universität wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Terminologie der Pflege in der transkulturellen PatientInnenkommunikation am Beispiel des Dekubitus“

verfasst von

Patrick Shonoda, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 060 342 360
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Masterstudium Übersetzen UG2002 Englisch Russisch
Betreuerin / Betreuer:	Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Budin

Danksagung

Zuerst möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Budin bedanken, der mir von der Themenfindung bis zur Abgabe stets mit konstruktivem Feedback und hilfreichen Ratschlägen zur Seite gestanden ist.

Ebenfalls danke ich Melanie Shonoda und Jan Wanke, die mein Interesse für das Gebiet der Pflege geweckt haben und stets dazu bereit gewesen sind, fachliche Fragen meinerseits zu klären.

Abschließend möchte ich mich noch bei allen Verwandten und Freunden bedanken, die mir während des Studiums und dem Schreiben dieser Arbeit beigestanden sind und mich in allen Aspekten unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung....2
0 Einleitung....5
1 Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen....6
1.1 Einflussfaktoren....6
1.1.1 Fachsprache....6
1.1.2 Wissensgefälle....7
1.1.3 Machtverhältnisse....7
1.2 Strategien zur optimalen Gestaltung der Kommunikation mit PatientInnen....8
2 Transkulturelle Pflege....9
3 Transkulturelle Pflegekommunikation....12
3.1 Einsatz von DolmetscherInnen....13
3.1.1 Professionelle DolmetscherInnen....13
3.1.2 Krankenpersonal als DolmetscherInnen....14
3.1.3 Begleitpersonen als DolmetscherInnen....15
3.2 Einsatz von bi- und multilingualen Pflegekräften....16
3.3 Englisch als Lingua franca....17
3.4 Non-verbale Kommunikation und Hilfsmittel....18
3.5 Kontrollierter Sprachgebrauch....19
3.6 Zusammenfassung....20
4 Dekubitus....21
4.1 Klassifikation und Symptomatik....22
4.2 Ätiologie....23
4.3 Prophylaxe....23
4.3.1 Risikoeinschätzung....24
4.3.2 Druckentlastung....25
4.3.3 Hautpflege....28
4.3.4 Erhaltung des Ernährungs- und Allgemeinzustands....29
4.4 Therapie....29
4.4.1 Allgemeines....29
4.4.2 Phasengerechte Therapie....31
5 Terminologischer Teil....33
5.1 Methodik....33
5.2 Glossar....35
5.3 Index....93

5.3.1 Deutsch alphabetisch 93
5.3.2 Englisch alphabetisch 94
5.3.3 Deutsch nach Begriffsfeldern 96
5.3.4 Englisch nach Begriffsfeldern 97
6 Zusammenfassung und Schlusswort 100
Literaturverzeichnis 104
Monographien, Sammelbände, Artikel und Informationsmaterial 104
Internetquellen 118
Anhang 127
Abstract 127
Lebenslauf 128

0 Einleitung

Die demographischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte in Österreich und den anderen deutschsprachigen Ländern haben Krankenhäuser zu einem Ort der transkulturellen Begegnung gemacht. ÄrztInnen und Pflegepersonal müssen mit PatientInnen arbeiten, die nicht oder nur in beschränktem Ausmaße die deutsche Sprache beherrschen und auch innerhalb des Personals müssen MitarbeiterInnen mit nichtdeutscher Muttersprache mit ihren deutschsprachigen KollegInnen oder mit Personal, das eine andere Erstsprache als sie selbst hat, kommunizieren.

