



STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

# Pflege Preis 2012

Eine Anerkennung  
für professionelle Leistungen  
in den Bereichen

**Stoma • Kontinenz • Wunde**

€4,30



---

# Dünndarmfisteln

## Möglichkeiten der Behandlung – dargestellt an einem praktischen Beispiel

---

---

Erstellt im Rahmen des Weiterbildungslehrgangs zum Pflegeexperten

Stoma- Kontinenz- Wunde

20.09.2010- 22.06.2012

**Annette Gottschalch**

---

---

# Inhaltsübersicht

---

- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| 1   | Einleitung  | 6.2 | Versorgung des Patienten auf der Normalstation                                      |
| 2   | Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie<br>des Dünndarms | 6.3 | Aufenthalt in der Reha-Klinik   |
| 3   | Fistel  | 6.4 | Entlassung in den häuslichen Bereich  |
| 4   | Die Dünndarmfistel  | 7   | Psychische Situation von Patienten mit<br>Dünndarmfistel                            |
| 4.1 | Symptome  | 8   | Körperbildstörungen bei Patienten mit<br>Dünndarmfistel                             |
| 4.2 | Diagnose  | 9   | Fragebogen zur Beurteilung der Lebensqualität<br>von Betroffenen mit Dünndarmfistel |
| 4.3 | Prognose  | 10  | Pflegediagnosen bei Patienten mit<br>Dünndarmfistel                                 |
| 4.4 | Therapie  | 11  | Moderne Fistelversorgung  |
| 5   | Das Kurzdarmsyndrom   | 12  | Schlusswort   |
| 5.1 | Folgen des Kurzdarmsyndroms und Therapie                    |     |   |
| 6   | Vorstellung des Patienten                                   |     |   |
| 6.1 | Intensivmedizinische Versorgung                             |     |   |

---

# 1 Einleitung

---

Das Auftreten einer Dünndarmfistel kann als kritisches Lebensereignis bezeichnet werden, welches in seinen Auswirkungen sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht mit der Schwere einer Krebserkrankung vergleichbar ist. Die existenzbedrohende Erkrankung und der Ekel vor der Fistel selbst übersteigen häufig die Belastbarkeit der Person. Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit bis hin zum Verlust der Handlungsfähigkeit können in der Folge auftreten. Betroffene fürchten sich vor sozialer Ausgrenzung und dem Verlust ihrer Selbständigkeit.

Sie hadern mit ihrem Schicksal und sind häufig verzweifelt und mutlos. Die Entwicklung einer solchen Krise lässt sich nicht vorher bestimmen.

In unserer Arbeit haben wir jedoch die Möglichkeit gemeinsam mit dem Patient und dessen Angehörigen individuelle Lösungen zu erarbeiten. Negative Gefühle sollen auf ein erträgliches Maß reduziert werden um eine Neuorientierung im Leben zu ermöglichen. Auf diese Weise können wir die Betroffenen dabei unterstützen, ein neues inneres Gleichgewicht herzustellen und eine positive Entwicklung in Gang zu setzen (John, 2011, S. 4f.).

Während der Betreuung eines Patienten, der an inoperablen Dünndarmfisteln leidet, wurde ich auf die Vielschichtigkeit der Probleme aufmerksam, die hierbei entstehen können.

Die Arbeit befasst sich mit einem praktischen Beispiel, anhand dessen auf die Schwierigkeiten der Versorgung im stationären Bereich, in Reha-Kliniken, sowie im häuslichen Bereich eingegangen wird. Weiterhin soll die psychische Situation des Patienten sowie seiner Angehörigen näher beleuchtet werden. Das Ziel ist es, ein besseres Verständnis aller am Heilungserfolg Beteiligten zu erreichen.

Abschließend werden die derzeit gebräuchlichsten Methoden der Fistelversorgung erläutert.

---

## 2 Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Dünndarms

---

Im klinischen Sprachgebrauch werden überwiegend Jejunum und Ileum als Dünndarm bezeichnet. Der Dünndarm ist entwicklungs geschichtlich und funktionell den Organen des Oberbauchs zuzurechnen. Jejunum und Ileum liegen intraperitoneal (in der Bauchhöhle) und sind an der hinteren Bauchwand aufgehängt.

40% des Dünndarms sind Jejunum, 60% sind Ileum.

Die Länge des Dünndarms nach Resektion und Streckung des Mesenteriums (Bauchfell) beträgt 5-8 m.

Die arterielle Versorgung übernimmt die A. mesenterica superior, die venöse Versorgung wird von der V. mes-enterica superior übernommen (Schumpelick et al., 2006, S. 492).

Übersicht über das Verdauungssystem (Block, 2006, S. 11)

Die Funktion des Dünndarms besteht in der Resorption von Nahrungsbestandteilen wie z.B. Wasser, Elektrolyten, Vitaminen und Gallensäuren. Im oberen Dünndarmabschnitt werden außerdem Enzyme und Hormone gebildet. Der Transport des Dünndarminhaltes wird durch Peristaltik gewährleistet. Im Dünndarm gibt es unterschiedliche Resorptionsareale. Eisen, Kalzium, Magnesium, Saccharide und wasserlösliche Vitamine werden im Duodenum resorbiert. Im Jejunum werden vor allem fettlösliche Vitamine, Fette, Cholesterin und Eiweiß resorbiert. Das terminale Ileum ist der Resorptionsort des Vitamin B 12 Komplexes und der Gallensäuren.

Störungen der Resorption bezeichnet man als Malassimilation. Sie können auf Malabsorption oder auf Maldigestion beruhen. Unter Maldigestion versteht man eine mangelnde Verdauung d.h. enzymatische Aufschließung der Nahrung. Ursachen können Störungen der Magenentleerung, Verminderung der Gallensäuren, eine verminderte Aktivität von Dünndarmmukosaenzymen sowie eine exogene Pankreasinsuffizienz sein. Bei der Malabsorption handelt es sich um eine gestörte Aufnahme von Nahrungsbestandteilen durch die Darmwand infolge von Schädigung der Enterozyten (Dünndarmepithel), Störung der Veresterung der Gallensäure, einer stark beschleunigten Darmpassage oder einem Kurzdarmsyndrom. Außerdem kommen dem Dünndarm wichtige immunologische Funktionen zu, die erst teilweise erforscht sind (Schumpelick et al., 2006, S. 492 ff).

---

## 3 Fistel

---

Obwohl sich die Versorgungsmöglichkeiten von Patienten mit Anlage eines Stomas bis heute sehr weit entwickelt haben und ein vielfältiges Angebot an Materialien zur Verfügung steht, bleibt die Versorgung von Patienten mit Fisteln weiter eine Herausforderung für Pflegenden und Betroffene.

„Fisteln sind angeborene oder erworbene röhrenförmige Gänge. Sie stellen unnatürliche Verbindungen zwischen Körperhöhlen und der inneren und äußeren Körperoberfläche her und sind entweder mit Granulation (Röhrenfistel) oder mit Epithel (Lippenfistel) ausgekleidet.“ (Feil-Peter, 2001, S.127) Aus den Fistelgängen entleert sich meist aggressives Sekret, welches die Haut stark schädigt (z.B. Gallen-, Pankreas-Sekret, Eiter oder Stuhl). Im Vergleich zu einem chirurgisch angelegten Stoma liegen Fisteln des Bauchraumes meist sehr ungünstig in oder unter Hautniveau, in Hautfalten, an Knochenvorsprüngen oder in Operationsnarben.

Das Ziel besteht darin, die aggressiven Sekrete sicher in dafür vorgesehene Beutelsysteme abzuleiten und dabei gleichzeitig einen optimalen Schutz der umgebenden Haut zu gewährleisten.

Deshalb empfiehlt sich die Verwendung von geeigneten Hautschutzmaterialien und Stoma Versorgungsartikeln. Größere Sekretmengen müssen in ein Beutelsystem abgeleitet werden. Dies erspart dem Pflegepersonal zumeist häufige Verbandswechsel und die Menge des Sekretes kann genau bilanziert werden.

