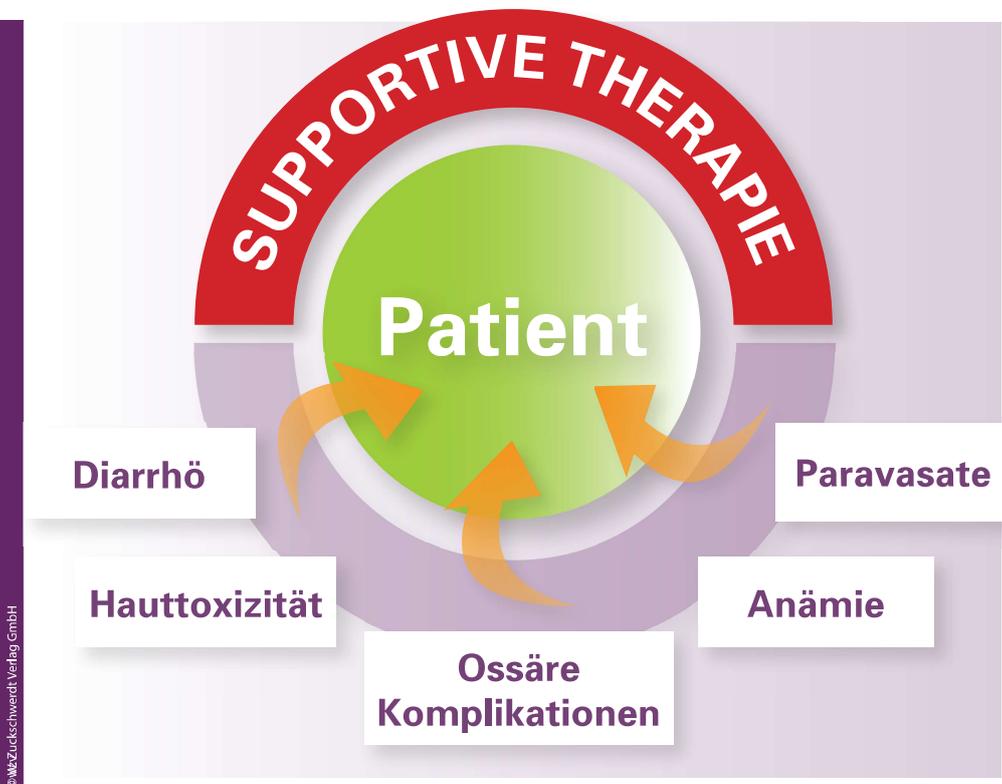


# ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER  
KRANKEN- UND  
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



## S3-LEITLINIE

## SUPPORTIVE THERAPIE – TEIL 2

### HAUTTOXIZITÄT | S. 24

AKNEIFORMES EXANTHEM  
HAND-FUSS-SYNDROM  
XEROSIS CUTIS, PRURITUS

### GENETIK UND ONKOLOGIE | S. 67

GRUNDLAGEN KREBSENTSTEHUNG  
BEDEUTUNG VON MUTATIONEN  
BESONDERHEITEN TUMORZELLEN



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG  
MÜNCHEN



*Gabriele Gruber*

Medical Support München

## Harninkontinenz während onkologischer Therapie – eine bekannte Nebenwirkung?

Kontinent zu sein und willentlich zu gegebener Zeit Harn zu lassen sowie die Fähigkeit, die Ausscheidung zu kontrollieren, wird in unserer Gesellschaft im Erwachsenenalter vorausgesetzt. Es wird als normal angesehen seine Ausscheidungen zu halten, zu verhalten oder zu gegebener Zeit am richtigen Ort auszuscheiden. Unfreiwillig Urin zu verlieren ist unangenehm und dazu ein tabuisiertes Thema (Kontinenzgesellschaft, 2014). Menschen mit Kontinenzstörungen empfinden Scham oder gar Ekel vor ihrem Unvermögen, Ausscheidungen nicht richtig zu halten.

Harninkontinenz beschreibt ein Symptom, dem eine Vielzahl von Ursachen zugrunde liegen können. Es können sowohl Veränderungen in der Speicher- und Entleerungsfunktion als auch funktionelle Einschränkungen eine Rolle (DNQP, 2014) spielen.