Diese Arbeit soll sich auf die transkulturelle Kommunikation zwischen Pflegepersonal und PatientInnen fokussieren und sich mit ihr auf terminologischer Ebene auseinandersetzen. Da es sich bei der Pflege um ein sehr breites Fachgebiet handelt, soll der Dekubitus und dessen Behandlung bzw. Prophylaxe im Mittelpunkt stehen. Dies gehört wohl zu den Themen, die am ehesten zu großen Teile die Pflege und nicht die Ärzteschaft betreffen, da die Pflegeschaft Verantwortung für weite Bereiche der Prophylaxe trägt.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, ein Glossar zum Thema Dekubitus zu erstellen, das einerseits die Benennungen zeigt, die Pflegekräfte untereinander oder mit Ärztinnen verwenden würden, andererseits Synonymvorschläge aufzeigt, die für die transkulturelle Kommunikation mit PatientInnen geeigneter sein könnten, sei dies nun die mündliche oder die schriftliche Kommunikation (z. B. in Form von Informationsmaterial). Auch soll versucht werden, neben den für den terminologischen Vergleich notwendigen Definitionen, auch solche zu nennen, die für den beschriebenen Zweck einsetzbar sein könnten. Als Arbeitssprachen werden Deutsch und Englisch behandelt.

Das eben beschriebene Glossar soll aber keineswegs einen präskriptiven Charakter tragen oder als universell einsetzbareres Hilfsmittel verstanden werden, da, wie Kapitel 3 beschrieben werden wird, der Einsatzbereich für Glossare grundsätzlich nur beschränkt ist und zusätzlich der Erfolg der interkulturellen Kommunikation natürlich stark von den agierenden Personen und deren Wissen bzw. deren Erfahrung abhängig ist. Es darf und soll aber als Orientierungshilfe in der Kommunikation mit PatientInnen verstanden werden, die einem einen Überblick über die in der Praxis eingesetzten Benennungen und Definitionen und somit über die kommunikativen Möglichkeiten bieten kann.

Am Anfang dieser Arbeit soll die Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen betrachtet werden, wobei vor allem auf die Bestimmungsfaktoren ebendieser und Strategien zur optimalen Kommunikationsgestaltung eingegangen werden wird. Danach sollen die transkulturelle Pflege und verschiedene Konzepte dazu betrachtet werden. Am Ende des pflegerisch-kommunikativen Abschnitts dieser Arbeit wird die transkulturelle Pflegekommunikation behandelt werden, wobei ein großes Augenmerk darauf gelegt werden soll, wie Sprachbarrieren im Krankenhaus überwunden werden können.

Der zweite Teil dieser Arbeit soll sich dann mit dem Dekubitus selbst beschäftigen, wobei diesbezüglich die Definition und Klassifikation, die Ätiologie, die Prophylaxe und abschließend die Therapie betrachtet werden.

Auf den dritten Teil als Terminologieabschnitt soll abschließend das Hauptaugenmerk gelegt werden. Zuerst wird hier auf die gewählte Methodik eingegangen, danach folgt das Glossar selbst, das von vier Indices (jeweils ein alphabetischer und ein nach Begriffsfeldern geordneter Index pro Sprache) abgeschlossen wird.

1 Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen

Im nachfolgenden Kapitel soll auf die Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen eingegangen werden. Dabei werden die Einflussfaktoren auf die Kommunikation, aber auch einzelne Strategien zur optimalen Gestaltung ebendieser im Mittelpunkt stehen. Zusätzlich soll vorausgeschickt werden, dass in Hinblick auf den terminologischen Charakter des Großteils dieser Arbeit der Fokus hauptsächlich auf die informativen Gespräche gelegt werden wird, auch wenn diese natürlich nur einen bestimmten Anteil an der gesamten Pflegekommunikation ausmacht und auch nicht komplett von den anderen Aspekten ebendieser zu isolieren ist.

1.1 Einflussfaktoren

1.1.1 Fachsprache

Wie auch die Medizin verfügt auch die Pflege laut Matolycz (2009:10) über ihre eigene Fachsprache, die nicht nur Elemente aus der Medizin bezieht, sondern auch aus der Pflegewissenschaft selbst und aus anderen Wissenschaften, zu denen eine Verbindung besteht.