Auch unangenehme Gerüche, die für den Betroffenen und seine Umgebung oft als extrem belastend erlebt werden, können so weitestgehend vermieden werden. Es stehen verschiedene Versorgungssysteme zur Verfügung. Die Auswahl richtet sich nach der Art der Ausscheidungen, der Lage der Fistel und dem Zustand der umgebenden Haut. Für eher flüssige Ausscheidungen können Versorgungssysteme aus dem Bereich der Urostomieversorgung Verwendung finden. Bei breiigen Ausscheidungen ist ein breiterer Bodenauslass wie z.B. der von Ausstreifbeuteln besser geeignet. Müssen große Fisteln versorgt werden, können so genannte Wundkollektoren zum Einsatz kommen. Diese werden von mehreren Herstellern angeboten und können mit und ohne Behandlungsfenster bestellt werden. Die Haftfläche der Systeme besteht aus Hydrokolloid und eignet sich sehr gut um die Fistel umgebende Haut sicher abzudecken und vor Ausscheidungen zu schützen. Um Unebenheiten auszugleichen und eine sichere Verbindung zwischen Haut und Versorgungssystem herzustellen, benötigt man konvexe Klebeflächen, Gürtel, Hautschutzringe und Pasten. Ziel ist es, ein Versorgungssystem zu finden, welches so klein wie möglich und so groß wie nötig ist. Dabei muss vor allem die Menge der Ausscheidungen in Betracht gezogen werden. Das System soll die umgebende Haut optimal schützen. Für den Patient ist eine leichte Handhabung wichtig und auch wirtschaftliche Aspekte müssen mit in Betracht gezogen werden. Eine Haftung des Systems von ein bis zwei Tagen ist als günstig zu bezeichnen. Bei der Versorgung der Fistel sollte eine Einschränkung der Mobilität des Patienten möglichst vermieden werden (Feil-Peter, 2001, S.128 ff.).

---

## 4 Die Dünndarmfistel

---

Eine pathologische Verbindung des Dünndarms mit der Haut (äußere) oder mit einem anderen Hohlorgan (innere) wird als Dünndarmfistel bezeichnet. Häufig treten innere Fisteln beim Morbus Crohn auf. Äußere Fisteln entstehen meist nach chirurgischen Eingriffen durch Anastomosen-insuffizienzen (aufreißen oder undicht werden einer Verbindung zwischen zwei anatomischen Strukturen) oder Abszessen. Außerdem können Fremdkörper wie Nahtmaterial oder Tumore eine Ursache darstellen. Der Bereich der Bauchhaut um die Fistel herum ist häufig stark mazeriert (aufgeweicht). Unterschieden werden kleinere, sogenannte „Low-Output-Fisteln“, mit weniger als 200ml Sekretion/Tag und große, sogenannte „High-Output-Fisteln“ mit mehr als 200ml Sekretion/Tag. Je weiter oral die Fisteln liegen, desto stärker ist der Flüssigkeits- und Elektrolytverlust. Während erstere unter lokaler Drainage und parenteraler Ernährung meist spontan abheilen, erfordern High-Output-Fisteln in der Regel die operative Revision im stabilen Intervall (Siewert, 2006, S. 607 f.).

---

## 4.1 Symptome

---

Ist das betroffene Dünndarmsegment nur kurz, treten bei Patienten mit internen Dünndarmfisteln klinisch oft keine eindeutigen Symptome auf. Je größer das Segment ist, desto häufiger kommt es zu Störungen im Elektrolythaushalt und Malnutrition (Mangelernährung) bedingt durch die gestörte Nährstoffaufnahme.

Bei enterovesicalen Fisteln (röhrenförmige Verbindung zwischen Darm und Harnblase) klagen die Betroffenen häufig über rezidivierende Harnwegsinfekte oder über Stuhlausscheidung im Urin. Im Vergleich zu externen Fisteln kommt es bei internen Fisteln wesentlich seltener zu Elektrolytstörungen, zu Malnutrition oder zu einer Sepsis (Siewert et al., 2002, S. 447).

---

## 4.2 Diagnose

---

Während externe Fisteln leicht erkennbar sind, da sich Darminhalt nach außen oder durch die Vagina entleert, sind interne Fisteln oft nur schwer zu erkennen. Es besteht die Möglichkeit, einen externen Fistelgang mit Hilfe eines röntgendichten Kontrastmittels darzustellen. Auch bei internen Fisteln ist die radiologische Abklärung mittels Kontrastmittel die gebräuchlichste Methode. Besteht der Verdacht auf einen intraabdominellen Abszess kommen die Sonographie und das CT (Computertomographie) am häufigsten zum Einsatz (Siewert, 2002, S. 448).

---

## 4.3 Prognose

---

Obwohl sich die Therapie der großen symptomatischen Dünndarmfisteln in den letzten Jahren sehr verbessert hat, ist die Mortalitätsrate von 15-25% kaum verändert. Während früher hauptsächlich Flüssigkeits- und Elektrolytverluste als Mortalitätsursache galten, ist heute vor allem für immunsupprimierte Patienten das Risiko an einer Sepsis zu versterben sehr hoch. Bei 25-75% aller Patienten mit einer enterokutanen Fistel (unnatürlicher Verbindungsgang zwischen dem Darm und der Haut) liegt klinisch eine Sepsis vor. Möglichst frühzeitig eine Diagnose zu stellen und eine geeignete Therapie einzuleiten ist aus diesem Grund von besonderer Wichtigkeit. Die Menge der Ausscheidung aus einer Dünndarmfistel variiert stark, meist werden mehr als 500ml Flüssigkeit innerhalb von 24 Stunden ausgeschieden. Die Menge der Flüssigkeit und die Lokalisation der Fistel ist ein wichtiger prognostischer Faktor für die Wahrscheinlichkeit eines spontanen Fistelverschlusses. Je weiter proximal (zum Körperzentrum) eine Dünndarmfistel liegt, desto größer ist auch die Sekretionsmenge. Doch nicht nur die Menge spielt hier eine entscheidende Rolle, sondern auch die Zusammensetzung der Ausscheidungen.

Sind vermehrt Pankreas- und Gallensekret enthalten, wird die Versorgung solcher Fisteln durch die hohe Aggressivität der Ausscheidungen noch erschwert. Der Elektrolytverlust und die Malnutrition sind nicht nur durch den Verlust von Proteinen aus der Fistel bedingt, sondern sie werden auch durch ungenügende Nährstoffzufuhr und die sepsisbedingte katabole Stoffwechsellage (es wird mehr Energie verbraucht, als durch die Nahrung zugeführt wird, Reaktion des Körpers auf Belastung) verursacht. Die Chance eines spontanen Fistelverschlusses unter konservativer Behandlung liegt bei 30-70%.

Während sich externe Fisteln mit einer Wahrscheinlichkeit von 70% spontan verschließen, ist dies bei internen symptomatischen Fisteln fast nie der Fall. Auch bei Fisteln des Ileums besteht praktisch keine Chance eines spontanen Verschlusses, da hier meist ein M. Crohn als Ursache zugrunde liegt. Entscheidenden Einfluss auf den spontanen Verschluss von Dünndarmfisteln haben entzündliche Darmerkrankungen, Sepsis und Malnutrition, intraabdominelle Tumore oder Abszesse, sowie der Zustand nach Strahlenbehandlung. Aus mehreren Studien ist bekannt, dass Fisteln, die länger als vier Wochen unter konservativer Therapie bestehen, kaum noch die Tendenz haben sich spontan zu verschließen (Siewert, 2002, S. 447 f., Lemmerer et al., 2010, S. 40).

---

## 4.4 Therapie

---

Die Therapie der Dünndarmfisteln hängt von vielen Faktoren ab. Entscheidend sind der Ernährungszustand des Patienten, die Ursache und die Lokalisation der Fistel. Auch die Menge der Ausscheidungen sowie das Vorliegen einer Sepsis spielen bei der Auswahl der Therapie eine wichtige Rolle. Die konservative Behandlung stützt sich hauptsächlich auf den Flüssigkeits- und Elektrolytersatz, sowie auf eine frühzeitige Sepsisbehandlung. Meist kommt eine totale parenterale Ernährung des Patienten zum Einsatz. Die zusätzliche Gabe von Octreotid (Peptidhormon zur Senkung der Sekretion von Pankreasenzymen, Gastrin und Pepsin) hat die Reduktion der Ausscheidungen zum Ziel. Damit nimmt die Chance für einen spontanen Fistelverschluss zu (Nubiola et al. 1989 in Siewert et al., 2002, S. 448). Bei Fisteln, die länger als vier bis sechs Wochen nach konservativer Therapie bestehen und bei symptomatischen internen Fisteln, denen ein Abszess zugrunde liegt, wird eine chirurgische Resektion empfohlen. Hierbei wird der fisteltragende Abschnitt reseziert und eine End-zu-End-Anastomosierung durchgeführt. Die Letalität liegt bei 5%. Durch die neuen Therapiemöglichkeiten sowie durch die perkutane Abszessdrainage hat sich die Zahl der chirurgisch behandlungsbedürftigen Fisteln erheblich verringert (Siewert et al., 2002, S. 448 f.).

