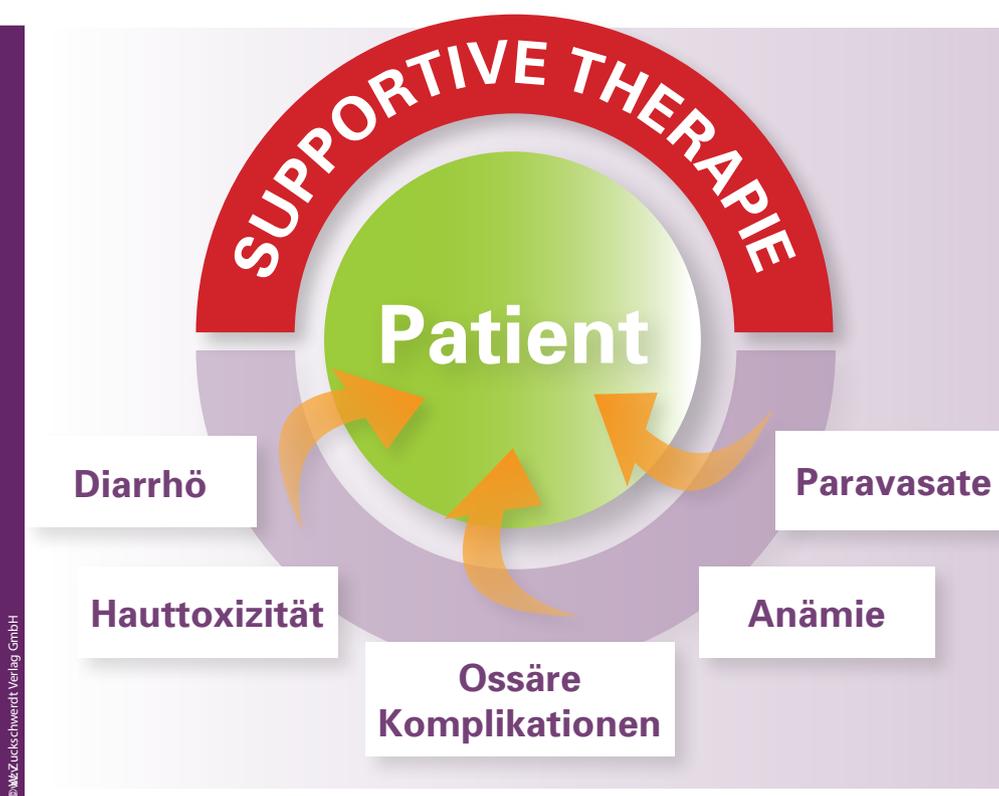


ONKOLOGISCHE PFLEGE

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

ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER
KRANKEN- UND
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegende in der Onkologie, Medizinische Fachangestellte in der Onkologie, im Kontext der onkologischen Pflege pädagogisch, psychosozial und wissenschaftlich tätige Personen.

Schriftleitung

- Mirko Laux, Frankfurt
laux@kok-krebsgesellschaft.de
- Kerstin Paradies, Hamburg
paradies@kok-krebsgesellschaft.de
- Christian Wylegalla, Freiburg
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de

Herausgeberteam

- Gamze Damnali, Landshut
damnali@kok-krebsgesellschaft.de
- Jörn Gattermann, Bremen
gattermann@kok-krebsgesellschaft.de
- Patrick Jahn, Halle (Saale)
jahn@kok-krebsgesellschaft.de
- Gabi Knötgen, Aurich
knoetgen@kok-krebsgesellschaft.de
- Susanne Kelber, Frankfurt
kelber@kok-krebsgesellschaft.de
- Matthias Hellberg-Naegele, Freiburg
naegele@kok-krebsgesellschaft.de
- Sascha Rödel, Hof
roedel@kok-krebsgesellschaft.de

Redaktionsleitung (im Verlag) (v.i.S.d.P.)

