienten sind nicht immer deckungsgleich. Wenn die Diskrepanz aufgedeckt wird, ergeben sich Lösungsansätze. Die Frage „Was hindert den Patienten mitzumachen?“ führt in Details, die eher zu überwinden sind als eine generelle Ablehnung. Am Beispiel der abgelehnten Kompressionstherapie ist dies gut ersichtlich:

Wenn der Grund die Enge im Schuh ist, kann beispielsweise eine adaptierte Kompression (z. B. Circaid Juxtacures) oder eine Strumpfversorgung die Lösung sein. Wenn aus Patientensicht Wundheilung nicht erstrebenswert ist, kann ich mit

ihm die Ziele Schmerzfreiheit, Geruchsverbesserung und trockene Kleidung vereinbaren. Um die Patientenziele zu ermitteln, sind Erhebungsbögen zur Lebensqualität gut nutzbar. Geeignet ist auch das Erfragen von Wünschen bezogen auf die Wundsituation. Ein Patient, der gut informiert ist und sich ernst genommen fühlt mit seinen Bedürfnissen und Wünschen, wird eher seinen Teil zur Heilung beitragen und auf seine Gesundheit achten. Auch für das Therapeutenteam ist es eine gute Situation, wenn der Patient zum „Ko-Therapeuten“ wird und sich in die Therapie einbringt.

### | Literatur

1. AUGUSTIN M, BAADE K, HERBERGER K, PROTZ K, GOEPEL L, WILD T, BLOME C: Use of the WoundQoL instrument in routine practice: Feasibility, validity and development of an implementation tool. *Wound Medecine* 2014; 5: 4–8.
2. BLOME C, BAADE K, DEBUS ES, PRICE P, AUGUSTIN M: The “Wound-QoL”: A short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Regen* 2014;22(4): 504–514. DOI: 10.1111/wrr.12193.
3. ENGELHARDT M, ELIAS K, AUGUSTIN M, DEBUS ES: Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Wunden und Gefäßerkrankungen. *Zeitschrift Gefäßchirurgie*, 1/15.
4. KING CR, HINDS PS (Hrsg.): *Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis.* Verlag Hans Huber 2001.
5. SCHÖLMERICH P (Hrsg.): „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. *Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur.* Fscher Verlag 1990.
6. SCHÜBEL T: *Grenzen der Medizin. Zur diskursiven Konstruktion medizinischen Wissens über Lebensqualität.* Springer 2016.