---

## 5 Das Kurzdarmsyndrom

---

Fällt die Funktion größerer Darmabschnitte aus oder ist der Dünndarm nach einer ausgedehnten Resektion zu kurz, steht nicht mehr genügend Resorptionsfläche zur Verfügung um Flüssigkeit, Elektrolyte und Nahrungsbestandteile aufzunehmen.

Es entsteht ein Malassimilationssyndrom. Häufige Ursachen für einen Funktionsausfall eines normal langen Dünndarms sind schwere Verwachsungen, Bestrahlungsfolgen oder chronischer Ileus (Darmverschluss) bei Peritonealkarzinose (Tumore im Bauchraum), ausgedehnte Dünndarmresektionen (chirurgische Entfernung von Teilen des Dünndarmes im Rahmen der Tumorchirurgie), intestinalen Ischämien (Durchblutungsstörungen im Darm), Morbus Crohn, sowie Volvulus (Verdrehung eines Darmabschnittes). Die untere Grenze zur Vermeidung einer Malassimilation liegt bei 70-100 cm. Zu den Hauptsymptomen eines Darmsyndroms zählen Diarrhöen, Fettstühle, Eiweißmangelödeme, Gewichtsabnahme und Leberfunktionsstörungen. Es können Gallen- und Nierensteine auftreten und das Risiko an Osteoporose zu erkranken ist erhöht (Siewert et al., 2002, S. 448 ff.). Die Therapie des Kurzdarmsyndroms besteht in einer parenteralen Ernährung über ein Portsystem und in einer Ernährungseinstellung. Zur Behandlung der Durchfälle werden Motilitätshemmer (verlangsamen der Darmtätigkeit) wie z.B. Loperamid eingesetzt. Um der vermehrten Bildung von Magensaft entgegenzuwirken stehen Protonenpumpenhemmer zur Verfügung. Kann eine orale Ernährung trotz der Anwendung aller diätetischen Mittel und der Verwendung chirurgisch-plastischer Maßnahmen nicht mehr garantiert werden, stellt eine Transplantation des Dünndarms die beste Behandlungsmöglichkeit dar (Bühler et al. 1997; Nour et al. 1995 in Siewert et al., 2002, S. 450). Besonders bei Problemen unter dauerhafter parenteraler Ernährung sollte eine Dünndarmtransplantation in Betracht gezogen werden. Dieses Verfahren ist jedoch hauptsächlich für jüngere Patienten geeignet und wird hier nicht näher beleuchtet (Siewert et al., 2002, S. 450 f.).

---

### 5.1 Folgen des Kurzdarmsyndroms und Therapie

---

Die ungenügende Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen führt zu Dehydratation (Wassermangel des Körpers), Gewichtsverlust und schließlich zu einer Malnutrition, welche vor allem mit einem Mangel an Vitaminen und Elektrolyten einhergeht.

Sämtliche Makro- und Mikronährstoffe können davon betroffen sein. Besonders kritisch bei Kurzdarmsyndrom ist die Verdauung von Fetten und fettlöslichen Vitaminen. Ein spezifischer Nährstoffmangel, der bei langfristiger

parenteraler Ernährung auftreten kann, betrifft das Selen. Am besten geeignet ist häufig eine Kombination aus enteraler und parenteraler Ernährung. Die orale Ernährung sollte bei vorhandenem Kolon fettarm sein. Bei der Auswahl der Fette sollten pflanzliche Fette bevorzugt werden (essentielle Fettsäuren). Zusätzlich kann in der Anpassungsphase leicht verdauliche Trinknahrung (OPD-Nahrung) eingesetzt werden. Der Patient sollte über den Tag verteilt sechs bis acht kleinere Mahlzeiten zu sich nehmen. Blähende Nahrungsmittel sollten vermieden werden.

Patienten mit einem Kurzdarmsyndrom müssen lebenslang ernährungsmedizinisch überwacht werden. Eine regelmäßige Kontrolle spezifischer Laborwerte besteht aus der Blutbestimmung der Elektrolytkonzentrationen (Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium) von Spurenelementkonzentrationen (Eisen, Zink, Selen), Vitaminkonzentrationen (B12, D, Prothrombin) und des Hämoglobingehalts. Gelegentlich muss die Oxalsäureausscheidung im 24 Stunden Urin kontrolliert werden.

Die Häufigkeit dieser Bestimmungen ist abhängig von der Schwere des Kurzdarmsyndroms. Bedingt durch die Fettverdauungsstörung beim Kurzdarmsyndrom steht nicht genügend Kalzium zur Bindung von Oxalat zur Verfügung. Dies führt wiederum dazu, dass über den Dickdarm zu viel Oxalat resorbiert wird, wodurch das Risiko für die Bildung von Oxalatsteinen im Nierensystem erhöht ist. Dies kann bis zur Urämie (Harnvergiftung) infolge Oxalatnieren führen. Aus diesem Grund sollten exzessive Gaben von Vitamin C vermieden werden. Oxalreiche Lebensmittel (wie z.B. Rhabarber, rote Rüben, Spinat, Petersilie, Sellerie, Erdbeeren, Bohnen, Himbeeren, Stachelbeeren) sind aus diesem Grund vom Patienten möglichst zu meiden. Auch die orale Gabe von Kalziumpräparaten kann der Bildung von Oxalatsteinen entgegenwirken (Siewert et al., 2002, S. 451).

---

## 6 Vorstellung des Patienten

---

Folgende Ausführungen wurden unter Wahrung der Anonymität und mit dem Einverständnis des Patienten durchgeführt (Einverständniserklärung liegt vor). Herr V., 59 Jahre alt, musste sich am 29.06.2011 unter dem Bild eines Subileus (Vorstufe eines Darmverschlusses) in stationäre Aufnahme begeben. Er klagte über starke Bauchschmerzen ohne sich erbrechen zu müssen. Auch Zeichen einer Obstipation lagen nicht vor. Bei der anschließenden Untersuchung ist der Bauch weich und diffus gebläht. Herr V. gibt Druckschmerzen an, es liegt aber keine Abwehrspannung vor. Die rektale Untersuchung ist ohne pathologischen Befund. Nach Röntgenuntersuchung mit oraler Gabe von Kontrastmittel und CT des Abdomens sind Subileuszeichen des Dünndarms vermutlich als Folge von Adhäsionen (Verwachsungen oder Verklebungen von Geweben oder Organen, die normalerweise nicht miteinander verbunden sind) nachweisbar. Herr V. ist seit 1996 wegen Beschwerden im Sinne eines Darmverschlusses regelmäßig unter ärztlicher Kontrolle. Im Abstand von 2 Jahren wurden bei ihm

Operationen zur Beseitigung von Darmverschlüssen vorgenommen. Während der aktuellen Operation wurde der Befund als maligner Adhäsionsbauch beschrieben und es wurden mehrere Adhäsioleasen (lösen von Verklebungen des Darmes) durchgeführt. Daraufhin wird Herr V. intensivmedizinisch betreut. Er hat ein fortschreitendes septisches Krankheitsbild entwickelt. Bereits nach wenigen Tagen muss Herr V. erneut operiert werden, um mehrere kleine offene Stellen im Dünndarm zu übernähen. Der Patient hat zunehmend Schwierigkeiten mit der Atmung. Die Verschlechterung der pulmonalen Situation erfordert daraufhin das Anlegen einer Tracheotomie. Erneut muss der Bauchraum chirurgisch eröffnet werden und es wird nach Spülung ein Netz eingelegt. Nachfolgend kommt es erneut zu Darmperforationen, die zwei weitere Relaparotomien (erneute operative Eröffnung des Bauchraumes) notwendig machen. Am 31.7.2011 wird als Ultima Ratio ein Katheterjejunostoma (Einlegen eines dünnen Katheters in das Jejunum zur enteralen Ernährung) angelegt. Danach stabilisiert sich der Zustand von Herrn V. zusehends.