Andererseits gibt es durchaus auch Quellen, die die Meinung vertreten, die Pflege habe (noch) keine eigene Fachsprache. So weist z. B. Bartholomeyczik (2005²:23) darauf hin, dass sich in einer von ihr durchgeführten Studie gezeigt habe, dass es einigen Schwestern schwerfalle, ihre Tätigkeiten zu benennen. Auch gibt sie an, dass die in der Pflege verwendete Sprache noch nicht „die Kriterien einer kontextunabhängig verständlichen und einheitlichen Fachsprache erfüllen kann“ (Bartholomeyczik 2005²:27).

Die Frage, ob die Pflege bereits über eine eigene Fachsprache verfügt, soll aber für den Zweck dieser Arbeit nicht im Vordergrund stehen, da dies für die Kommunikation mit PatientInnen nicht zwangsweise von Bedeutung ist. Fakt ist jedenfalls, dass Pflegekräfte potentiell Termini verwenden können, die die Kommunikation mit PatientInnen stören könnten, auch wenn Matolycz darauf hinweist, dass sie den Einsatz von potentiell störenden Termini nicht zwangsweise in der Unfähigkeit, die Sprache an die Zielgruppe anzupassen, sehe, sondern eher als gelegentlich verwendetes Mittel zur bewussten Distanzierung und Abgrenzung, um z. B. den eigenen Beruf vor anderen Personen aufzuwerten (vgl. Matolycz 2009:9-11).

1.1.2 Wissensgefälle

Wie auch in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist die Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen von einem Wissensgefälle geprägt. Zum einen weil Pflegepersonen über ExpertInnenwissen verfügen, zum anderen weil sie über den jeweiligen gesundheitlichen Zustand des konkreten Patienten, der konkreten Patientin informiert sind. Beide Aspekte sind bei der Pflegekraft in der Regel stärker ausgeprägt als bei den PatientInnen. Dieses Gefälle im Bereich des Wissens führt wiederum zu bestimmten Machtverhältnissen zwischen den beiden Positionen (siehe Kapitel 1.1.3). So sind PatientInnen teilweise von Pflegepersonen abhängig, wenn es darum geht, die notwendigen Informationen zu erhalten, die für das Treffen von Entscheidungen für sich selbst und die weitere Behandlung wichtig sind, auch wenn natürlich die Aufklärung an sich Aufgabe der Ärzteschaft ist (vgl. Darmann 2000:166).

Verbunden mit dem Wissen ist ein weiterer Faktor, der bestimmt, wie die Kommunikation mit den PatientInnen sowie deren Behandlung funktionieren, die so genannte *health literacy*, die von Sørensen et al. (2012) wie folgt definiert wird:

> „Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course." (Sørensen et al. 2012:3)

Es handelt sich also hierbei um ein Konzept, das verschiedene Faktoren wie Wissen oder Motivation beinhaltet, die dazu beitragen, dass Personen daran Interesse haben, ihren Gesundheitszustand zu verbessern oder ihn beizubehalten. Wie sich aus der oben zitierten Definition erkennen lässt, kommt *health literacy* nicht nur im Alltagsleben zu tragen, sondern spielt auch eine Rolle im Kontext der medizinischen Versorgung, somit auch im Krankenhaus im weiteren Sinne und in der Pflege im engeren Sinne.

1.1.3 Machtverhältnisse

Die unterschiedlichen Machtverhältnisse zwischen Pflegekräfte und PatientInnen sind aber nicht nur rein auf das Informationsgefälle zwischen den beiden Parteien beschränkt. Auch liegt das Machtmonopol nicht in jeder Situation bei den Pflegepersonen. So beschriebt Darmann (2000:71) vier verschiedene Arten von Macht- bzw. Druckmitteln, die sie anhand einer Studie in zwei Krankenhäuser ermittelte. Manche dieser Macht- bzw. Druckmittel haben Pflegekräfte inne, manche die PatientInnen:

- Macht der Pflegekräfte
- Entscheidungsfreiheit der Pflegekräfte
- Druckmittel der PatientInnen
- Entscheidungsfreiheit der PatientInnen

Zu der Kategorie der Macht der Pflegekräfte zählt Darmann die zwingende und die verweigernde Macht. Bei der zwingenden Macht handelt sich um jene, die sich in Situationen ergibt, in denen PatientInnen aufgrund bestimmter physischer und psychischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen oder gegen Entschei-

dungen der Pflegepersonen Widerstand zu leisten. Die verweigernde Macht geht von der Tatsache aus, dass PatientInnen gewisse Pflegebedürfnisse haben und dass die Pflegepersonen diese befriedigen können (vgl. Darmann 2000:72-81).

Das Pendant der PatientInnen zu der Macht der Pflegekräfte stellen deren Druckmittel dar. Auch diese teilen sich in zwei Arten. Zum einen diejenigen, die auf rechtlichen Bedingungen basieren, die die Pflegepersonen erfüllen müssen. Werden diese nicht erfüllt, haben die PatientInnen z. B. die Möglichkeit, dies bei den jeweiligen Vorgesetzten zu melden oder rechtliche Schritte einzuleiten. Zum anderen gibt es das Druckmittel, das daraus erwächst, dass PatientInnen als Kundschaft des Krankenhauses betrachtet werden können und somit auch bestimmte Leistungen bzw. Handlungsweisen erwartet werden (vgl. Darmann 2008:130-133).

Schlussendlich verfügen noch sowohl die Pflegekräfte als auch die PatientInnen über eine gewisse Entscheidungsfreiheit. Die Entscheidungsfreiheit der PatientInnen bezieht sich auf die eigenen Handlungen oder die der Pflegepersonen, bei denen sie das Gefühl haben, nicht davon abhängig zu sein. Dazu gehört zum Beispiel auch die Frage, ob eine gewisse Handlung von dem Patienten bzw. der Patientin selbst oder von der Pflegeperson wahrgenommen werden soll (vgl. Darmann 2008:105). Die Entscheidungsfreiheit der Pflegekräfte bezieht sich auf Handlungen, zu denen sie nicht verpflichtet sind, von denen sie also selbst entscheiden können, ob sie sie vornehmen oder nicht (vgl. Darmann 2008:145).

Dreißig (2005:39) geht zwar ebenfalls von Machtasymmetrien in der Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegepersonen aus und hebt positiv an Darmanns Darstellung hervor, dass beide Parteien berücksichtigt werden, kritisiert sie aber dafür, dass ihre Studie den Eindruck vermittle, dass die Kommunikation im Krankenhaus ausschließlich auf dem Ausbau der eigenen Macht aufgebaut sei.

1.2 Strategien zur optimalen Gestaltung der Kommunikation mit PatientInnen

Optimale Verständigung mit PatientInnen ist von enormer Bedeutung, da sie sich nicht nur auf ihre Zufriedenheit, sondern auch auf ihre Compliance, also das Befolgen von Anordnungen bzw. Einhalten der vorgeschlagenen Therapie, auswirkt (vgl. Frischenschlager 2013:43). Natürlich gibt es hier kein allgemeingültiges Rezept dafür, die Kommunikation mit PatientInnen optimal zu gestalten, da einerseits individuelle Faktoren eine Rolle spielen (siehe auch Kapitel 2), aber auch die Art des Gespräches (sei es nun die Pflegeanamnese oder eine Anleitung).

