

The background features a decorative graphic consisting of several overlapping circles in various shades of pink and red. Two thin, light pink lines intersect at the top left, forming a large 'V' shape that frames the central text. The circles are arranged in a way that they appear to be floating or connected by these lines.

„Sozial- les Ulcus cruris“

Verena
Thur-

„Soziales Ulcus cruris“

Was ist das?

Projektarbeit

am AZW Ausbildungszentrum West

zum Abschluss der

„Weiterbildung Wundmanager“

vorgelegt von

Verena Thurner, DGKP (KJP)

Innsbruck, Juni 2018

Dankesworte

Für das Verfassen dieser Projektarbeit habe ich mehrere Betreuer gewählt. Hiermit möchte ich den Menschen danken, die sich bereit erklärt haben mich zu beraten und zu unterstützen.

Mein Dank gilt besonders:

- Oliver Kapferer, DGKP, WM
- Dr. Kristina Stürz
- Margit Höferl-Ruzicka, DGKP, WM
- MSc Harald Tamerl
- Mag. phil. Katrin Witsch
- Team des Wohn- und Pflegeheims Mieming

Weiterer Dank gilt natürlich auch allen, die bereit waren, mit mir über das „Phänomen“ sozialer Ulcus cruris zu sprechen und zu diskutieren.

Vorwort

Unsere Vortragende Marianne Hintner hat im Unterricht das „soziale Ulcus cruris“ erwähnt und mein Interesse geweckt. Was ist das „soziale Ulcus cruris“?

Weder im Internet, noch in der Bücherei wurde ich fündig. Ich sprach dieses Thema bei den unterschiedlichsten Berufsgruppen an und musste feststellen, dass dieser

Begriff nicht bekannt ist. Da ich aber überzeugt bin, dass der soziale Aspekt bei Krankheitsentstehung und Heilungsverläufen eine gravierende Rolle spielt, habe ich dieses Thema für meine Projektarbeit gewählt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Methodik.....	2
2.1	Forschungsfrage	2
2.2	Zielsetzung.....	2
2.3	Begriffsbestimmungen	2
2.3.1	Ulcus cruris.....	2
2.3.2	sozial	2
2.3.3	Mögliche Definitionen von „soziales Ulcus cruris“	3
2.3.4	Ursachen des Ulcus cruris	3
2.3.5	Ulcus cruris venosum	4
2.3.6	Ulcus cruris arteriosum	5
2.3.7	Ulcus cruris mixtum	5
3	Das „soziale Ulcus cruris“	6
3.1	Sozialpsychologie und Krankheitsverhalten	6
3.1.1	Modell des Risikoverhaltens	6
3.1.2	Sekundärer Krankheitsgewinn	6
3.1.3	Krankheitsverhalten	7
3.1.4	Angst	7

3.1.5	Krankheit aus Sicht der „Behandler“	8
3.1.6	Coping.....	8
3.1.7	Therapietreue oder Compliance	9
3.1.8	Sozialer Vergleichsprozess.....	10
3.1.9	Kognitive Dissonanzreduktion.....	10
3.2	Relevanz des „sozialen Ulcus cruris“	11
3.2.1	Alexander Risse	11
3.2.2	Annemarie Brown	11
3.2.3	Beispiel eines „sozialen Ulcus cruris“	12
3.2.4	Christian Seifert	14
3.3	Psychische Störungen, die Wunden hervorrufen können	15
3.3.1	Selbstpflagedefizite.....	15
3.3.2	Faktitielle Syndrome wie das Münchhausen-Syndrom.....	15
3.3.3	Artefakte oder artifizielle Störungen	16
3.3.4	Frontalhirnläsionen	16
3.4	Definition des „sozialen Ulcus cruris“	17
4	Resümee, Diskussion	18
5	Zusammenfassung.....	19
6	Literaturverzeichnis	20

1 Einleitung

Die Zahl an chronischen Erkrankungen steigt stetig und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Auch die Zahlen an chronischen Wunden nehmen immer mehr zu. Aktuelle Zahlen nennt Niescher-Lüftl in ihrem Skriptum (2017): 1 – 2 % der Bevölkerung der westlichen Industriestaaten seien von chronischen Wunden betroffen. Bei den über 80-Jährigen steigt die Inzidenz auf 4 – 5 %. Als volkswirtschaftliche Bedeutung sind die jährlichen Kosten pro Patient und Jahr, die sich in Deutschland auf € 9.000 – € 10.000 beziehen nicht unbedeutend. Des Weiteren werden durch die Krankenhausaufenthalte Akutbetten blockiert, da die ambulante Betreuung oft unzureichend möglich ist. Nicht zu unterschätzen ist aber auch die Einschränkung der Betroffenen sowie deren Angehörigen.

Die Problematik der chronischen Wunden ist also sehr umfangreich und bedeutend für verschiedenste Strukturen. Zu den häufigsten chronischen Wunden zählt Niescher-Lüftl (2017) das Ulcus cruris (60 – 80 %), das Dekubitalulcus (25 %) und das diabetische Fußsyndrom (15 %).

Körber (2010) hat in Zusammenarbeit mit weiteren sechs Ärzten eine Expertenbefragung in Deutschland zur Genese des chronischen Ulcus cruris bei 31619 Patienten durchgeführt und kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass 3,8% exogene Faktoren für die Entstehung des Ulcus cruris verantwortlich sind. Zu den exogenen Faktoren wird auch das „soziale Ulcus cruris“ gezählt. Was aber ist das soziale Ulcus cruris?

Da in der Literatur das Thema „soziales Ulcus cruris“ nicht erwähnt wird, soll in dieser Arbeit eine Definition erarbeitet werden. Dafür werden verschiedene Möglichkeiten angeführt und kritisch hinterfragt.

2 Methodik

2.1 Forschungsfrage

Das „soziale Ulcus cruris“. Welche mögliche Definition kann zum Thema „soziales Ulcus cruris“ getroffen werden?