Die Entzündungswerte normalisieren sich im weiteren Verlauf unter der Gabe von Antibiotika. Diese konnte am 15.8.2011 beendet werden.

---

## 6.1 Intensivmedizinische Versorgung

---

Die Behandlung der Dünndarmfisteln im intensivmedizinischen Bereich gestaltete sich schwierig. Zur Stimulierung der Granulation wurde ein Vakuum-Saugsystem eingesetzt, bei welchem sich zwei neue kleinere Darmfisteln ausbildeten. Aus diesem Grund wurden zur weiteren Versorgung der Fisteln Stomabeutel verwendet.

Langsam wurde Herr V. von der Trachealkanüle entwöhnt und atmete wieder selbständig, so dass das Tracheostoma verschlossen werden konnte.

Im intensivmedizinischen Bereich richtete sich das Hauptaugenmerk auf die Stabilisierung des Patienten und auf die Beherrschung der akuten Krankheitssituation. Bedingt durch die Beatmung und durch sedierende Medikamente erinnert sich Herr V. kaum noch an diese Zeit. Seine Frau jedoch erlebte diese als bedrohlich. Vor allem die unbekanntenen Geräusche wirkten Angst einflößend auf sie. Täglich besuchte sie ihren Mann und ist eine wichtige Stütze für ihn. Auch bei Verbandswechseln ist sie zum Teil mit anwesend. Das Pflegepersonal versorgte die Bauchwunde und die Dünndarmfisteln mit einem Post OP Beutel. Bereits hier war die Haftfähigkeit der Versorgung extrem eingeschränkt. Vor allem beim Lagewechsel des Patienten kam es häufig zu Undichtigkeiten des Systems. Das Personal hatte zunehmend Schwierigkeiten die großen Ausscheidungsmengen aufzufangen. Die Haut um die Fisteln war extrem mazeriert und herkömmliche Versorgungssysteme hielten nicht mehr. Aus diesem Grund versuchte man, wie oben beschrieben, mit einem Vacuum Saug System bessere Verhältnisse bezüglich der Ableitung des Fistelinhaltes zu erreichen. Da dies zur Ausbildung von weiteren Fisteln führte, entschloss man sich

die Versorgung der Fisteln auf konventionelle Weise, mittels Post OP Beutel, durchzuführen.

---

## 6.2 Versorgung des Patienten auf der Normalstation

---

Am 16.9.2011 wurde Herr V. auf die chirurgische Normalstation verlegt. Mit zunehmender Verbesserung des Allgemeinzustandes drangen die Schwierigkeiten bei der Versorgung der Dünndarmfisteln mehr und mehr in das Bewusstsein des Patienten und seiner Familie vor. Es machten sich starke Schmerzen der Schultern bemerkbar, für die radiologisch keine Ursache gefunden werden konnte. Zur Behandlung wurden intravenös NSAR (Nichtsteroidale Antirheumatika) und Physiotherapie eingesetzt. Der hinzugezogene Neurologe erhob den Befund einer critical illness Neuropathie (einer Erkrankung des peripheren Nervensystems). Durch die intensive physiotherapeutische Mobilisation gelang es Herrn V. jetzt wieder zu stehen und einige Schritte selbständig zu gehen. Doch trotz der neu gewonnenen Selbständigkeit hatte er Schwierigkeiten mit dem schweren Krankheitsbild umzugehen. Schon seit mehreren Jahren litt der Patient unter depressiven Verstimmungen und benötigte Medikamente. Die zunehmenden Schwierigkeiten in der Versorgung der Dünndarmfisteln ließen keine positiven Gedanken bei ihm aufkommen. Die Kontrolle über seine Ausscheidungen verloren zu haben wirkte sich verstärkend auf die depressive Verstimmung aus. Herr V. bemerkte jetzt öfters, dass das Pflegepersonal bezüglich der Fistelversorgung an seine Grenzen stieß. Doch die Erwartungen des Patienten richteten sich darauf, vom Pflegepersonal Hilfe zu erhalten. Obwohl die Pflegekräfte um eine korrekte Durchführung des Versorgungswechsels bemüht waren, musste teilweise mehrmals täglich ein neues Versorgungssystem aufgebracht werden. Diese Situation führte berechtigterweise auf beiden Seiten zu Frustrationen. Eine medizinische Maßnahme, die sehr zeitaufwendig ist und die in der Mehrzahl keinen Erfolg erkennen lässt, wirkt maximal entmutigend und lässt Zweifel in Bezug auf die Art der Versorgung und die verwendeten Hilfsmittel aufkommen. Herrn V. fällt es schwer ein Vertrauensverhältnis zum Personal aufzubauen. Wiederkehrende Leckagen des Systems schreibt er zunehmend der Unfähigkeit des Personals in der Handhabung der Hilfsmittel zu. In dieser Reaktion kommen vor allen Dingen Wut und Aggressionen über die gegenwärtige Situation zum Ausdruck. Auch dem Pflegepersonal fällt es schwer, keine Bewertung der Situation im negativen Sinne vorzunehmen. Die Fisteln haben sich mittlerweile enorm vergrößert. Auf einer Fläche von 10x20 cm befinden sich nunmehr fünf Fisteln mit einem Durchmesser von ca. zwei bis drei Zentimetern. Die Hoffnungen des Patienten und des Personals richteten sich jetzt auf einen Wundkollektor der Firma For Life. Er verfügt über ein Behandlungsfenster und eine ausreichend große Haftfläche mit sehr guten Hafteigenschaften. Zum Aufbringen dieser Versorgung wurde eine große Menge an Stoma-Paste und vor allem aber an Zeit benötigt. Doch die

Anstrengungen zeigten schließlich Wirkung. Mit einer durchschnittlichen Haltbarkeit des Systems von ein bis zwei Tagen besserte sich die Stimmung von Herr V. sichtbar. Die enorme Anspannung durch die ständige Angst vor der nächsten Leckage des Versorgungssystems legte sich etwas. Herr V. wirkte letztlich hoffnungsvoller als noch vor einigen Tagen und konnte bald darauf eine Anschluss-Heilbehandlung antreten.

---

## 6.3 Aufenthalt in der Reha-Klinik

---

Gemeinsam mit seiner Frau trat Herr V. die Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Klinik mit Schwerpunkt auf die Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels an. Dies stellte einen großen Schritt in Richtung Genesung dar. Mit dem Abstand zur Akutmedizin zog zunächst etwas mehr Ruhe in das Leben von Familie V. ein. Die Erlebnisse der letzten Wochen und Monate hatten ihre Spuren hinterlassen und spielten sich immer wieder in den Gedanken von Herrn und Frau V. ab. Auf Grund der Schwere der Erkrankung konnte Herr V. während des Aufenthaltes in der Reha-Klinik relativ wenige Behandlungen wahrnehmen. Diese beschränkten sich hauptsächlich auf leichte gymnastische Übungen der Arme, Massagen, Ernährungsberatung und auf zwei psychologische Gespräche, welche ohne die Ehefrau stattfanden. Sie war als Begleitperson mitgereist. Vor allem bei körperlicher Belastung und Bewegung bestanden weiterhin gelegentlich Probleme bei der Haftung des Wundkollektors. Aus diesem Grund stellte sich Familie V. beinahe täglich in der Stoma-Sprechstunde der Klinik vor. Hier wurde vor allem die Ehefrau ausführlich und geduldig von einer Fachschwester beim Wechsel der Versorgung angeleitet. Rückblickend berichtet Familie V., dass für sie hier erstmals klarere Strukturen bezüglich des Wechsels der Versorgung erkennbar waren. Positiv wirkte sich dabei aus, dass hauptsächlich zwei Fachschwestern mit der Familie arbeiteten. Auch im Hinblick auf den zeitlichen Rahmen sind in einer Reha-Klinik mit Stoma-Sprechstunde gute Möglichkeiten vorhanden, um auf die Fragen und Ängste der Patienten und deren Angehörigen besser eingehen zu können. Als besonders angenehm beschreibt die Ehefrau die humorvolle Art einer Stomatherapeutin, mit der sie trotz des Ernstes der Situation den Versorgungswechsel erklärte. Durch den zwanglosen Umgang verloren sich nach und nach die Ängste vor der Auseinandersetzung. Es gelang der Familie wieder etwas Vertrauen zu fassen und auch ein vorsichtiger Blick in die Zukunft erschien wieder möglich. Die ausführliche Anleitung beim Wechsel der Versorgung förderte die Selbständigkeit und das Selbstvertrauen der Familie, so dass es für sie allmählich vorstellbar wurde, zu Hause mit den Anforderungen umgehen zu können. Man könnte sagen, dass die vorhandenen Tatsachen und auch krankheitsbezogene Informationen erst zu diesem Zeitpunkt in das Bewusstsein von Familie V. vordringen konnten. Erst während der Anschlussheilbehandlung begannen



sie sich mit der Erkrankung und den daraus resultierenden Schwierigkeiten intensiv auseinander zu setzen und diese zu reflektieren.