Risikofaktoren sind zum Beispiel:

- Einnahme bestimmter Medikamente, z. B. Anticholinergika, Diuretika, Tumortheraeutika oder Opiate
- Zystitis – tritt oft begleitend dazu auf
- Vorliegen geistiger oder körperlicher Einschränkungen
- Adipositas
- Schwangerschaft und Entbindung
- Erkrankungen, z. B. neurologische Erkrankungen
- operationsbedingte vorübergehende oder auch auf Dauer auftretende Störungen: Prostataerkrankungen oder -operationen, Schädigung der Schließmuskelmechanismen (Trunzer, 2016)

- Rektumoperationen (35 % der Patienten nach Rektumresektion leiden unter multifaktoriell bedingten Blasenentleerungsstörungen (Kasperek, 2015))

Menschen, die Kontinenzstörungen haben, fällt es nicht leicht sich zu offenbaren oder Hilfe zu suchen. Zu oft sind Erinnerungen, auch an das Kontinenz erleben der Kindheit, mit einem Tabu belegt. Zudem wissen Betroffene nicht, welche Beratungs-, Therapie- und Hilfsangebote heutzutage möglich sind.

Menschen mit einer Kontinenzstörung erleben den Harnabgang plötzlich und irgendwann in ihrem Alltag. Die Betroffenen beschreiben den ungewollten Harnverlust als einen Zustand der Unberechenbarkeit, dem sie mit Unsicherheit begegnen. Unwissenheit oder zu wenig Informationen, wie Kontinenzstörungen therapiert werden können oder welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen, verstärken die Unsicherheit. Die Betroffenen entwickeln Strategien, wie häufig, d. h. prophylaktisch, zur Toilette zu gehen oder auch weniger zu trinken (Hayder-Beichel, 2013). Hilfsmittel, wie saugende Inkontinenzprodukte, werden selbst gekauft und die so wichtige Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen, korrekter Hilfsmittelauswahl und Diagnostik zur Ursachenforschung der Kontinenzstörung wird somit verwirkt.

### Kontinenzstörung und Tumorthherapie

Auch Patienten mit einer Krebserkrankung und einer Tumorthherapie oder entsprechenden Operation haben häufig mit

**Zusammenfassung und Schlüsselwörter****Harninkontinenz während onkologischer Therapie**

Aufgrund von Nebenwirkungen der oralen oder parentalen Tumortherapeutika oder notwendigen Medikamenten zur Behandlung von Nebenwirkungen können Kontinenzstörungen auftreten oder kann bestehende Harninkontinenz verstärkt werden. Wichtig ist, dass professionell Pflegende die onkologischen Patienten gezielt und wiederkehrend nach Kontinenzstörungen fragen.

Harninkontinenz · Beratungsprozess · Hilfsmittel

**Summary and Keywords****Urinary Incontinence During Cancer Therapy**

Due to adverse effects of cancer drugs, administered either orally or parenterally, or due to drugs for treatment of side effects urinary incontinence can develop or, if incontinence already exists, it can get worse. It is important that nurses enquire cancer patients systematically and recurrently about disturbances in incontinence.

Urinary incontinence · Process of counselling · Medical aids

plötzlichen Harnverlust und oder Stuhlinkontinenz zu kämpfen. Aufgrund von Nebenwirkungen der oralen oder parentalen Tumortherapeutika und notwendigen Medikamenten zur Behandlung der Nebenwirkungen (z.B. Opiate) können Kontinenzstörungen auftreten oder bestehende Harninkontinenz verstärkt werden.

Wichtig ist es, dass professionell Pflegende die onkologischen Patienten gezielt und wiederkehrend (jeden Medikamentenzyklus) nach Kontinenzstörungen fragen. Besonders zu beachten ist, dass Patienten unter einer Tumortherapie ein geschwächtes Immunsystem haben. Bei der Gabe spezifischer Zytostatika kann es z.B. durch deren Abbauprodukte zu einer Reizung der Harnblasenschleimhaut kommen (Fink, 2017).