2.2 Zielsetzung

Mit dieser Projektarbeit soll eine erste Definition zum Thema „soziales Ulcus cruris“ erarbeitet werden.

2.3 Begriffsbestimmungen

Leider konnte bei meinen Literaturrecherchen keine Definition zum Begriff „soziales Ulcus cruris“ gefunden werden. Aus den Definitionen von Ulcus cruris und sozial werden mögliche Definitionen konstruiert.

2.3.1 Ulcus cruris

„Ulcus cruris (Unterschenkelgeschwür): Mindestens bis in die Lederhaut reichender Hautdefekt am Unterschenkel. Einzelnen oder multipel auftretend, zu 85 % venös, selten arteriell bedingt. Kombinierte Formen (Ulcus mixtum) sind möglich.“ (Schmidt, 2005, Seite 194)

2.3.2 sozial

„Sozial, gesellig, gesellschaftlich, auf die Gesellschaft bezogen, die Beziehung zwischen den Menschen betreffend.“ (Bertelsmann Lexikon in 15 Bänden, 1992, Band13, Seite 285)

2.3.3 Mögliche Definitionen von „soziales Ulcus cruris“

Das „soziale Ulcus cruris“ ist ein Geschwür am Unterschenkel, welches durch zwischenmenschliche Aspekte indirekt oder auch direkt beeinflusst wird.

Das „soziale Ulcus cruris“ ist ein Geschwür am Unterschenkel, welches durch zwischenmenschliche Beziehungen entsteht oder dessen Entstehung gefördert wird.

2.3.4 Ursachen des Ulcus cruris

Körper (2010) hat in Zusammenarbeit mit weiteren sechs Ärzten eine Expertenbefragung in Deutschland zur Genese des chronischen Ulcus cruris bei 31619 Patienten durchgeführt und kam unter anderem zu folgendem Ergebnis:

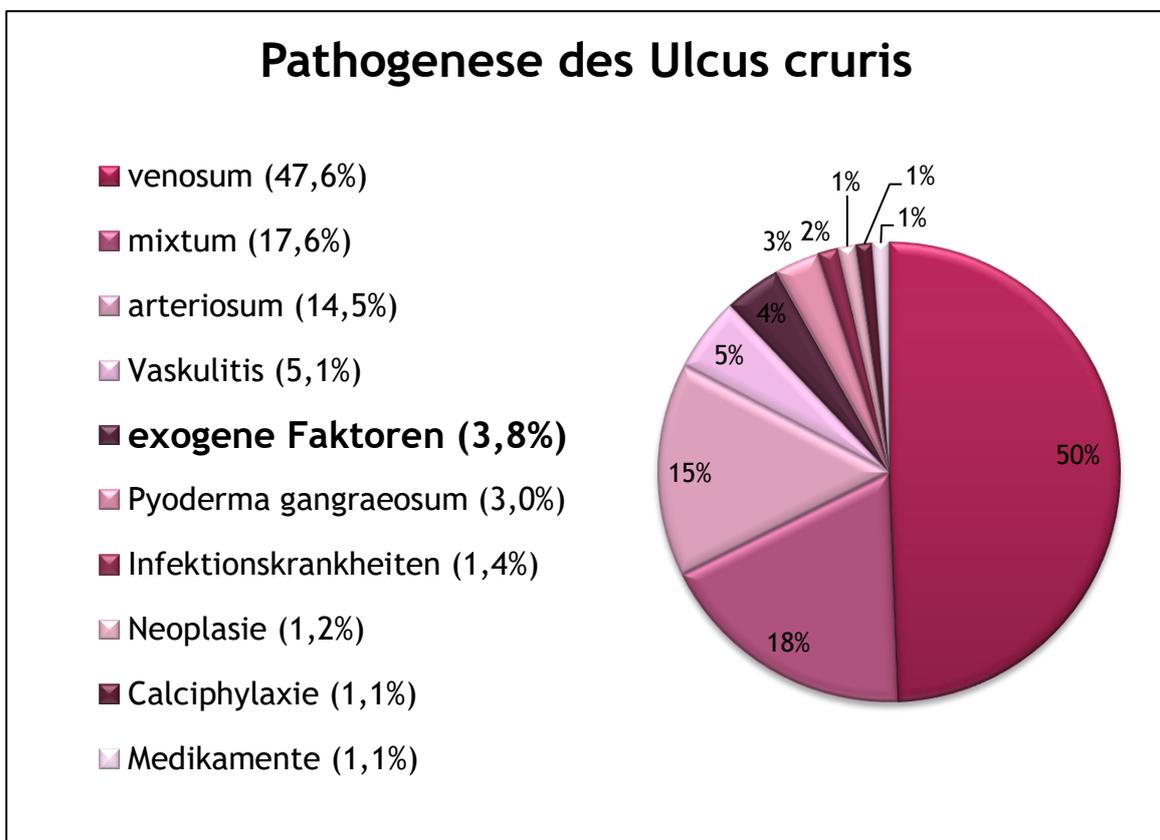


Abb.: Pathogenese des Ulcus cruris, Thurner, 2018

Wie in der Abbildung erkennbar, sind 3,8 % der Ursachen für ein Ulcus cruris exogene Faktoren, also äußerlich zugeführt. Aber es muss nicht sein, dass die Entstehung des „sozialen Ulcus cruris“ exogen bedingt ist. Möglicherweise kann auch aus dem Ulcus cruris venosum, Ulcus cruris mixtum oder Ulcus cruris arteriosum ein „soziales Ulcus cruris“ werden.