---

## 6.4 Entlassung in den häuslichen Bereich

---

Die Entlassung in den häuslichen Bereich stellte für die Familie erneut eine große Belastung dar. Ängste und ein Gefühl der Unsicherheit gewannen wieder die Oberhand. Zu Hause angekommen wurden sie bereits vom Pflegedienst, der Hausärztin, dem Ernährungsteam und der Stomaschwester erwartet. Obwohl dies in Anbetracht der Situation notwendig erschien, wirkte die Anwesenheit von fünf mehr oder weniger fremden Personen im eigenen Wohnzimmer befremdlich.

Gemeinsam wurde nun der weitere Verlauf der Behandlung besprochen. Bei der Einweisung des Pflegedienstes in den Wechsel des Wundkollektors gab es keine größeren Schwierigkeiten. Der Pflegedienst hatte bereits Erfahrung mit der Versorgung von Patienten mit Stomaanlagen und war gewillt den Wechsel des Wundkollektors im Sinne einer Wundversorgung zu übernehmen. Recht schnell stellte sich jedoch heraus, dass der zeitliche Rahmen, welcher dem Pflegedienst für die Versorgung einer Wunde zur Verfügung steht, bei weitem nicht ausreicht um die Fisteln fachgerecht versorgen zu können. Auf Grund einer undichten Versorgung kam es immer wieder zu „Notfalleinsätzen“ des Pflegedienstes. Doch dem Pflegedienst bleibt bei der Abrechnung solcher Sondereinsätze kein Handlungsspielraum.

Die Wundversorgung wird nach SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet. Die Durchführung der Behandlung im Leistungskomplex 2, wie zum Beispiel Wundversorgung, Kompressionstherapie, parenterale Ernährung o. ä., darf nur von ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden. Der Pflegedienst erhält für eine erbrachte Wundversorgung 10,39 € von der Krankenkasse. Werden beim Patient mehrere Leistungen durchgeführt, z. B. parenterale Ernährung und Wundversorgung, wird nur die höhere Leistung von der Krankenkasse vergütet.

Dies entspricht im konkreten Fall einer Zahlung von 12,02 € für das Anschließen der parenteralen Ernährung. In diesem Betrag sind die Arbeitsleistungen der Fachkraft, die Anfahrtskosten aber auch Materialien wie Desinfektionsmittel, Handschuhe, Pinzetten, Abwurfschalen etc. enthalten. Der Betrag wird unabhängig vom Zeitaufwand für eine Wundversorgung gezahlt. Auch wenn der Pflegedienst als Folge von Undichtigkeiten des Versorgungssystems mehrmals zum Patient fahren muss, kann er die Leistung nur einmal bei der Krankenkasse geltend machen. Entweder erbringt der Pflegedienst hier eine Leistung, die er nicht vergütet bekommt oder er muss dem Patient seine Dienste in Rechnung stellen.

Dieser Umstand führt bei vielen Patienten auf Grund fehlender finanzieller Möglichkeiten in eine ausweglose Situation. Sind die Angehörigen des Betroffenen nicht in der Lage die soziale Lücke auszugleichen, bleibt nur die Aufnahme in eine

Pflegeeinrichtung oder auch die Wiederaufnahme in ein Krankenhaus. Weiterführende Sachverhalte zu dieser Problematik sind nicht Bestandteil der Arbeit und werden im Folgenden nicht weiter erläutert.

Auf Grund der schwierigen Situation, kam die Familie recht schnell zu der Überlegung, den Versorgungswechsel durch die Ehefrau abzudecken. Die Aussage von Frau V. zu diesem Thema lautete: „Was wollte ich denn machen? Ich bin ins kalte Wasser geworfen worden und musste schwimmen.“ (Frau V., Dez. 2011)

Sie hatte sich bereits ein großes Wissen im Umgang mit der Fistelversorgung ihres Mannes angeeignet. Schon oft hatte sie beim Versorgungswechsel zugesehen oder assistiert. Trotz allem viel es ihr nicht leicht, sich zu überwinden. Frau V. spürte eine starke Angst etwas zu beschädigen oder falsch zu machen. Allmählich entwickelte sie sich zu einer Spezialistin im Aufbringen des Wundkollektors. Mit genügend Zeit und Ruhe erreichte sie ein optimales Ergebnis bezüglich der Haltbarkeit der Versorgung. Obwohl sich diese Lösung für den Pflegedienst und auch für Herrn V. als große Erleichterung darstellte, liegt nun die Last und Verantwortung des Versorgungswechsels bei der Ehefrau. Diese neu entstandene gegenseitige Abhängigkeit ist eine nicht zu unterschätzende psychische Belastung für beide Partner.

---

## 7 Psychische Situation von Patienten mit Dünndarmfisteln

---

Im Gegensatz zu Patienten mit Anlage eines Stomas kommt es bei Patienten mit Dünndarmfisteln häufiger zu Undichtigkeiten des Versorgungssystems. Dies führt beim Betroffenen berechtigt zu Ängsten und Unsicherheiten im täglichen Leben. So kann es sein, dass der Patient in alltäglichen Situationen (z.B. Einladungen von Freunden, Einkäufe, Spaziergänge, Behandlungen in der Physiotherapie oder beim Arzt) ablehnend reagiert. Die Furcht vor einer Leckage des Systems bestimmt weitestgehend die gesamte Planung des Tages. Der Betroffene ist praktisch nicht mehr sicher in Bezug auf seine Ausscheidungen.

Es können keine geplanten Wechselintervalle bestimmt werden und der Patient erwartet im übertragenen Sinn bereits die nächste Panne bezüglich seines Versorgungssystems. Damit verbunden ist der enorme zeitliche Aufwand für den Wechsel des Systems und die dadurch zu erwartenden Schmerzen. Häufig ist der Betroffene nicht in der Lage sein Versorgungssystem selbst zu befestigen.

Er ist auf die Hilfe der Familie oder von Pflegediensten angewiesen. Für Patienten, die von ihren Angehörigen betreut werden, ist dies zumeist günstiger, da der Angehörige besser greifbar und vertrauter ist. Das Kümmern um den Anderen kann die Beziehungen untereinander verbessern, es kann jedoch auch eine zu große Belastung für die Beteiligten darstellen. Beispielsweise aggressives Verhalten des Betroffenen gegenüber dem Angehörigen oder eine gestörte eheliche Beziehung, die schon vor der Krankheit bestand, könnte dann zu Komplikationen führen (Käppeli, 2000, S. 27).