Das zusätzliche, plötzliche Unvermögen, die Ausscheidungen nicht zu kontrollieren, bedeutet eine Veränderung und Einschränkung. Das gesellschaftliche Leben verändert sich, eventuell verbunden mit sozialer Isolation. Bei unzureichender Versorgung nur mit selbstgekauften oder nicht bedarfsgerechten aufsaugenden Inkontinenzprodukten sowie unzulänglicher Hautpflege können rezidivierende Hautprobleme, wie die IAD (Inkontinenz-assoziierte Dermatitis) (Junkic-Puntigam et al., 2010) und/oder Harnwegsinfekte auftreten. Dabei kann bei älteren Menschen die Selbstversorgung gefährdet sein, was zu einer Einschränkung der Lebensqualität führt. Bei jüngeren Betroffenen kann die Inkontinenz Veränderungen im Berufs- und Privatleben nach sich ziehen. Hinzu kommt, dass kompetente Ansprechpartner häufig immer noch nicht flächendeckend bekannt sind oder fehlen.

Dies stellt enorme Anforderungen an die Pflegenden. Neben Erkennen und Einschätzen von Kontinenzstörungen, einer frühzeitigen Pflegeplanung und einer optimalen Versorgung wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, stationärer Rehabilitation, Ambulanz und Nachsorge immer wichtiger, um die Behandlung/Rehabilitation über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu gewährleisten und Versorgungseinbrüche zu vermeiden. Hier ist das gesamte Wissen im interdisziplinären Netzwerk anzuwenden. Das Fachwissen der Pflegenden kann eingesetzt werden, um der erste Ansprechpartner für die Betroffenen zu sein, um Diagnostik, Therapie und individuelle Versorgungslösungen im multidisziplinären Team einzuleiten.

Beeinflusst wird diese Situation auch durch die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie z.B. verkürzte Liegezeiten in Akutkliniken. Die Betreuung der onkologischen Patienten in den unterschiedlichen Settings wie onkologische Facharztpraxis, SAPV- oder Palliativ-Team (Dengler, 2016) und die damit verbundene Gefahr Kontinenzstörungen nicht aufzudecken, sind noch nicht untersucht. Diese Situation mit allen ihren Facetten stellt ein sozio-ökonomisches Problem dar.

Beispielhaft seien hier mögliche Nebenwirkungen der Tumortherapie genannt (medac, 2016), die auch Auswirkungen auf die Kontinenz haben können:

- Harnwegsinfektionen, z. B. vermehrter Harndrang mit Pollakisurie oder Algurie (Fink, 2017), ungenügende Hemmung bei einer Mischinkontinenz mit Belastungssymptomatik
- Zystitis, besonders bei Radiotherapie im Bereich des Abdomens
- therapieinduzierte Diarrhö (AWMF, 2016)
- Obstipation (durch Pressen kann die Kontinenzleistung des Spinkters und des Beckenbodens beeinträchtigt oder geschädigt werden)
- neurologische Störungen (Neuropathie), Schwindel, Gangunsicherheit, Sehstörungen (neurologische Störungen können sich auch am Kontinenzorgan manifestieren)

**Mögliche Beratungsphasen**

Im Rahmen der pflegerischen Anamnese wird, wie im Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ beschrieben, nach möglichen Kontinenzstörungen gefragt und die Situation eingeschätzt (DNQP, 2014). Zudem sollte bei onkologischen Patienten gezielt nach Kontinenzstörungen in Verbindung mit den o.g. Nebenwirkungen gefragt werden, da Betroffene oftmals keinen Zusammenhang zwischen den derzeitigen Nebenwirkungen und den Auswirkungen auf die Kontinenz herstellen.

**Erstgespräch (einschätzen der Situation und Vertrauen aufbauen)**

Mit der Anamnese werden u.A. Auftreten, Symptome und Dauer der Harninkontinenz ermittelt sowie bisherige Bewältigungsstrategien (z. B. selbstgekaufte Produkte), Trink-, Ernährungs- und Stuhlganggewohnheiten. Aus pflegerischer Sicht bieten sich für dieses Gespräch standardisierte Fragebögen an, um einheitliche und vergleichbare Ergebnisse zu ermitteln. Besonders Risikofaktoren, wie die Einnahme von Tumortherapeutika und/oder Medikamenten (Tinctura opii) oder bereits bestehende Funktionsstörungen (Obstipation), welche die Kontinenzstörung/Inkontinenz begünstigen, werden erfragt.

**Pflege und Einschätzung vor der medizinischen Diagnostik, Überleitung zum Arzt**

Wichtig ist, dass die medizinische Diagnostik erfolgt, um zu vermeiden, dass Hilfsmittel als Therapie gesehen werden.