ABCDE-Regel

ABCDE-Regel für die Diagnostik der Ursachen chronischer Wunden beschreibt Dissemond (2017):

- A – Anamnese (Anamnesis)
- B – Bakterien (Bacteria)
- C – Klinische Untersuchung (Clinical examination)
- D – Durchblutung (Defective vascular system)
- E – Extras (Extras)

2.3.5 Ulcus cruris venosum

„Das Ulcus cruris venosum (UCV) ist ein venöses Beingeschwür (im Volksmund auch „offenes Bein“ genannt), das sich aufgrund einer chronischen Venenschwäche (chronisch-venöse Insuffizienz = CVI) am Unterschenkel ausbildet. Das durch eine schlechte Entsorgung (trophisch) beeinträchtigte Gewebe bildet einen Defekt aus, der von der Lederhaut bis zur Unterhaut reicht. Durch Ansammlung schädlicher Substanzen wird die Qualität des Bindegewebes so beeinträchtigt, dass Wunden entstehen können, die schlecht abheilen und eine aufwendige Therapie erfordern. Ein Ulcus cruris venosum, das unter einer adäquaten phlebologischen Therapie keine Heilung zeigt oder das innerhalb eines Jahres nicht abheilt, wird als therapieresistent bezeichnet.“ (Protz, 2014, Seite 87)

Dissemond et al. (2016) beschreibt als eine weitere Grundlage der erfolgreichen Behandlung von Patienten mit Ulcus cruris venosum die sach- und fachgerechte **Kompressionstherapie** in Verbindung mit Bewegung. Die Wirksamkeit dieser Therapie ist in zahlreichen randomisierten kontrollierten Studien wissenschaftlich bewiesen worden. Zudem sollte immer auch eine individuell angepasste, an den Phasen der Wundheilung orientierte, moderne (feuchte) Wundtherapie erfolgen. Je nach Schweregrad des Ulcus cruris venosum kann, wie beim Ulcus cruris arteriosum, auch eine operative Therapie notwendig sein.

2.3.6 Ulcus cruris arteriosum

„Das Ulcus cruris arteriosum ist eine der folgenschwersten Wunden. Ursache ist in diesem Fall die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK); pAVK ist der medizinische Sammelbegriff für Verengungen oder Verschlüsse der Extremitäten versorgenden Gefäße (Arterien).“ (Protz, 2014, Seite 113)

2.3.7 Ulcus cruris mixtum

Beim Ulcus cruris mixtum sind arterielle und venöse Gefäßpathologien beteiligt. (siehe 2.2.1)

3 Das „soziale Ulcus cruris“

Das „soziale Ulcus cruris“ ist als Begriff nicht bekannt. Über den Einfluss der Psyche und des sozialen Umfeldes auf die Krankheitsentstehung und den Heilungsverlauf wird jedoch schon seit vielen Jahren diskutiert.

3.1 Sozialpsychologie und Krankheitsverhalten

3.1.1 Modell des Risikoverhaltens

Festinger (1962) beschrieb bereits das Modell des Risikoverhaltens. Die meisten Menschen verspüren in prekären Situationen das Bedürfnis, ein Risiko einzugehen. Wenn durch das Risiko bereits positive Rückmeldungen (sekundärer Krankheitsgewinn) erfahren wurden, gilt die Risikobereitschaft als starkes Handlungsmotiv. Solche positiven Wirkungserfahrungen können auch zu gesundheitsschädigendem Verhalten führen. Die Betroffenen verwenden verschiedene kognitive Strategien, um sich und anderen dieses Verhalten und dessen mögliche Folgen zu verharmlosen und dadurch den möglichen sekundären Krankheitsgewinn aufrecht zu erhalten.

3.1.2 Sekundärer Krankheitsgewinn

„Als Patient erhält man Aufmerksamkeit, Verständnis, Rücksichtnahme, Hilfe und erfährt die Entlastung von Pflichten und Rollen. Diese angenehmen Folgen von Krankheit werden auch als Krankheitsgewinn bezeichnet.“ (Kulbe, 2009, Seite 27)

„Unter sekundärem Krankheitsgewinn werden alle durch die Krankheit entstandenen Vorteile wie vor allem Zuwendung, Pflege und Rücksicht verstanden.“ (Kulbe, 2009, Seite 27)

Das heißt, dass Betroffene mit einem „sozialen Ulcus cruris“ die Vorteile des sekundären Krankheitsgewinns erfahren, wie auch schon Risse beim D.A.CH. in Friedrichshafen erwähnte. Diese Erfahrung kann das Krankheitsverhalten wesentlich beeinflussen. Aber auch Prägung und Herkunft können sich laut Kulbe auf das Verhalten von Betroffenen sehr unterschiedlich auswirken.

3.1.3 Krankheitsverhalten

„Die Umgangsweise mit der eigenen Krankheit kann individuell variabel sein. Grundsätzlich existiert jedoch eine Angst vor Krankheit und deren Folgen. Krankheit bedeutet für einen gewissen Zeitraum auch Verlust von Autonomie und Kontrolle. Das eigene selbständige Handeln und Entscheiden ist eingeschränkt. Das Bewusstsein der eigenen Krankheit und die daraus resultierenden Ängste und möglichen Folgen gehen einher mit verschiedenen psychischen und verhaltensmäßigen Reaktionen. So kann die Auseinandersetzung mit der Krankheit akzeptiert, verleugnet oder verdrängt werden. Bereits in der Kindheit wird die individuelle Auseinandersetzung mit Krankheit gelernt. Das Krankheitsverhalten wird in der Ursprungsfamilie erlernt und im Laufe der Sozialisation (Reifungsprozess von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter) weiterentwickelt. Aus Sicht der Medizinsoziologie spielen hierbei wiederum gesellschaftliche Normen und die „Schichtzugehörigkeit“ eine Rolle.“ (Kulbe, 2009, Seite 29)

3.1.4 Angst

Hell (2003) bezeichnete Angst als die bei weitem mächtigste Gemütsbewegung, die bei Kranken beobachtet werde. Angst nimmt sowohl in der Psychoanalyse wie auch in der Verhaltenstherapie eine zentrale Stellung ein. Sigmund Freud sah die Angst damals erstmals als Ursache psychischer Störungen an. Er hob die Angst als Angel- und Ausgangspunkt verschiedener Abwehrmechanismen hervor und betrachtete sie als ein Signal für Gefahr, die der Person durch intrapsychische Konflikte droht.