Bei Patienten, die von einem Pflegedienst betreut werden ist im Falle einer Leckage nicht immer sofort Hilfe zur Stelle. Oft muss die undichte Stelle notdürftig mit Kompressen o. ä. abgedichtet werden, bis Hilfe eintrifft. In vielen Fällen ist der Patient von einer anderen Person abhängig. Diese Situation kann sich negativ auf das Erleben des Selbstwertes auswirken. Etliche Betroffene müssen sich über einen langen Zeitraum hinweg mit dieser Tatsache arrangieren. Nach schwersten Komplikationen wie Entgleisungen des Stoffwechsels oder einer Sepsis dominiert anfangs die Freude darüber, diese Krise überstanden zu haben. Erst allmählich wird den Betroffenen bewusst, welche Einschränkungen und Komplikationen mit einer Dünndarmfistel verbunden sind. Im Vordergrund steht der dringlichste Wunsch nach Beseitigung der Fistel. Auch wenn der behandelnde Arzt den Patienten ausführlich über die Situation aufgeklärt hat und der Patient diese sachlich richtig einschätzen kann, bleibt bei den Betroffenen der Wunsch nach Wiederherstellung ihrer Vollständigkeit oberstes Ziel. Für die Angehörigen stellt diese chronische Erkrankung oft ebenfalls eine große Belastung dar, welche als fortwährend anwesend erlebt wird und die die Aktivitäten erheblich einschränkt. Auch sie sehnen sich nach der Rückkehr zu einem normalen sozialen Leben (Käppeli, 2000, S. 26). Das Kümmern um einen Angehörigen kann die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander beeinflussen. Dabei führen vor allem Rollenänderungen häufig zu Schwierigkeiten. So kann es sein, dass z. B. ein Partner mehr Hausarbeit leisten oder geschäftliche Dinge übernehmen muss, die vorher Aufgabe des Anderen waren. Es handelt sich jedoch nicht nur um Änderungen im Alltag und in gewohnten Abläufen des Betroffenen sondern auch um eine Veränderung der äußeren Erscheinung des Patienten. Der Anblick des Versorgungssystems, der Fistel selbst, aber auch der Ausscheidungen wird von den Betroffenen und den Angehörigen häufig als extrem belastend erlebt. Gelingt es dem Patient nicht diese körperlichen Veränderungen anzunehmen und zu verarbeiten, spricht man von einer Störung des Körperbildes (Käppeli, 2000, S.28).

---

## 8 Körperbildstörungen bei Patienten mit Dünndarmfisteln

---

„So sehr wir uns auch manipulieren und selbst täuschen, ein permanentes, möglicherweise undichtes Stoma stellt eine Beleidigung dar und ist schwer zu ertragen.“ (Dudley, 1978 in Salter, 1999, S. 186). Deshalb werden Darm- oder Blasenkrankungen bzw. -störungen, (z.B. auch Fistelbildungen im Bereich des Darmes und der harnableitenden Organe), mit unterschiedlichen Operationsmethoden behandelt. Ziel ist es, ein Stoma oder auch eine Fistel zu vermeiden oder zu beseitigen, wann immer sich die Möglichkeit dafür bietet (Church 1986 in Salter, 1999, S.186). In der Literatur sind zahlreiche Hinweise darauf zu finden, dass Betroffene oft gewillt sind umfangreiche operative Verfahren mit einem hohen Komplikationsrisiko in Kauf zu nehmen, um ein Stoma zu vermeiden oder ein

bereits vorhandenes Stoma zu beseitigen. Die vermeintliche Aussicht auf einen „normalen Zustand“, wie vor der Erkrankung, erleichtert die Entscheidung für einen solchen Eingriff häufig. Kontinenz erhaltende Operationen werden von den Patienten selbst am stärksten befürwortet. Weiterhin spielen soziale, sexuelle und psychische Aspekte eine wichtige Rolle (Salter, 1999, S. 186 f.). Überträgt man die Angaben der Patienten mit einem künstlich angelegten Stoma, welches sich zumeist vergleichsweise gut versorgen lässt, auf Patienten mit Fisteln, z.B. im Bereich des Dünndarmes, wird schnell klar, dass auch hier Störungen in Bezug auf das Körperbild des Betroffenen vorliegen müssen. Neben den häufigen Pannen bei der Versorgung der Fisteln, worüber die Betroffenen keine Kontrolle haben, wird das Körperbild durch den Austritt von Darminhalt und der Fistel selbst massiv verändert. Oft werden zur Versorgung von Dünndarmfisteln Wundkollektoren benötigt, welche nicht selten die 2-3 fache Größe einer normalen Stomaversorgung haben. Zusammen mit häufigen, großen Mengen Darminhalt, lässt sich diese Versorgung nur schwer unter der Kleidung verbergen. Normale Beschäftigungen wie z.B. Sport, soziale Aktivitäten, Freizeit, Sexualleben, häusliches Leben, familiäre Beziehungen und Reisen werden durch die Fistel erschwert oder ganz unmöglich. Die Versorgung von Dünndarmfisteln stellt nicht nur ein rein mechanisches Problem für den Betroffenen dar sondern bedeutet vor allem einen Verlust der Integrität. Für den Patienten selbst, aber auch für andere sichtbar entleert sich dünnflüssiger Stuhl aus den Fistelgängen. Sowohl Farbe, Geruch, als auch die Konsistenz der Ausscheidungen kann für Betroffene Ekel erregend sein. Der Anblick der Fistel selbst wirkt häufig abstoßend auf Patienten und Angehörige. Ähnlich wie bei einem Ileostoma erinnert die rote Schleimhaut des Dünndarms in ihrem Aussehen an eine Wunde. Diese Faktoren können beim Betroffenen zu massiven Berührungssängsten, aber auch zur völligen Ablehnung der Situation führen. Manche Patienten ziehen sich aus Angst vor einer Undichtigkeit des Versorgungssystems von ihrer Umgebung zurück. Sie verlassen kaum noch das Haus, weil sie befürchten dann von anderen als unsauber abgestempelt zu werden. Sie sind in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl erschüttert, fühlen sich minderwertig und schämen sich vor ihrer Umwelt (Pernlochner-Kügler, 2010, S. 9). Eine bedeutende Rolle für den Patienten spielt die Reaktion des Klinikpersonals und der Familie. Bei der Behandlung von Betroffenen mit Dünndarmfisteln wird die Geduld aller Beteiligten oft auf eine harte Probe gestellt. Immer wieder kann es zu Schwierigkeiten bei der Versorgung der Dünndarmfisteln kommen, welche sich dann störend auf geplante Abläufe im stationären aber auch im privaten Bereich auswirken. Untersuchungen müssen unterbrochen, physiotherapeutische Behandlungen verschoben werden oder können gar nicht stattfinden. Auf Grund von Undichtigkeiten muss das gesamte Bett abgezogen werden, die Kleidung des Betroffenen ist komplett verschmutzt. Dies führt nicht selten zu einem enormen Mehraufwand für Pflegende und Angehörige. Bei allem Druck, der häufig auf dem Pflegepersonal und auf der Familie lastet, ist es wichtig mit den Betroffenen im Gespräch zu bleiben. Sie benötigen konkrete Instruktionen und Verhaltensweisen im Umgang mit den Hilfsmitteln.

Das Realisieren von Alltagsschritten, wie z.B. der Zeitpunkt für den Wechsel der Versorgung, sowie Anweisungen für das Verhalten nach dem Versorgungswechsel, können die Selbständigkeit des Patienten stärken. „Erfolgserebnisse beim Patient mobilisieren Kräfte 'dranzubleiben', nicht zu resignieren.“ (Käppeli, 2000, S.38). Dem Patienten selbst, aber auch seinen Angehörigen muss es gestattet sein, Gefühle wie Ärger, Angst, Trauer oder auch Wut zum Ausdruck bringen zu können. Dies sind normale Reaktionen auf Überlastungssituationen, die nur schwer zu unterdrücken sind. Wichtig ist es dabei, ein gegenseitiges, wertschätzendes und verständnisvolles Verhalten beizubehalten. Indem sich Pflegende darüber informieren, wie Patienten und Angehörige die Situation erleben, kann für den Betroffenen geklärt werden, was passiert ist. Ein gemeinsamer Austausch ermöglicht Patienten und Angehörigen die Reflexion der Situation. Der Betroffene kann die Situation besser einschätzen und muss sich nicht abwehrend verhalten. Eine professionelle Sicht der Pflegenden auf die Dinge, kann beim Patient unter Umständen das Entwickeln eigener Lösungswege z.B. in Bezug auf das Versorgungssystem anregen. Erfahren auch Angehörige Verständnis bei den Pflegenden, fällt es ihnen leichter eine unterstützende Funktion einzunehmen. Das Fördern von sozialen Kontakten ist für den Betroffenen von großer Bedeutung. Hierdurch kann er auch den Wert seines eigenen Lebens besser erkennen. Behandlungstermine sollten möglichst mit Angehörigen geplant werden. So kann die veränderte Situation leichter Teil des alltäglichen Lebens werden (Käppeli, 2000, S.70).

---

## 9 Fragebogen zur Beurteilung der Lebensqualität von Betroffenen mit Dünndarmfisteln

---

Zur Beurteilung der Lebensqualität von Herrn V. wurde der Würzburger Wundscore am 06.12.2011 benutzt. Mit dem Fragebogen soll ermittelt werden, wie sehr die Erkrankung die Lebensführung von Herrn V. beeinflusst. Der Fragebogen wurde soweit angepasst, dass die Bezeichnungen „Wunde“ und „Geschwür“ durch „Fistel“ ersetzt wurden. Die Fragen 16 und 18 treffen nicht zu und entfallen.