Dr. Anne Glöggler
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)
Dr. Anja Bargfrede, Potsdam
Gabriele Blettner, Bonn
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen
Rosemarie Bristrup, Berlin
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe
Dr. Markus Follmann, Berlin

Verlag

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
für Medizin und Naturwissenschaften
Industriestraße 1
D-82110 Germering/München
Tel.: +49 (0) 89 894349-0
Fax: +49 (0) 89 894349-50
post@zuckschwerdtverlag.de
www.zuckschwerdtverlag.de

Carola Freidank, Hannover
Gabriele Gruber, München
Dr. Ulrike Helbig, Berlin
Dr. Jutta Hübner, Jena
Heike John, Hannover
Beatrix Kirchhofer, Freiburg
Dr. Monika Kücking, Berlin
Prof. Dr. Margarete Landenberger, München
Sara Marquard, Münster
Karin Meißler, Winsen
Dr. Patrizia Raschper, Bielefeld
Prof. Dr. Karl Reif, Bochum
Sabine Ridder, Zittau
Prof. Dr. Henning Schulze-Bergkamen, Wesel
Prof. Dr. M. Heinrich Seegenschmiedt, Hamburg
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn, Freiburg
Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner, Potsdam
Dr. Simone Wesselmann, Berlin
Esther Wiedemann, Berlin

Industriepartner

Wir bedanken uns bei den folgenden Firmen für deren Unterstützung:
Bristol-Myers Squibb GmbH
Janssen-Cilag GmbH
Jazz Pharmaceuticals Germany GmbH
Novartis Pharma GmbH
Roche Pharma AG
Teva GmbH

Manuskripte

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Der Autor gewährleistet, dass sein Manuskript oder Teile daraus nicht dem Urheberrecht Dritter unterliegen bzw. dass gegebenenfalls dem Autor die Genehmigung des Copyright-Inhabers vorliegt. Über die Annahme zur Publikation entscheiden die Herausgeber und der Verlag. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung

sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

Wichtige Hinweise

Vor der Verwendung eines jeden Medikaments müssen der zugehörige wissenschaftliche Prospekt und der Beipackzettel mit den Angaben in dieser Publikation verglichen werden. Neue Erkenntnisse über Toxizität, Dosierung, Applikationsart und Zeitpunkt können jederzeit zu anderen Empfehlungen, auch zum Verbot bisheriger Anwendungen, führen. Außerdem sind Druckfehler trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Rubrik Update Onkologie erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber und des Verlags.

Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Leistungen von Schadenersatz.

Abonnement

Jahresabonnement (4 Hefte): Euro 42,00
Jahresabonnement für Mitglieder der KOK: Euro 32,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandpauschale innerhalb Deutschlands Euro 5,00 pro Jahr, für das europäische Ausland 16,00 Euro pro Jahr).

Anzeigenleitung (verantwortlich)

Manfred Wester
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
wester@zuckschwerdtverlag.de

Printed in Germany
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2017 by
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH

Wichtiger Hinweis für Abonnenten:

Zeitschriften werden trotz Nachsendeantrag nicht nachgesandt. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Adressänderungen.



Beteiligungsverhältnisse gem. § 8 Abs. 3 BayPrG:
100% Werner Zuckschwerdt, Verleger,
D-82110 Germering/München

EDITORIAL



T

Sehr verehrte Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

und wieder darf ich Ihnen eine neue Ausgabe unserer Fachzeitschrift vorstellen.

Im Schwerpunkt finden Sie den zweiten Teil unserer Reihe zur S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patientinnen. In diesem Heft werden wir Ihnen die Themen Tumorthherapie induzierte Anämie, Diarrhö und Hauttoxizität sowie ossäre Komplikationen und Paravasate vorstellen. An dieser Stelle herzlichen Dank an den Weiterbildungskurs Onkologische Pflege aus Frankfurt, der die Leitlinie für Sie zusammengefasst und die Schwerpunkte, die für eine professionelle und kompetente onkologische Fachpflege unerlässlich sind, zusammengetragen hat.