Angst entsteht häufig auch, wenn Betroffene sich nicht verstanden fühlen und Maßnahmen nicht angepasst werden. Es benötigt Zeit und vor allem

Einfühlungsvermögen, um relevante Maßnahmen oder gar Lebensumstellungen mit den Betroffenen und deren Angehörigen zu besprechen.

3.1.5 Krankheit aus Sicht der „Behandler“

„Therapeuten betrachten Patienten aus dem naturwissenschaftlichen Blickwinkel als Objekte mit einer „Körpermaschine“ und einer „Psyche“. Die Körpermaschine wird als objektiv angesehen, „Subjektives“ findet sich allenfalls in der Psyche (anthropologischer Dualismus). Therapeuten zielen auf objektive Ergebnisse, Patienten leben in einer Welt subjektiver Tatsachen. Subjektivität findet sich in der Gesamtheit des Leibes. Therapeuten und Patienten begegnen sich somit dauernd auf unterschiedlichen Niveaus. Dieser anthropologische Grundkonflikt geht mit einem permanenten, gegenseitigen Missverständnis zwischen Behandlern und Behandelten einher.“ (Risse, 2013, Seite 275)

Das Ziel bei chronischen Wunden sollte sein, mit den Betroffenen gemeinsam erreichbare Ziele zu vereinbaren und passende Maßnahmen zu finden. Es kann ein interdisziplinäres Team notwendig sein und sollte auch zusammengestellt werden.

3.1.6 Coping

Gaebel und Zielasek (2017) beschreiben, dass psychische Krankheit und Gesundheit nicht scharf abgrenzbar, definitorisch aber sogar aufeinander bezogen sind. Psychiatrische Forschung sollte multidisziplinär orientiert sein, um die soziale Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken zu erwirken. Psychische Erkrankungen sind von der Gesellschaft oft nicht so greifbar wie körperliche Erkrankungen. Durch Coping, können Betroffene versuchen psychische Auffälligkeiten auf körperliche Symptome zu übertragen (wie kutane Artefakte in 3.3.3).

3.1.7 Therapietreue oder Compliance

„Versuche, die Therapietreue zu verbessern, scheitern regelhaft dann, wenn Lebensstiländerungen gefordert werden. In der Organmedizin steht die naturwissenschaftlich begründete Reparatur der Körpermaschine des Patienten ganz im Vordergrund des Interesses. Bei chronischen Wunden ist diese aber eingebunden in einen komplexen biografischen und psychosozialen Kontext, der auf dem Boden subjektiver Tatsächlichkeit jeweils dringlicher ist, als die medizinisch „objektiven“ Tatsachen.“ (Risse, Phlebologie 4/2013, Seite 211)

Einflussfaktoren auf Therapietreue laut WHO

- Sozio-ökonomische Faktoren wie Armut, Ausbildungsstand und Arbeitslosigkeit
- Patientenabhängige Faktoren wie Vergesslichkeit, Wissen oder Fähigkeit zur Selbstorganisation
- Krankheitsbedingte Faktoren wie Symptome, gefühlter Nutzen, Depression
- Therapiebedingte Faktoren wie Nebenwirkungen, Komplexität der Verordnungen
- Gesundheitssystem- und Therapeuten abhängige Faktoren wie Kommunikation, Behandlungsmöglichkeiten, Kostenübernahme

(Risse, Phlebologie 4/2013, Seite 209 - 210)

Wippert und Beckmann erweitern diese Einflussfaktoren um den sozialen Faktor. Der Unterschied zum sozio-ökonomischen Faktor ist, dass es beim sozialen Faktor um Gefühle geht. Gefühle sind bisher nicht messbar und werden daher leider zu oft nicht beachtet. Welchen Einfluss Gefühle aber auf unseren Organismus haben können, wissen wir alle (zum Beispiel: „erste, große Liebe“, ...). Wir können uns Gefühle und deren Auswirkungen oft nicht erklären und diese auch nicht nachvollziehen, trotzdem sind sie da. Aber in welcher Form spielen sie bei chronischen Wunden eine Rolle?

3.1.8 Sozialer Vergleichsprozess

Wippert und Beckmann (2009) befassten sich auch mit dem sozialen Vergleichsprozess und betonen, dass Handlungsabsichten eine soziale Verstärkung benötigen, damit die Person auch gegen innere Widerstände wie Befindungsbeeinträchtigungen standhaft bleibt. Zentrale Elemente des Handelns sind Selbstwahrnehmung und Erwartungen bezüglich der Ergebnisse der eigenen Aktivität.

Gegen innere Widerstände standhaft zu bleiben ist häufig auch die Voraussetzung für eine Therapietreue. Gerade bei der Therapie des venösen Ulcus cruris ist die Compliance von Betroffenen unerlässlich (Kompressionstherapie, bewegen oder liegen statt stehen oder sitzen, ...). Die Bereitschaft, jahrelange Gewohnheiten oder Strukturen einzuschränken oder gar aufzugeben, stößt sehr häufig auf Widerstände und Verleugnung.