Ergänzend zur medizinischen Diagnostik sind folgende Maßnahmen möglich:

- Miktionsprotokoll, über 3 bis 5 Tage geführt, für die Selbst- oder Fremdeinschätzung
- Urinanalyse, um einen Harnwegsinfekt auszuschließen oder zu diagnostizieren
- körperliche Beobachtung, um Veränderungen im Intimbereich (gynäkologischer Prolaps) oder der perinealen Haut festzustellen



- Erfassung des subjektiven Belastungserlebens: Auswirkungen der Harninkontinenz (z. B. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, beruflich oder privat, Angst- und Schamerleben, Einfluss auf Beziehungen, Partnerschaft, Sexualität)

Die im Expertenstandard aufgeführten sechs Kontinenzprofile geben Auskunft über die Fähigkeiten und den Unterstützungsbedarf der inkontinenten Person (DNQP, 2014) und können ebenso für die Darstellung pflegerischer Ziele in der Pflegeplanung genutzt werden ([www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)) (Hayder-Beichel, 2013).

Die Restharnmessung wird vorgenommen, um die unvollständige Blasenentleerung bzw. Restharnbildung zu identifizieren. Dies ist wichtig, da Restharn zu Infektionen oder Nierenschädigungen führen kann. Er sollte daher sonografisch oder (wenn nicht anders möglich) per Einmalkatheterisierung abgeklärt werden.

Der „Vorlagentest“ wird eingesetzt zur Quantifizierung der verlorenen Harnmenge, zur Identifikation der Inkontinenzschwere bzw. des geeigneten Hilfsmittels (DNQP, 2014).

#### **Pflege und Einschätzung nach erfolgter medizinischer Diagnostik und Pflegeplanung mit den Betroffenen**

Ziel der professionellen Beratung durch Pflegende muss es sein, im Zuge der Behandlungszyklen die Betroffenen empathisch zu fragen, bedarfsorientiert aufzuklären und zu Hilfsmitteln zu beraten, respektive vorhandene anzupassen (Gruber, 2017). Die Beratung und Pflegeplanung ist dynamisch und zyklisch und die Ziele müssen regelmäßig überprüft, mit dem Betroffenen besprochen und ggfs. angepasst oder neu definiert werden.

Eine wichtige Intervention ist den Patienten über Zusammenhänge zu informieren und beratend auf sein Trinkverhalten einzuwirken. Besonders bei Kontinenzstörungen ist zu beobachten, dass diese Menschen oft weniger trinken, um z. B. unterwegs zu vermeiden, die Toilette nicht zu erreichen oder Harn zu verlieren. Hier unterstützt die Auswertung des Miktionsprotokolls und das Besprechen der daraus resultierenden pflegerischen Interventionen.

#### **Tipps bei Zystitis**

- Durchspülen der Harnwege zum Ausscheiden der Erreger oder toxischen Metaboliten (Fink, 2017). Der Beratungsschwerpunkt liegt hier auf einer Erklärung der Zusammenhänge und den möglichen Einflüssen von konzentriertem Harn durch eine zu geringe Trinkmenge (z. B. Reizung der Blasenschleimhaut).
- Eine Ernährungsberatung zu Teedrogen oder Lebensmitteln, die den Harnfluss positiv beeinflussen, ergänzt die Beratung.

#### *Haut und Hautpflege bei Kontinenzstörungen*

Orale oder parenterale Tumorthapeutika haben durch ihre Wirkmechanismen auch Auswirkungen auf die Haut. Sie beeinflussen die physiologische Barriere-Funktion. Häufige Reinigung bei einem Vorlagenwechsel oder „falsche“ Reinigung mit nicht adäquaten Pflegemitteln, die den Säureschutzmantel der Haut zusätzlich verändern, können zu Hautschäden im Genital- und Analbereich führen. Mechanische Belastung der Haut durch Zug-Scher-Kräfte oder starkes Rubbeln und Reiben stellen eine zusätzliche Belastung der Haut dar.