Die Rückmeldungen zu Heft 2 (erster Teil der Reihe zur S3-Leitlinie Supportive Therapie) waren sehr positiv. Es hat uns als Schriftleitung in unserer Entscheidung bestätigt, die umfangreiche Leitlinie auf diese Art für unsere Leserinnen und Leser aufzuarbeiten.

In unserer Rubrik Auslese stellen wir Ihnen ergänzend zu den Informationen aus der S3-LL Hautreaktionen nach medikamentöser Tumorthherapie vor. Es freut mich besonders, dass wir hierfür eine Autorin aus der Schweiz gewinnen konnten.

Des Weiteren berichten wir zum Thema Harninkontinenz und stellen ein spezielles Pflegekonzept vor.

In der Rubrik Fortbildung schreibt dieses Mal eine Autorin, die sich mit dem Thema Genetik und Onkologie beschäftigt.

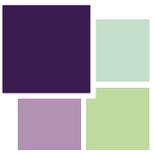
Wieder runden unsere KOKpedia-Rubriken mit einem Medikament, einer Nebenwirkung und der Vorstellung einer Studie die vorliegende Ausgabe ab.

Übrigens: Vor Kurzem haben die Schrift- und Redaktionsleitung zusammen getagt und die Ausgaben für 2018 geplant. Ich darf Ihnen schon jetzt versprechen, dass auch im neuen Jahr viele interessante Themen und Schwerpunkte aus der onkologischen Pflege auf Sie zukommen werden.

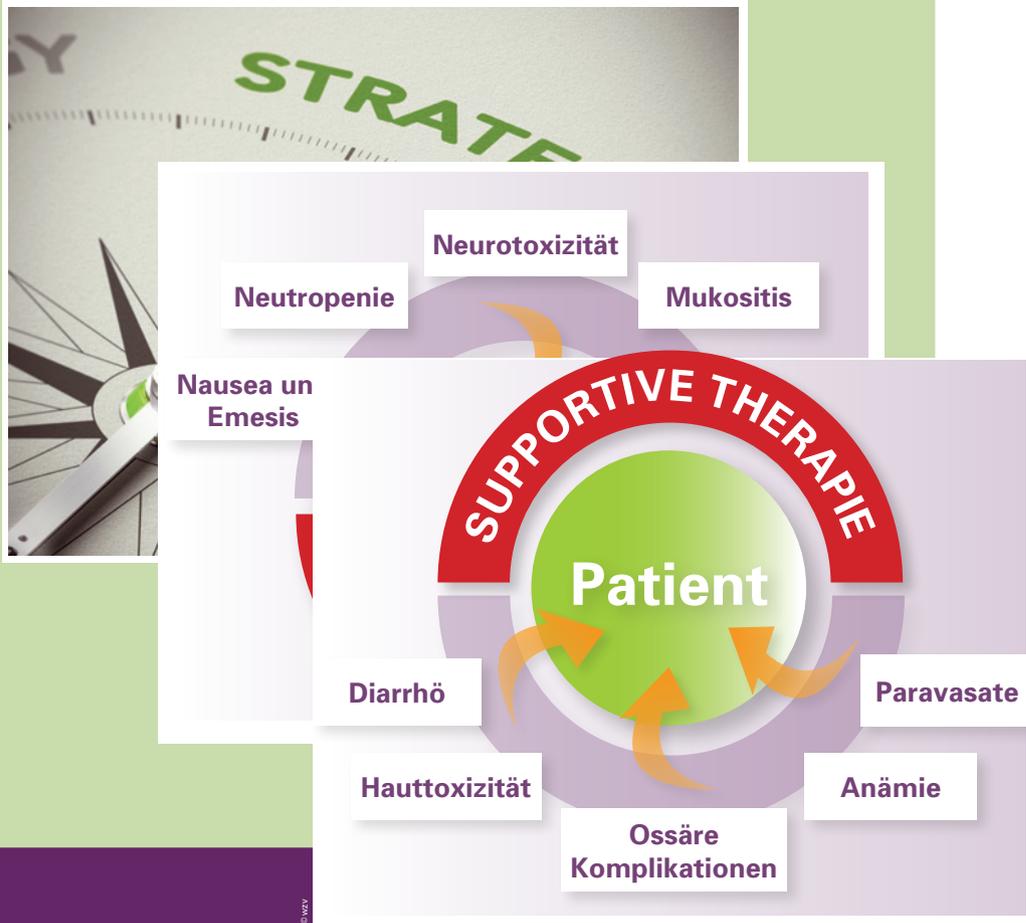
Ich wünsche Ihnen im Namen der Schrift- und Redaktionsleitung und auch persönlich viel Freude beim Lesen der neuen Ausgabe.