3.1.9 Kognitive Dissonanzreduktion

Wippert und Beckmann (2009) strukturierten diese Strategien als 5 Mechanismen der kognitiven Dissonanzreduktion. Ich habe Beispiele dieser 5 Mechanismen auf die Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum bezogen:

- *Selektive Informationsbewertung: „Barfußgehen ist gesund, also brauche ich keine Kompressionsstrümpfe zu tragen“*
- *Vergleich mit drastischen Gefahren: „Vom Blitz getroffen zu werden wäre durchaus schlimmer als so ein offenes Bein“*
- *Zurückweisen persönlicher Konsequenzen: „Meine Oma hatte auch ständig ein offenes Bein und ist über 90 Jahre alt geworden“*
- *Verweis auf Kontrollmöglichkeiten: „Wenn ich will, kann ich mir die Kompressionsstrümpfe jederzeit anziehen“*
- *Kosten-Nutzen- Abwägung: „Wenn ich die Kompressionsstrümpfe täglich trage, werden sie abgenützt und ich müsste ständig neue kaufen“*

3.2 Relevanz des „sozialen Ulcus cruris“

3.2.1 Alexander Risse

Risse (2015) hat am ersten Dreiländerkongress Wund - D.A.CH in Friedrichshafen zwar nicht vom „sozialen Ulcus cruris“, aber über chronische Wunden und sekundären Krankheitsgewinn gesprochen:

„Ein anderer Aspekt im Umgang mit chronischen Wunden ist der, dass es Patienten gibt, die gar nicht möchten, dass ihre Wunde heilt, da dann der einzige soziale Kontakt, den sie haben – nämlich zum Therapeuten/ Pflegedienst – abbricht. Dann kümmert sich niemand mehr um seine Wunde bzw. den Betroffenen. Dieser oft von Therapeuten nicht bedachte Aspekt der Wundbehandlung wird auch als sekundärer Krankheitsgewinn beschrieben. Dr. Alexander Risse konnte in seiner unnachahmlichen Art als Internist und Philosoph aufzeigen, dass diese Aspekte Patienten sogar dazu bewegen können, bewusst oder unbewusst selbst dafür zu sorgen, dass die Wunde nicht abheilt. Hier gilt es neben der reinen therapeutischen Behandlung auch auf das funktionierende soziale Umfeld zu achten und gegebenenfalls psychologische Unterstützung anzufordern.“ (Risse, Wund Management 06/2013, Seite 358)

3.2.2 Annemarie Brown

Brown (2005) versuchte in ihrer Studie neben den negativen Auswirkungen auf das soziale Leben Betroffener auch zu untersuchen, ob das Phänomen der „sozialen Wunde“ tatsächlich besteht. Konnte dies aber leider nicht bestätigen.

Es gibt also keine fundierte Literatur zu sozialen Wunden, also auch nicht zum „sozialen Ulcus cruris“. Auch in der Praxis gestaltete sich die Suche schwierig. Folgendes Beispiel erzählt von einer Frau, die ein chronisches Ulcus cruris aufweist und dieses vermutlich absichtlich am Heilen hindert.

3.2.3 Beispiel eines „sozialen Ulcus cruris“

Seit ich im Unterricht von Marianne Hintner vom „sozialen Ulcus“ gehört habe, interessiere ich mich dafür. Ich habe bereits mit mehreren WundmanagerInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, Diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ... über dieses Phänomen geredet und musste feststellen, dass dieser Begriff kaum jemandem bekannt war. Erst durch Schilderung von Beispielen, konnten Parallelen zur Praxis hergestellt werden. Mir wurde jedoch klar, dass es aufgrund der fehlenden Definition keine Diagnostik (laut ICD 10) und somit auch keine Statistiken oder sonstige Zahlen möglich sind.

Für eine Definition relevante Fragen, die ich leider im Zuge der Projektarbeit nicht klären konnte wären für mich:

- *Werden Wunden auch von Betroffenen selbst zugefügt, oder bestehen diese schon vorher?*
- *Gibt es auch eine Form des „unbewussten“ sozialen Ulcus cruris?*
- *Wird das soziale Ulcus häufig oder immer von einer psychologischen Erkrankung wie artifizielle Störungen (die als Diagnose im ICD 10 bereits diagnostizierbar sind) begleitet?*

Eine Wundmanagerin konnte mir im Praktikum (Jänner 2018) von einem vermutlichen „sozialen Ulcus cruris“ einer Frau schildern. Fraglich ist bei diesem Beispiel, welcher soziale Aspekt der definierende ist. Die Aufmerksamkeit der WundmanagerInnen oder die Betreuung der Nichte aufgrund der Wunde? Klar darstellen lässt sich durch das Beispiel jedoch, welche Betreuung die Frau aufgrund des Ulcus cruris erfährt. Und welche Gefühle hier mit im Spiel sind. Möglicherweise können auch biografische Hintergründe relevant werden, um das Handeln der Frau zu verstehen. Dann wäre ein interdisziplinäres Team sicher sinnvoll und möglicherweise auch notwendig, um eine Heilung zu ermöglichen.

Sozialer Ulcus Cruris?

Die verwitwete, wohlhabende und vornehme Frau ist 1939 geboren und wohnt alleine in einer Wohnung in Stadtnähe. Sie bezeichnet die Kontrolle in der Wundambulanz als „Höhepunkt der Woche“. Um den Termin wahrnehmen zu können, bestellt sie ihre Nichte jede Woche aufs Neue. Diese holt die Tante von zu Hause ab, geht mit ihr einkaufen und Kaffee trinken, bringt sie zum Kontrolltermin in die Wundambulanz und danach wieder nach Hause. Die Frau besteht darauf, dass die Wundmanagerin während des wöchentlichen Termins keine anderen Tätigkeiten annimmt. Sie will die ungestörte Aufmerksamkeit und äußert dies auch klar. Die Verbandswechsel und die Kompressionstherapie zu Hause erledigt die Frau selber. Auch in der Wundambulanz bestimmt sie mit, welche Verbandsmaterialien verwendet werden sollten. Seit 15. April 2014 ist sie in der Wundambulanz in Behandlung und besteht darauf, wöchentlich zum Verbandswechsel zu kommen. Die Wunde ist immer wieder größer, kleiner, mehr oder weniger gerötet, aber von Abheilung ist noch nicht zu reden. Während der Weihnachtsferien bleibt die Wundambulanz zwei Wochen geschlossen. Die Frau äußert jedes Mal Hilflosigkeit und sei den Tränen nahe.