#### **Tipps zur Hautpflege bei Inkontinenz**

- schonende Hautreinigung im Zuge des Vorlagenwechsels, nicht jedes Mal Reinigungszusätze/Seifen benutzen, um den Säureschutzmantel der Haut nicht noch mehr zu schädigen, kein Reiben oder Rubbeln
- feuchtes Mikroklima vermeiden, deshalb eine dem Ausscheidungsvolumen pro Harnabgang entsprechende Vorlage, mit Rücknässeschutz und atmungsaktiver Ausstattung benutzen und diese mehrmals am Tag wechseln
- Hautinspektion und bei Bedarf hautpflegende Produkte (Barriere-Creme); keine okkludierenden Fettcremes bzw. Reizstoffe, parfümierte Pflegeprodukte oder Intimsprays verwenden
- Ernährungsberatung zu Lebensmitteln (z. B. scharfe oder säurehaltige) oder Gewürzen, die die Haut reizen können, oder Verdauungsstörungen (Diarrhö) verstärken und so zusätzlich reizen können
- jede Hautreizung abklären, ob ein irritativ-toxisches, allergisches Ekzem oder eine Infektion, Candida oder eine IAD (Inkontinenz-assoziierte Dermatitis) vorliegt

#### *Hilfsmittel*

Die Diagnose der Ursachen und eine individuelle Therapie bei auftretenden Kontinenzstörungen verbunden mit aktiven Maßnahmen der Kontinenzförderung sind der ausschließlich passiven Versorgung mit Hilfsmitteln vorzuziehen. Hilfsmittel sind wichtig begleitend zur Therapie oder wenn temporär eine Versorgung mit Hilfsmitteln die Lösung für die Betroffenen darstellt. Sie ermöglichen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Auswahl der Hilfsmittel erfolgt individuell und orientiert sich u. A. an der Frequenz und am Volumen der Urinabgänge. Die zu bewältigenden Alltagsaktivitäten sowie die körperlichen und geistigen Fähigkeiten bzw. Einschränkungen der Betroffenen sind bei der Auswahl der Hilfsmittel mit einzubeziehen (DNQP, 2014). Neben der Beratung ist eine gute Anleitung in der Handhabung für die betreffenden Personen notwendig.

Um den individuell notwendigen Bedarf an Versorgungsartikeln/Hilfsmitteln nach der Entlassung oder im kontinuierlichen Verlauf abzudecken, müssen die im multidisziplinären Team beteiligten Ärzte, Pflegefachkräfte und auch Physiotherapeuten die nötigen Produkte kennen und über die gültigen Erstattungsmodalitäten informiert sein (DNQP, 2014). Nur so können sie Produktverordnungen möglichst ohne wirtschaftliche Aufzählung für die Betroffenen ermöglichen (Laumann, 2016). Die Versorgung ist sowohl dem Therapieverlauf als auch den Veränderungen der Ressourcen des Betroffenen kontinuierlich anzupassen. Wünscht der Betroffene darüber hinaus zusätzliche, nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen gelistete Hilfsmittel, so wird er informiert, dass er diese in Eigenleistung erhalten kann oder eine Zuzahlung leisten müsste.

In den vergangenen Jahren zeigten sich zusätzlich negative Einflüsse in der Versorgungsqualität. Von den Pflegenden wurde vermehrt eine nicht qualitativ ausreichende Versorgung durch Lieferanten der Krankenkassen bemängelt (Laumann, 2016). Deshalb sollten Pflegekräfte auch Informationen und Wissen zu den Hintergründen der Versorgung über Krankenkassen und deren Einschränkungen haben.

Auch unter dem Kostendruck im Erstattungswesen ist zu berücksichtigen, dass Hilfsmittel nur dann ihren Wert und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsprozess haben können, wenn sie unter qualifizierter Beratung eingesetzt werden. Derzeitig werden auf verschiedenen Ebenen Bestrebungen unternommen, damit weiterhin qualitativ hochwertige, erstattungsfähige und individuelle Inkontenzprodukte für den Betroffenen verfügbar sind (Laumann, 2016).

Zur Verfügung stehen (Auswahl):

- **ableitende Hilfsmittel**; um das Legen eines Blasenkatheters zu vermeiden, kann bei neurogenen Störungen oder auch Restharnbildung der intermittierende Selbst- oder Fremdkatheterismus erwogen werden
- **funktionell anatomische Hilfsmittel**, wie Ring-, Würfel-, Schalenpessare oder Vaginaltampons können Senkungsbeschwerden positiv beeinflussen und unfreiwillige Harnabgänge vorbeugen; sie werden immer individuell vom Facharzt angepasst und je nach Herstellerangaben gewechselt (Tragezeit)
- **aufsaugende Hilfsmittel**: unter Berücksichtigung der Bewegung oder Aktivität der Betroffenen und Wechselmöglichkeiten (offene Systeme mit Fixierstreifen kombiniert mit gut sitzenden angepassten Fixierhosen oder falls tatsächlich notwendig Inkontenzhosen, sog. geschlossene Systeme), Auswahl der Tag- und Nachtversorgung mit Empfehlung des geeigneten Wechselintervalls; individuell werden die Größe (Passgenauigkeit), die Saugstärke (Aufnahmefolumen/Rücknässeschutz) und die Ausstattung (Qualität) ermittelt (DNQP, 2014)