A handwritten signature in blue ink that reads "M. Laux". The signature is fluid and cursive, with the first letter 'M' being particularly large and stylized.

Mirko Laux



INHALTSVERZEICHNIS



1

PANORAMA

- 1 Editorial (M. Laux)
- 4 Vorstand aktuell (K. Paradies)
- 5 DKG aktuell (J. Bruns)
- 6 Deutschlands Onko-Team 2017 (B. Lebert)
- 7 Bundestagswahlen 2017 – Stellungnahmen zu Fragen der Pflege
- 12 Pflegekongress BVPRO – Wir bleiben in Bewegung (B. Stein)
- 14 Portrait Susanne Kelber
- 16 Randnotiz
- 79 Buchbesprechung
- 79 Vorschau auf Heft 4 – Dezember 2017
- U2 Impressum
- U4 Veranstaltungskalender

17

SCHWERPUNKT

- 17 Tumorthherapie induzierte Diarrhö (M. Müller, J. Diehl, O.-J. Iwaniw)
- 21 Tumorthherapie induzierte Anämie (V. Küster, A. Wagner, H. Roch)
- 24 Tumorthherapie induzierte Hauttoxizität (N. März, V. Baltz, K. Eckhard)
- 31 Ossäre Komplikationen (A. Müller, A. Dolezalek-Frese, K. Tossut)
- 38 Paravasate (F. Stoll, F. Naß, P. Präscher)

43

AUSLESE

- 43 Leitfaden „Dermatologische Reaktionen unter medikamentöser Antitumorthherapie“ – Empfehlungen für die Pflegepraxis zu evidenzbasierter Prävention und Interventionen bei Reaktionen von Haut, Schleimhaut, Nägeln und Haaren (I. Bachmann-Mettler, A. Kröner)
- 54 Harninkontinenz während onkologischer Therapie – eine bekannte Nebenwirkung? (G. Gruber)
- 59 Interdisziplinärer Konsil- und Visitedienst der onkologischen Fachpflege (T. Leibovitz, M. Bauer)
- 64 Betreuung Sterbender: Risikofaktor Verlegung (M. George)

67

FORTBILDUNG

- 67 Genetische Grundlagen der Krebsentstehung (A. Klußmeier)
- KOK_{pedia}**
- 73 Studien (P. Jahn, M. Ritter-Herschbach, A. Schmidt)
 - 75 Arzneimittel: Ibrutinib (A. Schwehr, M. Laux)
 - 77 Nebenwirkungen: Lymphödem (H. J. Fink, D. von Holdt)



Kerstin Paradies

Sprecherin des Vorstands

paradies@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Deutschland geht der Bundestagswahlkampf in seine finale Phase. Die Wahlprogramme der unterschiedlichsten Parteien liegen mehr oder minder auf dem Tisch. Der mündige Bürger weiß längst, dass es sich dabei im Wesentlichen um „Wünsch-Dir-was“-Programme handelt, die letztendlich in der vorgelegten Form, unter anderem wegen der Notwendigkeit der Gründung von Koalitionen, doch nicht umgesetzt werden.