Durch die Wunde erfuhrt die Frau Zuwendung, Pflege und Rücksicht von der Nichte und den WundmanagerInnen. Also hat das „soziale Ulcus cruris“ in diesem Beispiel den sekundären Krankheitsgewinn (Definition siehe unten) innerklinisch und im privaten Umfeld. Ihr Interesse, die Wunde am Abheilen zu hindern, könnte also aus mehreren Bereichen bestehen. Würde die Wunde abheilen, ist die wöchentliche Betreuung durch die Wundambulanz nicht mehr notwendig. Fraglich ist, ob dann auch die Nichte das Bedürfnis der Tante als „wichtig“ genug sehen würde, sich wöchentlich Zeit zu nehmen.

Auch Christian Seiffter hat im Zuge seiner Diplomarbeit zum Thema „Pflegeaspekte bei Menschen mit Ulcus cruris venosum“ auf die Bedeutung der sozialen Situation in Bezug auf Wundheilung hingewiesen. Die zwei geschilderten Fälle erklären auch den „sekundären Krankheitsgewinn“ sehr eindrücklich.

3.2.4 Christian Seiffter

„In einigen Fällen können aber auch Wundheilungsstörungen von der psychischen oder sozialen Situation des Betroffenen beeinflusst werden. In der Praxis habe ich Situationen erlebt, wo eine chronische Erkrankung, offensichtlich für den Betroffenen einen „Gewinn“ darstellte. So kam ein Fabrikarbeiter in regelmäßigen Abständen mit rezidivierenden venösen Ulzerationen an seinen Beinen zur stationären Aufnahme. Während der stationären Versorgung heilten die Geschwüre in kurzer Zeit ab. Auffallend war, dass der Patient häufig über seine abgelehnten Pensionsansuchen klagte. Wenn ich den Patienten außerhalb des Krankenhauses traf und mit ihm ein paar Worte wechselte, stellte ich fest, dass er trotz dringender Empfehlung keine Kompressionsstrümpfe trug. Als dem Mann nach einiger Zeit dann doch die Frühpension zugesprochen wurde, besserte sich die Situation und die Ulzerationen verheilten.

In einem anderen Fall schilderte mir eine Wirtin recht eindrücklich, wie froh sie über ihr offenes Bein sei. Jetzt brauche sie nicht mehr von früh morgens bis spät in die Nacht am Herd zu stehen und findet wieder Zeit für Handarbeiten, welches immer schon ihr größtes Hobby war. Bei dieser Patientin kam es permanent zu Wundheilungsstörungen und Rückschlägen im Therapieverlauf. Eine gänzliche Abheilung kam nie zustande.

Im Rahmen meines Praktikums in der Hauskrankenpflege wurde mir erzählt, dass alleinstehende Personen, oder Menschen, die nur die Mitarbeiter des Hilfsdienstes als Bezugspersonen haben, häufig zu Wundheilungsstörungen neigen. Für manche Patienten scheint in einer schwierigen Lebenslage offensichtlich eine chronische Ulcus Wundheilungsstörung der einzige Weg zu sozialen Kontakten zu sein!“ (Seiffter, 2006, Seite 19)

3.3 Psychische Störungen, die Wunden hervorrufen können

Entsteht ein „soziales Ulcus cruris“ immer aus einem bereits bestehenden Ulcus cruris, durch den sekundären Krankheitsgewinn? Oder zählen auch folgende psychische Diagnosen zu diesem Phänomen?

3.3.1 Selbstpfledefizite

Schädle-Deininger und Villinger (1997) beschreiben als einen Punkt die Selbstpfledefizite während einer Krankheitsentwicklung. Menschen, die ihre Hilflosigkeit nicht für andere verständlich ausdrücken können und somit immer absurder handelt, um auf sich aufmerksam zu machen. Oder Menschen verfügen über keine Selbstfürsorgekompetenz und können notwendige Maßnahmen nicht ausreichend durchführen.

3.3.2 Faktitielle Syndrome wie das Münchhausen-Syndrom

„Menschen mit Münchhausen-Syndrom täuschen gezielt Krankheiten vor, um eine medizinische Behandlung zu erhalten – oder sie erzeugen Beschwerden selbst, indem sie sich verletzen oder ihrem Körper auf andere Weise Schaden zufügen.“ (Wiebke Raue, 2017, Seite 74-78.)

Arelin et. al. (2017) beschrieben in ihrem Artikel das Münchhausen-Syndrom als eine Extremvariante des faktitiellen Syndroms (FS), welches sich nicht so unmittelbar und offensichtlich präsentiert wie die meisten anderen psychiatrischen Erkrankungen und somit ein großes Problem für die Grundlage medizinischer Entscheidungen darstellt.

3.3.3 Artefakte oder artifizielle Störungen

„Chronische Wunden manifestieren sich klinisch meist als Dekubitus, diabetisches Fußulkus oder Ulcus cruris. Insbesondere die Ursachen für ein chronisches Ulcus cruris sind sehr vielfältig und stellen für die medizinischen Fachbereiche eine enorme interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderung dar. Auch wenn bei rund 80 % der Patienten mit chronischem Ulcus cruris in Deutschland eine chronische venöse Insuffizienz und/oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit zugrunde liegen, existieren viele weitere Krankheitsbilder wie beispielsweise Vasculitis, Livedovaskulopathie, Pyoderma gangraenosum, Necrobiosis lipoidica, Kalziphylaxie, Ekthyma, Neoplasien und kutane Artefakte, die als Differenzialdiagnosen beachtet werden sollten. Viele Patienten werden auf das Symptom einer chronischen Wunde reduziert und lediglich symptomatisch behandelt. Die Durchführung einer erfolgreichen Therapie der Patienten mit chronischem Ulcus cruris ist aber nur nach adäquater Diagnostik möglich. Hier bietet die ABCDE-Regel (siehe Kapitel 2.3) eine Orientierungshilfe. Ein dauerhafter Behandlungserfolg setzt immer eine kausal orientierte Therapie voraus. Begleitend kann zudem eine moderne feuchte Wundtherapie die Wundheilung unterstützen.“ (Dissemond, Gefäßchirurgie 7/2017, Seite 505)