Alle Fragen wurden nach einem Punktesystem beantwortet, d.h. 1 entspricht nicht, 2 entspricht wenig, 3 mäßig, 4 ziemlich und 5 sehr.

Herr V. gibt keine Schmerzen im Bereich der Dünndarmfistel an. Den Verbandswechsel beschreibt er als wenig schmerzhaft. Er fühlt sich durch den Geruch und die Ausscheidungen der Fistel nur wenig eingeschränkt. Den Anblick der Fistel empfindet Herr V. hingegen als ziemlich störend und versucht ihn zu vermeiden. Beim Nachtschlaf fühlt sich der Patient mäßig gestört, benötigt allerdings regelmäßig Schlafmittel. Im Falle einer Berufstätigkeit sieht er sich als sehr benachteiligt.

Auch bei der Lebensführung ist er stark beeinträchtigt. Mobilität und Urlaubsplanung sind sehr erschwert. Der Kontakt zu Freunden und Verwandten hingegen ist nicht verändert. Herr V. empfindet sich wegen der Fistel als mäßig krank aber als sehr behindert. Er leidet sehr unter der Erkrankung und ist deswegen stark depressiv. Der Patient ist stark davon überzeugt, dass sich die Fistel verschließt/ dass die Fistel operativ verschlossen wird. Herr V. glaubt, dass seine Lebenserwartung auf Grund der Fistel ziemlich eingeschränkt ist. Der zeitliche Aufwand zur Versorgung der Fistel unter Berücksichtigung von Arztbesuchen usw. wird von Familie V. auf 200 Minuten pro Tag geschätzt. Die Auswertung des Fragebogens lässt den Schluss zu, dass Herr V. durch die Versorgung der Fistel in Bezug auf die Hilfsmittel und den Wechsel insgesamt mäßig beeinträchtigt ist. Bei Aktivitäten des täglichen Lebens hingegen ist eine sehr starke Einschränkung erkennbar. Obwohl Herr V. derzeit in der Planung des Urlaubs massiv behindert ist, hat er große Hoffnung im Herbst seine Tochter an der See besuchen zu können. Er hat gleich bleibend guten Kontakt zu Freunden und Verwandten und empfängt regelmäßig Besuch. Obwohl Herr V. in psychischer Hinsicht sehr stark unter den Folgen der Dünndarmfisteln leidet, ist er dennoch davon überzeugt wieder gesund zu werden. Die Versorgung der Fisteln wird unter erheblichem zeitlichem Aufwand ausnahmslos von der Ehefrau durchgeführt. Die Unterstützung durch Familie und Freunde ist ein nicht zu unterschätzender Faktor für Herrn V., die Situation besser ertragen zu können. Obwohl oft schon kleine Dinge im Alltag Schwierigkeiten bereiten und auch regelmäßig Rückschläge mit einkalkuliert werden müssen, lässt der Rückhalt durch Familie und Freunde immer wieder hoffnungsvolle Ausblicke in die Zukunft zu. Die lebensbedrohliche Situation in der Vergangenheit und die Schwere der Erkrankung insgesamt lassen Herrn V. vermuten, dass seine Lebenserwartung eingeschränkt ist.

---

## 10 Pflegediagnosen bei Patienten mit Dünndarmfisteln

---

„Eine Pflegediagnose stellt eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl von pflegerischen Interventionen, um die aufgestellten Pflegeziele und erwünschten Pflegeergebnisse zu erreichen, wofür die Pflegeperson verantwortlich ist.“ (Pflegetwiki, 2012, [www-document]), (siehe Anhang 2: Pflegediagnosen), Anhand der erstellten Tabelle soll ein Überblick über Pflegediagnosen gegeben werden, welche beim Patient oder seinen Angehörigen im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Dünndarmfistel auftreten können. Mit Hilfe der Tabelle ist es möglich den gegenwärtigen und den zukünftigen Selbstpflegebedarf des Betroffenen zu ermitteln. Weiterhin dient sie dazu festzustellen, welche Fähigkeiten der Patient

besitzt um seinen Selbstpflegebedarf zu decken. Auch die Gefahr einer Gesundheitsschädigung lässt sich hierdurch als Risikodiagnose erfassen (Stefan et al., 2003, S. 14).

---

## 11 Moderne Fistelversorgung

---

Zur Behandlung von enterokutanen Fisteln kommt zunehmend die Anwendung eines Vacuum- Saugsystems (V.A.C.) in Kombination mit einem Fisteladapter der Firma Primed zum Einsatz. Mit Hilfe des Adapters soll eine Separation der Fistel vom Sog der umgebenden Vacuumversiegelung erreicht werden. Fisteln mit einem Durchmesser von mehr als 3 cm oder größere Areale multipler kleinerer Fisteln sind für dieses System allerdings nicht geeignet, ein größerer Fisteladapter wird getestet. Die Verwendung von Ernährungs- oder Urinkathetern führt meist nicht zum Erfolg. Das Lumen der Katheter ist häufig zu gering um den viskösen Stuhl abzuleiten (Jannasch et al., 2011, S. 1 ff.). Interessant ist die Verwendung des Saugaufsatzes einer Babytrinkflasche. Dabei wird die Spitze des Saugers aufgeschnitten und in die Fistelöffnung gesteckt. Die restliche Wundfläche wird mit einer Vacuum-Pumpe bei -75mm/Hg behandelt. Über der Öffnung des Breisaugers wird eine Stomaplatte befestigt, um den Stuhl abzuleiten.

Die Fistel selbst befindet sich hierbei in atmosphärischem Druck. Eine etablierte und einheitliche Behandlungsstrategie mit dem V.A.C. System ist jedoch auf Grund der Seltenheit und der Schwere der Erkrankung bisher nicht beschrieben (Kim-Fuchs et al., 2010, S. 37).

---

## 12 Schlusswort

---

„Eine Dünndarmfistel ist eine gefürchtete Komplikation die mit schlechter Beherrschbarkeit und hoher Mortalität verbunden ist. Umso erstaunlicher ist es, dass zu dieser Thematik nur wenige Untersuchungen vorliegen. Abgesehen von den medizinischen Problemen rücken auch die wirtschaftlichen Aspekte dieser Erkrankung immer mehr in den Vordergrund“ (Sailer, 2004 S. 484).

Die Versorgung von Patienten mit enteralen Fisteln stellt eine außergewöhnliche Herausforderung für alle Beteiligten dar und setzt eine große Ausdauer und Geduld beim Patienten voraus. Bei der Versorgung von Patienten mit diesem Krankheitsbild gibt es kein allgemein gültiges Handlungsschema, welches von einem auf den anderen Patienten übertragen werden kann. Improvisationstalent und Kreativität des Pflegepersonals aber auch des Betroffenen selbst sind ideale Voraussetzungen um neue und individuelle Lösungswege zu entwickeln. (Kim-Fuchs, 2010, S. 35).

Da der Verlauf der Erkrankung von den Betroffenen selbst schlecht kontrolliert werden kann, ist eine Bewältigung der Situation durch eine Veränderung der Umwelt nicht möglich. Stattdessen ist eine kognitive Anpassungsleistung erforderlich. So kann es gelingen, die veränderte, als belastend erlebte,

objektive Wirklichkeit Schritt für Schritt in eine erträgliche subjektive Wirklichkeit zu verwandeln.

Entscheidend hierbei ist es einen Sinn im Geschehen zu erkennen und Kontrolle über die Ereignisse zu erlangen. Um eine möglichst große Selbständigkeit zu erreichen, sollte die Pflegefachkraft gemeinsam mit dem Betroffenen nach Ressourcen Ausschau halten. Bei der Gestaltung des Alltags ist es wichtig, die Versorgung der Dünndarmfisteln in die gewohnten Abläufe zu integrieren. Eine hoffnungsvolle Atmosphäre macht es dem Betroffenen leichter, sein Leben trotz seines Leidens sinnvoll zu gestalten. Indem der Blick auf die verbleibenden Möglichkeiten des Patienten gerichtet wird, kann er die Verantwortlichkeit für sein Leben und sein Verhalten erkennen. Auf diese Weise gelingt es leichter, das weitere Leben neu zu gestalten, nicht mit, sondern trotz seiner Einschränkungen (John, 2011, S. 5 f.).