Im Gegensatz dazu ist die KOK den Mechanismen und Gesetzen der Parteienlandschaft nicht unterworfen; sie steht als Interessenvertretung der onkologischen Pflegenden für eine klar umrissene Zielsetzung ein (kein „Wünsch-Dir-was“-Programm!), zu deren Umsetzung und Erreichung sie alle verfügbaren Kräfte einsetzt.

Forderung 1

Ausreichende Personalausstattung – es müssen Personalbesetzungsstandards definiert werden, die an internationale Vorgaben anknüpfen und in einzelnen Ländern schon zu einer deutlichen Verbesserung der Personalausstattungssituation geführt haben.

Forderung 2

Leistungsanerkennung und Vergütung stationär – die Pflegekräfte haben in den letzten Jahren nachhaltig ihren Ausbildungs- und Leistungsstandard verbessert und führen vor diesem Hintergrund zunehmend von ärztlicher Seite delegierte Aufgaben aus. Um diesem Leistungsstandard gerecht zu werden, ist die Vergütung signifikant anzuheben.

Forderung 3

Leistungsanerkennung und Vergütung ambulant – immer häufiger werden onkologische Therapien zur Durchführung in ambulante Zentren und Praxen ausgelagert. Entsprechend ist dort die Quote der Angehörigen der onkologischen Fachpflege festzuschreiben (mindestens 50 %) und qualifikationsentsprechend zu vergüten.

Forderung 4

Die Fachkraftquote ist zu steigern, d.h. es muss ausreichend qualifiziertes Personal für die Patientenversorgung vorhanden sein. Der onkologische Fachpflegestand muss für zertifizierte Zentren definiert und hinsichtlich spezieller Tätigkeiten und entsprechender Vergütung festgeschrieben werden. Ein gutes Beispiel dafür ist die Integration der Fachpflege in das sogenannte Tumorboard.

Forderung 5

Die fachliche Weiterbildung onkologischer Fachpflegekräfte ist auszuweiten und zu intensivieren. Dazu gehört auch die gezielte Ansprache interessierter Berufsanfänger und das Angebot einer nachhaltigen Förderung der Ausbildung durch staatliche Programme. Dies gilt auch für den Bereich der Forschung. Stichwort: Anschubförderung.

Ihre

Kerstin Paradies

Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
bruns@krebsgesellschaft.de



DKG aktuell

Was sagt uns die Pflegeberufereform?

Mit der jetzt endenden 18. Legislaturperiode werden eine Reihe von Maßnahmen abgeschlossen, die als „Pflegerreform“ in die deutsche Versorgungslandschaft Einzug halten. Als eine der letzten gesetzgeberischen Aktivitäten hat der Deutsche Bundestag am 22. Juni 2017 in diesem Zusammenhang das Pflegeberufereformgesetz verabschiedet. Auch der Bundesrat hat dem Gesetz kurzfristig und abschließend zugestimmt. Als Begründung für die grundlegende Änderung der Ausbildung für Pflegende werden die zunehmende Alterung der Gesellschaft und der steigende Anteil der Menschen mit gleichzeitig mehreren Erkrankungen angeführt.

Ob sich durch die Neustrukturierung der Ausbildung bei den bisher getrennt betrachteten Pflegeberufsgruppen eine problemlösende Veränderung erreichen lässt, wird abzuwarten sein. Hier baut das Gesetz darauf, dass in den ersten beiden Ausbildungsjahren gemeinsame Lerninhalte vermittelt werden. Damit ist zwar nach Einstieg in den Beruf die Frage der Spezialisierung nach hinten verschoben, aber keiner weiß, ob sich die Betroffenen dann so entscheiden werden, wie es der Bedarf aufzeigen wird. Beendet man nach den ersten zwei Jahren die Ausbildung, ist man in der geringsten Qualifizierung „Pflegeassistent“.