3.3.4 Frontalhirnläsionen

Schneider (2004) beschreibt, dass eine Vielzahl von Störungen des Verhaltens und der Persönlichkeit als „Frontalhirnsyndrom“ bezeichnet wird. Das höchste Assoziationsareal stellt das Präfrontalhirn dar und steht in Verbindung mit allen anderen Assoziationsgebieten. Die Fähigkeit, Handlungsabläufe in sinnvoller Abfolge zu planen oder auch bewusst von einer Handlung abzulassen (vorausschauendes Denken) vermittelt das Frontalhirn. Menschen mit Läsionen im Frontalhirn haben häufig eine fehlende Krankheitseinsicht und daher nicht selten Schwierigkeiten im Sozialleben. Nicht zuletzt, weil emotionale Störungen und Beeinträchtigungen des Gefühlslebens diese Menschen meist begleiten.

3.4 Definition des „sozialen Ulcus cruris“

Die verschiedensten genannten Punkte könnten Auslöser für ein „soziales Ulcus cruris“ sein. Wahrscheinlich gibt es meist sogar mehrere Auslöser. Der individuelle sekundäre Krankheitsgewinn (3.1.2) wird das „soziale Ulcus cruris“ ständig begleiten.

„Ein soziales Ulcus cruris besteht, wenn Betroffene durch die Wunde mehr Lebensqualität verspüren.“

Diese Lebensqualität ist natürlich individuell zu betrachten und kann unterschiedlichst geäußert werden.

Nicht auszuschließen ist, dass das „soziale Ulcus cruris“ von anderen Krankheitsbildern begleitet wird (siehe 2.3.4 oder 3.3). So kann jede Form des Ulcus cruris (venös, arteriell, mixtum) auch ein „soziales Ulcus cruris“ sein. Auch werden psychische Diagnosen häufig in Verbindung mit „sozialen Ulcus cruris“ stehen.

Ein weiterer Denkansatz kann sein, dass das „soziale Ulcus cruris“ möglicherweise keine Definition benötigt, da es ein Symptom und kein eigenständiges Krankheitsbild ist.

4 Resümee, Diskussion

Es gibt verschiedenste psychische Störungen, die Hautverletzungen begünstigen oder gar der Auslöser dafür sind. Alle vier genannten psychischen Störungen werden durch soziale oder emotionale Faktoren beeinflusst. Ob das „soziale Ulcus cruris“ auch zu psychischen Störungen zählt ist wahrscheinlich von vielen weiteren Faktoren abhängig. Generell sollte bei chronischen Wunden immer ein biopsychosoziales Krankheitsmodell mitberücksichtigt und Coping in Betracht gezogen werden.

Nicht geklärt werden konnte die Frage, ob sich ein „soziales Ulcus cruris“ immer aus einem Ulcus cruris entwickelt, oder ob auch der soziale Aspekt Auslöser für die Entstehung eines Ulcus cruris sein kann.

Auch wenn die Anamnese sehr genau und unter Berücksichtigung sozialer Aspekte geführt wird, kann ein „soziales Ulcus cruris“ nie ausgeschlossen werden. Da es sich im Laufe der Wundbehandlung aus einem Ulcus cruris entwickeln oder bei der Anamnese auch bewusst Details verheimlicht oder falsch angegeben werden können. Erst wenn die Ursachen oder Risikofaktoren für das „soziale Ulcus cruris“ geklärt sind, kann dieses Phänomen erkannt werden und die hohen Krankheitskosten durch dieses Krankheitsbild reduziert werden.

Fakt ist, dass nicht die Wunde am Menschen, sondern der Mensch mit der Wunde betreut und begleitet werden muss. Der ganzheitliche Ansatz ist beim „sozialen Ulcus cruris“ die Voraussetzung für das Erkennen und in weiterer Folge auch, um gezielte Maßnahmen zu vereinbaren. Chronische Wunden sind ein multidisziplinäres Behandlungsfeld und deshalb wäre immer auch ein abgestimmtes, einander ergänzendes, interdisziplinäres Team notwendig, besonders aber bei „sozialen Wunden“.

5 Zusammenfassung

Das „soziale Ulcus cruris“ ist als Krankheitsbild nicht literarisch hinterlegt. Auch die Definition ist nicht geklärt. Dass es jedoch bei chronischen Ulcus cruris durch eminenzbasierte Gewissheit auch das Phänomen des „am Heilen hindern“ gibt, ist mittlerweile bekannt. Dieses Phänomen wurde bisher leider nicht näher untersucht. So kann es nicht erkannt und auch nicht ausreichend behandelt werden.

Es wäre sinnvoll, solche Phänomene zu definieren und geeignete, interdisziplinäre Behandlungspläne zu erstellen, um die Krankheitskosten bei chronischen Wunden zum Stagnieren oder gar zum Senken zu bringen.

Verschiedene Ansatzpunkte wurden gewählt, um den Grund für das Verhalten der Betroffenen zu erläutern. Leider war dies aufgrund der fehlenden Definition nicht möglich. Basiert ein „soziales Ulcus cruris“ auf der Risikobereitschaft, der kognitiven Dissonanzreduktion, auf innere Widerstände, fehlende Compliance oder verschiedene andere Einflussfaktoren? Oder sind vielmehr der sekundäre Krankheitsgewinn, das Krankheitsverhalten, die Angst, Gefühle, mögliche Differenzen mit den „Behandlern“ oder gar psychische Störungen für „soziale Wunden“ verantwortlich?