---

## LEBENSQUALITÄTSBOGEN CHRONISCHE WUNDEN

---

Sehr geehrter Patient,  
neben der medizinischen Behandlung Ihrer chronischen Wunde möchten wir gerne erfahren, wie sehr Ihre Erkrankung Sie in Ihrer persönlichen Lebensführung einschränkt. Wir möchten Sie daher herzlich bitten, die unten aufgelisteten Fragen zu beantworten. Bis auf vier Fragen sollen alle Fragen nach einem Punktesystem beantwortet werden, d.h. 1 entspricht nicht, 2 wenig, 3 mäßig, 4 ziemlich und 5 sehr. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das zutreffende Kästchen an.

### Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns im voraus!

Haben Sie eine Wunde?

ja – nein

Haben Sie schon einmal eine Wunde gehabt?

ja – nein

1. Haben Sie Schmerzen im Bereich Ihrer Wunde?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

2. Wie schmerzhaft ist der Verbandswechsel?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

3. Wie stark stört Sie Ihre Wunde durch Wundflüssigkeit und Geruch?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

4. Wie sehr stört Sie der Anblick Ihrer Wunde?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

5. Ist Ihr Nachtschlaf durch Ihre Wunde eingeschränkt?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

6. Sind Ihre Verdienstmöglichkeiten durch Ihre Wunde eingeschränkt?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
1  2  3  4  5

7. Stellt Ihre Wunde eine Einschränkung in Ihrer täglichen Lebensführung dar?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

8. Wie sehr ist Ihre Mobilität durch die Wunde eingeschränkt?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

9. Schränken Sie Ihre Urlaubsplanung wegen Ihrer Wunde ein?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

10. Hat Ihre Wunde Ihre Kontakte zu Freunden oder Verwandten eingeschränkt?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

11. Empfinden Sie sich wegen Ihrer Wunde als krank?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

12. Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Wunde im Vergleich zu einem Gesunden als behindert?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

13. Wie sehr leiden Sie unter Ihrer Wunde?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

14. Sind Sie in letzter Zeit wegen Ihrer Wunde häufig depressiv?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

15. Wie sehr sind Sie davon überzeugt, dass Ihre Wunde zuheilen wird?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

16. Wie groß ist Ihre Angst, wegen Ihrer Wunde eines Tages amputiert werden zu müssen?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

17. Meinen Sie, daß Ihre Wunde Ihre Lebenserwartung einschränkt?

nicht wenig mäßig ziemlich sehr  
 1  2  3  4  5

18. Benötigen Sie wegen Ihrer Wunde eine Gehhilfe oder/und einen Entlastungsschuh?

ja – nein

19. Wie groß etwa ist der zeitliche Aufwand pro Tag, den Sie zur Versorgung Ihrer Wunde Arztbesuch etc. benötigen (Angabe bitte in Minuten, geschätzt)?

\_\_\_ Minuten

Vielen Dank!

## Anhang 2: Pflegediagnosen

Problem	Einflussfaktoren	Symptome
Hautschädigung (Nanda:1.6.2.1/1975)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädigung von Dermis und Epidermis auf Grund von aggressiven Ausscheidungen/ Sekreten und Feuchtigkeit bei undichtem Versorgungssystem im Bereich um die Fisteln</li> <li>• Veränderte Stoffwechsellage</li> <li>• Veränderungen im Flüssigkeitshaushalt durch Highoutput-Fistel</li> <li>• Einnahme von Medikamenten (Biopoin)</li> <li>• Psychogene Faktoren/ Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen und/ oder Jucken und Brennen in der Umgebung der Fistel</li> <li>• Schädigung der Hautoberfläche</li> <li>• Zerstörung von Hautschichten</li> <li>• Vorhandensein von Mykosen</li> <li>• Vorhandensein von allergischen Reaktionen</li> </ul>
Machtlosigkeit (Nanda:00125/1982) wahrgenommener Kontrollverlust in Bezug auf die Ausscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Unfähigkeit Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen</li> <li>• Die Unfähigkeit bestimmte Rollen zu erfüllen</li> <li>• Lebensweise der Hilflosigkeit durch wiederholte Misserfolge in Bezug auf das Versorgungssystem</li> <li>• Kognitive Störungen sekundär beeinflusst durch Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale Äußerungen, weder Kontrolle noch Einfluss auf die Situation oder die Selbstversorgung zu haben auf Grund der unvorhersehbaren Undichtigkeiten des Versorgungssystems</li> <li>• Ausdruck von Frustration und Unzufriedenheit über die Unfähigkeit, gewohnte frühere Aufgaben/ Aktivitäten auszuführen</li> <li>• Abhängigkeitsverhältnis, das zu Reizbarkeit, Ärger, Wut und Schuldgefühlen führen kann.</li> </ul>
Körperbildstörung (Nanda:7.1.1/1973) Definition: Unklarheit und Verwirrung des mentalen Bildes des körperlichen selbst einer Person.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der körperlichen Erscheinung bedingt durch das Auftreten der Dünndarmfisteln und das notwendige Versorgungssystem</li> <li>• Veränderung der äußeren Erscheinung von Körperfunktionen/Stuhl entleert sich aus Fisteln im Bauch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidungsreaktionen gegenüber dem eigenen Körper/ wendet den Blick ab beim Versorgungswechsel</li> <li>• Bestehende Körperschädigung</li> <li>• gestörte Funktion von Verdauungsorganen</li> </ul>

<p>Erschöpfung (Nanda:00093/1988) Definition: Ein überwältigendes anhaltendes Müdigkeitsgefühl und eine verminderte Fähigkeit, körperliche und geistige Arbeit zu leisten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langweiliger Lebensstil</li> <li>• Angst</li> <li>• Depression</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Veränderte Stoffwechsellage auf Grund von Resorptionsstörungen im Dünndarm/ Kurzdarmsyndrom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfähigkeit den gewohnten Tätigkeiten nachzugehen</li> <li>• Sich müde fühlen, Unfähigkeit, die Körperkräfte und Energie im Schlaf zu regenerieren</li> <li>• Beeinträchtigt Konzentrationvermögen</li> <li>• Desinteresse in Bezug auf die Umgebung</li> </ul>
<p>Mangelernährung (Nanda:00002/1975) Definition: Nahrungszufuhr, die den Stoffwechselbedarf nicht deckt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unvermögen Nährstoffe zu resorbieren aufgrund von biologischen Faktoren/ Kurzdarmsyndrom</li> <li>• Erhöhter metabolischer Bedarf aufgrund von Highoutput-Fisteln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung über verändertes Geschmacksempfinden</li> <li>• Große Ausscheidungs- Mengen</li> <li>• Eisenmangel</li> <li>• Gesamteiweißmangel</li> <li>• Elektrolytungleichgewicht</li> </ul>
<p>Flüssigkeitsdefizit (Nanda:00027/1978) Definition: Ein Zustand, bei dem ein Individuum einen Verlust intravasaler, intrazellulärer, oder interstitieller Flüssigkeit erfährt. Dieser Zustand bezieht sich auf Dehydration, Wasserverlust mit einer Veränderung des Natriumspiegels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Flüssigkeitsverlust (&gt;3000ml/d) durch Dünndarmfisteln</li> <li>• Niereninsuffizienz</li> <li>• Parenterale Ernährung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klagen über Müdigkeit und Erschöpfung</li> <li>• Nervosität</li> <li>• Verminderte Urinausscheidung</li> <li>• Verminderter Hautturgor</li> <li>• Trockene Haut/ Schleimhäute</li> <li>• Veränderter Bewusstseinszustand</li> </ul>
<p>Gefahr einer Rollenüberlastung pflegender Angehöriger (Nanda:00062/1992) Definition: Pflegende Angehörige sind gefährdet, Schwierigkeiten in der Ausübung ihrer familiären Fürsorgerolle zu erleben.</p>	<p>Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerwiegende Krankheit des Pflegeempfängers</li> <li>• Psychische Probleme</li> <li>• Hoher Pflegebedarf eines Familienmitgliedes</li> <li>• Unvorhersehbarer Krankheitsverlauf</li> <li>• Beeinträchtigte Gesundheit der Pflegeperson</li> <li>• Fehlende Entspannung und Erholung der Pflegenden</li> </ul>	

Annette Gottschalch