Mit den Ausbildungsvoraussetzungen des mittleren Schulabschlusses, einer zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung oder eines Hauptschulabschlusses mit Zusatzqualifikationen sind keine begrenzenden Zugangskriterien geschaffen worden. Positiv ist, dass für alle Auszubildenden die Ausbildung kostenfrei sein wird und eine angemessene Vergütung gezahlt werden soll.

Als Ergänzung hat das Gesetz die Möglichkeit geschaffen, durch ein mindestens dreijähriges Pflegestudium unmittelbar den Zugang zur Pflege an Menschen zu gewährleisten. Somit wird es künftig unter den Bezeichnungen „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ Absolventen der Berufsausbildung und des Hochschulstudiums geben.

Zwar wird das Gesetz erst im Jahr 2020 zur konkreten Umsetzung kommen, mit dem unmittelbaren Zugang zur Pflege durch ein Hochschulstudium ergeben sich neue Möglichkeiten, bei der Lehrplangestaltung für komplexe Versorgungsbereiche, wie der Onkologie, neue Wege zu gehen.

Ihr

Dr. Johannes Bruns

Deutschlands Onko-Team 2017

Bereits zum dritten Mal wurde Deutschlands Onko-Team gesucht, welches beim 20. Heidelberger Pflegekongress Onkologie ausgezeichnet werden sollte. Dieses Jahr hatten sich 15 Teams für diesen Preis beworben. Sie machten es den Juroren Professor Walter E. Aulitzky, Vorstandsvorsitzender des Krebsverbandes Baden-Württemberg e. V., Ralf Rambach, Vorstandsvorsitzender des Hauses der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e. V., Gabi Knötgen, Vorstandsmitglied der KOK in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. sowie Daniel Wecht, Sprecher der BAGL in der KOK, nicht leicht. Anhand der Kriterien Qualität der Zusammenarbeit, Patientenorientierung, Engagement und Multiprofessionalität wählte die Jury die herausragenden Teams aus. Obwohl die Aufgabenbereiche der Teams immer komplexer werden, spürte man bei der Betrachtung der eingereichten Fotos die Freude und das Engagement der Teams. Die Fotos und Bewerbungsschreiben aller Teams werden auf der Homepage www.kok-krebsgesellschaft.de präsentiert. Burkhard Lebert, hauptverantwortlicher Organisator des Heidelberger Pflegekongresses und gewissermaßen Vater dieser Ausschreibung, war es eine besondere Freude, vom Stolz der Pflegedirektionen über die eigenen Teams zu lesen.

Am 12. Juni 2017 wurden die drei Siegerteams feierlich im voll besetzten Hörsaal des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg ausgezeichnet. Mirko Laux vom Vorstand der KOK, Hubert Seiter, geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Krebsverbandes Baden-Württemberg e. V. und Burkhard Lebert, Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V., überreichten die Urkunden und Preise. Der erste Preis und damit die Auszeichnung „Deutschlands Onko-Team 2017“ ging an das Team der Lungenklinik Berlin Buch. Den zweiten Platz errang das Onko-Team des Brustzentrums Sömmerda und den dritten Platz belegte das Onko-Team des Diakonissen Krankenhauses in Speyer. Hubert Seiter brachte es bei der Preisverleihung nochmals auf den Punkt. Es sei eine große Freude in die strahlenden, fröhlichen und engagierten Gesichter der Pflegenden der Gewinnerteams zu schauen. Dieser Berufsstand habe eine zentrale Bedeutung für die Betreuung krebskranker Menschen. ■

Burkhard Lebert
Burkhard.Lebert@med.uni-heidelberg.de



Erster Preis: Onko-Team der Lungenklinik Berlin Buch (v. l. n. r.): Hubert Seiter, Andrea Feller, Blanka Krause, Mirko Laux, Burkhard Lebert.



Zweiter Preis: Onko-Team des Brustzentrums Sömmerda (v. l. n. r.): Hubert Seiter, Burkhard Lebert, Andrea Franke, Sylvia Bergmann, Mirko Laux.