Wahrscheinlich sind verschiedene Ursachen in unterschiedlicher Ausprägung mitverantwortlich für das „soziale Ulcus cruris“. Ein „soziales Ulcus cruris“ besteht, wenn Betroffene durch die Wunde mehr Lebensqualität verspüren. Verschiedenste Begleiterkrankungen sind möglich, deshalb sollte das Behandlungsteam auch möglichst multiprofessionell zusammengestellt sein.

Schlüsselwörter:

Ulcus cruris, sekundärer Krankheitsgewinn, Lebensqualität

6 Literaturverzeichnis

Arelin V., Balzer M.S., Hiss M., Haller H. und Schmitt R. (2017). Der Ritt auf der Kanonenkugel – Vertrauensprobleme zwischen Nephrologe und Patient im Setting von Peritonealdialyse und Münchhausen-Syndrom. In: Nieren- und Hochdruckkrankheiten. Jahrgang 46, Nummer 2/2017.

Bertelsmann Lexikon-Institut (1992). Die große Bertelsmann Lexikothek. Gütersloh, Germany. Mohndruck Graphische Betriebe GmbH

Brown Annemarie (2005). Chronic leg ulcers: do they affect a patient's social life?. In: British Journal of Nursing. Volume 14, Ausgabe 2018.

Dissemond Joachim, Assenheimer Bernd, Bültemann Anke, Gerber Veronika, Kohler von Siebenthal Elisabeth, Koller Sonja, Kröger Knut, Kurz Peter, Läuchli Severin, Münter Christian, Panfil Eva-Maria, Probst Sebastian, Protz Kerstin, Riepe Gunnar, Strohal Robert, Traber Jürg, Partsch Hugo (2016). Kompressionstherapie bei Patienten mit Ulcus cruris venosum. In: JDDG (Journal der Deutschen Dermatologiegesellschaft). Band 14, Ausgabe 11/2016.

Dissemond Joachim (2017). Differentialdiagnose des chronischen Ulcus cruris. In: Gefäßchirurgie, Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin. Volume 22, Ausgabe 7/2017.

Dissemond Joachim (2017). Standards des ICW e. V. für die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden, Standards in der Wundversorgung. In: Wund Management 11/2017.

Festinger Leon (1962). A Theory of Cognitive Dissonance. 1962. Stanford, California. Stanford University Press

Gaebel W., Zielasek J. (2017). Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag GmbH Deutschland

Hell Daniel (2. korrigierte Auflage 2003). Seelenhunger, Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben. Bern. Verlag Hans Huber

Körber Andreas, Klode Joachim, Al-Benna Samy, Wax Caroline, Schadendorf Dirk, Steintraesser Lars, Dissemond Joachim (2010). Genese des chronischen Ulcus cruris bei 31619 Patienten im Rahmen einer Expertenbefragung in Deutschland. In: JDDG (Journal der Deutschen Dermatologiegesellschaft). Band 9, Ausgabe 2/2011.

Kulbe Annette (2. überarbeitete Auflage 2009). Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Stuttgart. Verlag W.Kohlhammer

Niescher-Lüftl Karin (2017). Ulcus cruris – Pathophysiologie, Übersicht, Differentialdiagnosen. Skriptum zur Weiterbildung Wundmanagement

Protz Kerstin (7. Auflage 2014). Moderne Wundversorgung, Praxiswissen, Standards und Dokumentation. München. Urban & Fischer Verlag

Risse Alexander (2013). Compliance und Non-Compliance bei der Behandlung chronischer Wunden. In: Phlebologie 04/2013.

Risse Alexander (2013). Leibesinselschwund – ein haftungsrechtliches Problem bei Diabetes mellitus? In: Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen, Nov/Dez 2013.

Schädle-Deininger Hilde und Villinger Ulrike (2.Auflage 1997). Praktische psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag. Bonn. Psychiatrie-Verlag

Schmidt Doris, Zimmer Michael (2005). Chirurgie, Basislehrbuch Gesundheit und Krankheit. München. Urban & Fischer Verlag

Schnider Armin (2. Auflage 2004). Verhaltensneurologie, Die neurologische Seite der Neuropsychologie. Stuttgart. Georg Thieme Verlag

Seifter Christian (Diplomarbeit 2003). Pflegeaspekte bei Menschen mit Ulcus cruris venosum. Diplomarbeit zur Erlangung des Diploms für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Bfi und Diakonissen- Krankenhauses Salzburg gemeinsam mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des A.ö. Krankenhauses Hallein

Springer B. (2013). Psyche und Wundheilung: Alles Plazebo?. In: Wund Management. Ausgabe 06/2013.

Wiebke Raue (2017). Münchhausen-Syndrom: Vorsätzlich krank. In: Leidfaden - Was hält Leib und Seele zusammen? Fachmagazin für Krisen, Leid und Trauer. Ausgabe 6, Jahrgang 4/2017.

Wippert Pia-Maria, Beckmann Jürgen (2009). Stress- und Schmerzursachen verstehen, Gesundheitspsychologie und –soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart. Georg Thieme Verlag

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Verena Thurner, geb. am 18.08.1986, erkläre, die Projektarbeit persönlich und selbstständig erarbeitet zu haben. Ich habe die gesamte Literatur bzw. alle Quellen, die ich für die Erstellung verwendet habe, angeführt.

Sowohl Literatur als auch alle anderen Quellen entsprechen den wissenschaftlichen Prüfungskriterien.

Die Arbeit liegt oder lag keiner anderen Prüfungsbehörde vor.

Ich erkläre mich bereit, meine Projektarbeit zur Verfügung zu stellen.

Innsbruck, im Juli 2018

Unterschrift