- **mobile Toilettenhilfen**, z. B. Urinschiffchen für Frauen, auch auslaufsichere Urinflaschen für Männer und Frauen, Toilettensitzerhöhung, Toilettenstühle oder für unterwegs faltbare Urinflaschen für Männer

Sogenannte „Pants“ dürfen nicht als Fixierhosen benutzt, es dürfen also keine zusätzlichen Vorlagen eingelegt werden, da häufig auch das Saugkissen der Pants mit Ausscheidung benetzt ist. Der Versorgungswechsel beinhaltet dann beide Artikel. Diese Versorgungsform ist nicht wirtschaftlich, die Kosten werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

#### **Pflegehandlungen**

Zum Erhalt und zur Förderung der Selbstständigkeit wird z. B. auch die häusliche Umgebung betrachtet: Wege zur Toilette (bei Dranginkontinenz), Treppen zwischen Erdgeschoss und 1. Stock im Eigenheim, Entfernung von Stolperfallen, Beratung zu Toilettenhilfen, wie Toilettensitzerhöhung oder bei Bedarf auch Transfermöglichkeiten, um der Person vom Rollstuhl auf die Toilette zu helfen.

Eines der wichtigsten Themen in der Ernährungs- und Trinkberatung ist, darauf hinzuweisen, dass die Flüssigkeitszufuhr ausreichend sein sollte (30 ml je Kilogramm Körpergewicht, bzw. 1,5 bis 2 Liter über den Tag verteilt), wenn keine medizinischen Diagnosen eine Beschränkung nötig machen. So können Harnwegsinfekte oder auch eine Obstipation vermieden werden (DNQP, 2014).

Den Betroffenen wird es auch immer helfen die Zusammenhänge besser zu verstehen, wenn es als Nebenwirkung der oralen oder parenteralen Tumortherapeutika (AWMF, 2016) zu einer Harn-Kontinenzstörung oder durch Opiate zur Obstipation kommen kann. Ein Gespräch zur Obstipationsprophylaxe mit Ernährungsberatung bei anhaltenden Verstopfungen kann notwendig sein, da eine Obstipation das Risiko für Harn-Kontinenzstörungen oder auch urogynäkologische Probleme erhöhen kann.

#### **Zusammenarbeit mit Prozessbeteiligten**

Optimalerweise erfolgen alle Beratungsschritte abgestimmt im interprofessionellen Team. So wirken Ärzte, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Mitarbeiter in Homecare-Unternehmen, der Sozialdienst, die ambulante Pflege bis hin zum Palliativ-Team mit, die Situation der Betroffenen positiv zu beeinflussen und zu verbessern.

Wichtig ist bei der prozessorientierten Arbeit, Zuständigkeiten der jeweiligen Berufsgruppen, deren Aufgabenfelder und Assessment-Instrumente zu definieren und transparent zu machen. Dies unterstützt die Dokumentation und die Informationsübermittlung, besonders wenn bei einer Tumortherapie sektorenübergreifend zwischen Klinik, Praxis und ambulanter Pflege oder dem Palliativ-Team zusammengearbeitet werden soll (Dengler, 2016). ■

## FAZIT

Aufgrund der wachsenden Anforderungen in der Pflege von Menschen mit Kontinenzstörungen ist eine umfangreiche und differenzierte Qualifizierung der Pflegenden weiterhin nötig (DNQP, 2014). Dazu gibt es spezielle Weiterbildungen im Bereich der Kontinenzversorgung (z. B. Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde, (FgSKW, 2014)). Zusätzlich etablieren sich Beckenboden- und Kontinenzzentren sowie spezielle Physiotherapie-Praxen (ag-ggup.de) im niedergelassenen Bereich. Betroffene sollten daher professionelle Hilfe, Behandlung und Beratung erhalten und bedarfsgerecht betreut und versorgt werden (DNQP 2014).