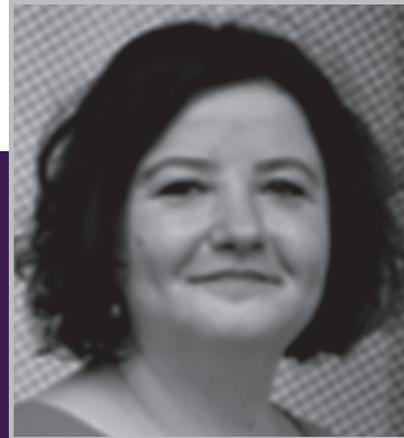


Dritter Preis: Onko-Team des Diakonissen Krankenhauses in Speyer (v. l. n. r.): Hubert Seiter, Burkhard Lebert, Daniela Kielhorn, Cornelia Melzer, Lisa Vogelsang, Ute Wächter, Mirko Laux.

PORTRAIT

Susanne Kelber

Universitätsklinikum Frankfurt am Main
kelber@kok-krebsgesellschaft.de



Beruflicher Werdegang und heutige Funktion

- 1995–1998: Ausbildung zur Krankenschwester am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, danach in einer Allgemeinpflegestation mit Schwerpunkt Gastroenterologie
- 2002–2016: Leitungstätigkeit in verschiedenen Bereichen Universitätsklinikum Frankfurt (Gastroenterologie, Pneumologie, Endokrinologie, kardiologische Ambulanzen & Funktionsbereich, Nuklearmedizin, Hämatologie/Onkologie)
- 2005: Weiterbildung zur Gruppenleitung
- 2009–2011: Fachweiterbildung Onkologie in Heidelberg
- 2013: Weiterbildung zur Koordinationsfachkraft im Gesundheitswesen

- seit 2015: Sprecherin der klinikweiten Arbeitsgruppe Onkologische Fachpflege
- seit 2016: Fachkrankenschwester in der onkologischen Tagesklinik UCT (Universitäres Zentrum für Tumorerkrankungen)
- Studium Medizinpädagogik
- Beratertätigkeit und Dozententätigkeit

Mitgliedschaften und Mitarbeit

seit 2009 Mitglied in der KOK
seit 2016 Vorstandsmitglied der KOK

1 Seit wann interessieren Sie sich für die onkologische Pflege und was fasziniert Sie an diesem Thema?

Seit meiner Ausbildung bin ich in den verschiedenen Fachabteilungen immer wieder onkologischen Patienten begegnet. Ich habe gemerkt, dass ich die besondere Situation onkologischer Patienten einschätzen und sie dementsprechend begleiten kann. Vor allem kann ich im Umgang mit den Patienten die für sie lebensbedrohliche Situation – was eine onkologische Diagnose nun mal bedeutet – mit den resultierenden Reaktionen aushalten. Ich war schon immer der Meinung, dass ich das, was ich gut kann, auch weitermache. Es war also nur logisch, dass ich in der Onkologie bleibe, was arbeitstechnisch für mich die beste Entscheidung war. Die Onkologie ist ein kommunikativer Arbeitsbereich und bietet sehr viel funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedensten Berufsgruppen, wie ich sie in anderen Fachabteilungen nicht erlebt habe. Weiterhin ist die Onkologie eine der sich am schnellsten entwickelnden Disziplinen, was auch eine Weiterentwicklung der onkologischen Pflege bedeutet.

2 Welche beruflichen Erfahrungen möchten Sie am wenigsten missen?

Keine. Alles was ich gelernt und erfahren habe, macht mich zu dem, was ich heute bin. Ich bin dankbar, dass ich in so vielen Abteilungen gearbeitet habe, denn das macht mir die Verknüpfung von theoretisch erlerntem Fachwissen und praktisch gemachtem Erfahrungswissen deutlich leichter. Für mich ist das eine der tragenden Säulen von Professionalität.