Eine Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist unentbehrlich, um den Betroffenen von Anfang an bei der Kompensation der Kontinenzstörung zu unterstützen, Beeinträchtigungen abzubauen oder einer Verschlechterung der Situation vorzubeugen. Pflegeexperten können die Koordination für den Pflegeprozess übernehmen, wenn die Kompetenzen geklärt und die benötigten Strukturen, Ressourcen und Materialien zur Verfügung stehen (Gruber, 2008).

### Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass sie aufgrund ihrer Beratertätigkeit für Industrieunternehmen tätig ist und für die Beratungsleistung Honorare erhält.

### Literatur

- Aulbert, E., & Gruber, G. (2012). Rehabilitation in der Palliativmedizin und Stomapflege. In E. Aulber, F. Nauck, L. Radbruch (Hrsg.), Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- AWMF. (2016). S3-LL Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-054OL.html> [Zugriff: 12.06.2017].
- Dengler, R. (2016). Ambulante Versorgung von hämatoonkologischen Patienten in Schwerpunktpraxen. *Onkologische Pflege*, 6(1), 15–21.
- DNQP. (2014). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück.
- FgSKW. (2014). Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. Pressemitteilung: Zur Neuregelung der Hilfsmittelversorgung durch Krankenkassen. [http://www.fgskw.org/files/pressemitteilung\\_kkh\\_wwd.pdf](http://www.fgskw.org/files/pressemitteilung_kkh_wwd.pdf) [Zugriff: 23.05.2014].

- Fink, H., & Holdt von, D. (2017). Zystitis bei Tumorpatienten. *Onkologische Pflege*, 7(2), 65–66.
- Gruber, G. (2008). Menschen mit Kontinenzstörungen. Prozess-Phasen der Versorgung. *Pro Care*, 5.
- Gruber, G. (2017). Kontinenzstörungen bei Stomaträgern. In G. Gruber (Hrsg.), *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma*. Heidelberg: Springer.
- Gutzmer, R. et al. (2012). Kutane Nebenwirkungen von neuen medikamentösen Tumortherapien: Klinik und Management. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/123454/Kutane-Nebenwirkungen-von-neuen-medikamentoesen-Tumortherapien> [Zugriff: 26.03.2014].
- Hayder-Beichel, D. (2013). Interdisziplinäre Kontinenzberatung – Patientenorientierte Pflege, Medizin und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Junkic-Puntigam, M. et al. (2010). Risikoeffassungs- und Klassifizierungsinstrumente für Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD). *Pflegewissenschaft*, 10, 536–541.
- Kasperek, M. S. (2015). Komplikationen und deren Management. In M. E. Kreis (Hrsg.), *Moderne Chirurgie des Rektumkarzinoms* (p. 191). Berlin: Springer.
- Kontinenzgesellschaft, D. (2014). Stuhlinkontinenz. <http://www.kontinenzgesellschaft.de/Stuhl-Inkontinenz.29.0.html> [Zugriff: 23.01.2016].
- Laumann, K-J. (2016). Mehr Qualität, mehr Transparenz: Vorschläge für eine bessere Hilfsmittelversorgung. [http://www.patientenbeauftragter.de/images/positionspapiere/20160220\\_Positionspapier\\_Hilfsmittelversorgung.pdf](http://www.patientenbeauftragter.de/images/positionspapiere/20160220_Positionspapier_Hilfsmittelversorgung.pdf) [Zugriff: 15.03.2016].
- Medac (Gesellschaft für klinische Spezialpräparate). (2016). *Orale Tumortherapeutika*. Wedel.
- Schulze-Bergkamen, H. (2014). Moderne zielgerichtete Therapien in der Onkologie. *MagSi Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik*, April.
- Trunzer, P. (2016). Aufbautraining nach Prostatektomie und Zystektomie. *Onkologische Pflege*, 6(4), 42–44.

### Angaben zur Autorin

Gabriele Gruber

MSc Gesundheitsmanagement, Systemmanagerin Qualität im Gesundheitswesen, Risikobeauftragte, akad. Kontinenz- und Stomaberaterin, Pflegeexpertin SKW FgSKW e. V., Krankenschwester, Beraterin im Gesundheitswesen, Fachautorin und Dozentin

MedicalSupport  
Ginsterweg 15  
81377 München  
kontakt@gabriele-gruber.de