3 Was machen Sie am liebsten nach Dienstschluss oder an freien Tagen?

Nichts... Aber wie es so ist im Leben – es funktioniert nicht. Ich mache einiges für mein Studium oder versuche mich onkologiewissenstechnisch auf dem aktuellen Stand zu halten. Weiterhin lese ich für mein Leben gerne, damit lässt sich so einiges verknüpfen. Für mich ist es wichtig, einen Ausgleich zum Arbeitsalltag zu schaffen. Vor allem hilft mir dabei der tägliche Spaziergang mit meinem Hund im Wald. Das erdet und lüftet den Kopf.

4 Was möchten Sie neuen/jungen Kollegen im Bereich der onkologischen Pflege mit auf deren Weg geben?

Immer neugierig bleiben und was daraus machen ohne auszubrennen.

Am wichtigsten finde ich Authentizität in der Begegnung mit Patienten und eine fachliche Qualifikation mittels Fachweiterbildung. Jeder, der dauerhaft in der Onkologie arbeiten möchte, sollte sich fachlich und persönlich weiterentwickeln.

5 Was ist für Sie ein besonderer Tag oder anders gefragt: Wie muss ein Tag ablaufen, damit Sie zufrieden sind?

Das kommt auf meinen eigenen Anspruch an. Der ändert sich tagesformabhängig. Es gibt Tage, an denen ich sehr viel arbeite und ich erst dann zufrieden bin, wenn ich alles geschafft habe, was ich mir vorgenommen hatte. Es gibt aber auch seltene Tage, an denen ich zufrieden in meiner Hängematte im Garten liege und mal nichts mache außer zu lesen oder mich in gepflegter Langeweile üben.

6 Was wollten Sie schon immer gerne mal machen und haben es bisher nicht geschafft?

Regelmäßig Lottospielen und den Jackpot gewinnen. Dann könnte ich mir meinen wirklichen Wunsch – eine Weltreise – erfüllen. Da ich aber für meinen Lebensunterhalt arbeiten muss, bleiben nur Einzelziele im Urlaub. Auf meiner persönlichen Weltkarte gibt es noch viele nichtgepinnte Orte, die ich noch sehen möchte.

7 Wie vereinbaren Sie Beruf und Privates/Familie?

Nur mit viel Toleranz und gegenseitiger Rücksichtnahme. Aber ich kann mich nicht beschweren, ich habe eine tolle Familie, die sehr unkompliziert ist und mich unterstützt.

8 Sind Sie gerne unterwegs? Wenn ja, in welches Land würden Sie gerne reisen?

Ich liebe Reisen. Ich fahre gerne in fremde Länder und lerne Menschen und Kulturen kennen. Ich bin nicht der Strandlieger, sondern eher der neugierige Entdecker. Andere Menschen und Kulturen kennenzulernen, bedeutet für mich auch eine andere Sichtweise zu erleben. Im übertragenen Sinne hat es mich gelehrt, Dinge differenziert zu betrachten. Deshalb arbeite ich stetig daran, meine Landkarte zu füllen und als Minimalziel alle Kontinente bereist zu haben. Aktuell fehlen mir noch Südamerika und die Antarktis.

9 Gibt es jemanden, den Sie unbedingt mal treffen möchten?

Einen wirklich weisen, vorurteilsfreien Menschen. Auch wenn sich das eher nach einem Ideal anhört, aber ich gebe die Hoffnung auf die kritisch-konstruktive Denkfähigkeit des Menschen nicht auf.

10 Auf welchen Internetseiten trifft man Sie am häufigsten?

Auf Fachseiten für Onkologie, Pädagogik und in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken. Außerdem auf Nachrichtenseiten und natürlich in fast allen social networks, denn so bleibe ich mit meiner Familie und Freunden in Kontakt.



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, Tumortherapeutika oder Optiate
- 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 Tumortherapie

Auch Patienten mit einer Krebserkrankung und einer Tumortherapie 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 Selbster- 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) (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 ausschließlichen 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 Tumortheraeutika (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 Tumortheraeutik 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 [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). Risikoerfassungs- 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 [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