Als erste Gestaltungshilfe können die von Hladschik-Kermer (2013) für Ärztinnen und Ärzte vorgeschlagenen Regeln für das Vermitteln von Informationen gelten. Zuerst soll bei einem Gespräch der Verlauf und der Inhalt offengelegt werden, dann soll die Erwartung des Patienten bzw. der Patientin ermittelt werden, auch sein/ihr Vorwissen ist zu erfragen. Während des Gespräches sollen Informationen nach Themengebieten gegliedert werden, Themenwechsel sollen vorher angekündigt werden. Die Sprache ist dabei an den Patienten bzw.

die Patientin anzupassen und die Syntax einfach zu halten. Um wirklich sicherzugehen, dass die Information erfolgreich vermittelt worden ist, kann mittels Rückfragen und Zusammenfassungen gearbeitet werden. Während des Gespräches sollen außerdem Pausen eingehalten und Störfaktoren möglichst vermieden werden (vgl. Hladschik-Kermer 2013:189).

Ebenfalls hilfreich bei der Gestaltung der Kommunikation können verschiedene Leitfäden bzw. Modelle für bestimmte Gesprächssituationen (z. B. für die Pflegeanamnese)

2 Transkulturelle Pflege

In diesem Kapitel sollen nun Ansätze zur transkulturellen Pflege bzw. deren Kritik kurz vorgestellt werden.

Eine der ersten Theorien zum Thema transkulturelle Pflege ist in den 1950er-Jahren entstanden und stammt von der Krankenschwester und späteren Pflegewissenschaftlerin Madeleine Leininger. Sie ist auch diejenige, die die Bezeichnung *transkulturelle Pflege* (*transcultural nursing)* geprägt hat, welche sich mittlerweile sowohl in der englischsprachigen als auch in der deutschsprachigen Literatur durchgesetzt hat (vgl. Zielke-Nadkarni 1997:109).

Leininger argumentiert die Wahl der Bezeichnung *transcultural care* anstelle von *medical anthropology*, um den Fokus weg von Krankheiten und deren Behandlung, die in der medizinischen Anthropologie im Vordergrund stehen, hin zu Gesundheit, Prävention und Pflege zu verschieben (vgl. Leininger 2002³a:27).

Definiert wird *transkulturelle Pflege* von Leininger wie folgt*:*

> „Transcultural nursing is a substantive area of study and practice focused on comparative cultural care (caring) values, beliefs, and practices of individuals or groups of similar or different cultures. Transcultural nursing's goal is to provide culture-specific and universal nursing care practices for the health and well-being of people or help them face unfavorable human conditions, illness, or in culturally meaningful ways." (Leininger 1978, zit. in Leininger 2002³b:46)

Leininger sieht es also als eines der Kernstücke ihrer Definition, Werte, Glaubensätze und Praktiken verschiedener Kulturen in Bezug auf Pflege bzw. Fürsorge miteinander zu vergleichen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten ermitteln zu können. Aufgrund dessen soll es dann das Ziel sein, Pflege an die kulturspezifischen Bedürfnisse und Erwartungen der PatientInnen anzupassen (vgl. Leininger 2002³b:46).

Das soeben beschriebene Konzept der *transkulturellen Pflege* ist in weiterer Folge die Grundlage für Leiningers *Theory of Cultural Care Diversity and Universality*, die über Jahrzehnte hinweg entwickelt und schließlich 1991 veröffentlicht wurde (vgl. Leininger:2002³c:71). Zweck dieser Theorie sei es gewesen „to discover, document, interpret, explain, and even predict some of the multiple factors influencing care from an *emic* (inside the culture and an *etic* (outside the culture) view as related to culturally based care." (Leininger 2002³c:76; Hervorhebungen im Original) Am Ende diese Prozesses sollte dann eine Sammlung von Wissen über transkulturelle Pflege stehen, die wiederum dazu beitragen soll, PatientInnen Pflege zu bieten, die ihren kulturspezifischen Bedürfnissen entspricht. Wie bereits in

der oben genannten Definition von *transcultural nursing* dargestellt, ist die Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden unter und zwischen den verschiedenen Kulturen ein wichtiger Faktor, der im Zuge dieses Prozesses zu tragen kommt. Die Tatsache, dass beide genannten Punkte existieren, stellt den ersten (und nach Angaben Leinigers) wichtigsten Grundsatz der Theorie dar. Dies spiegelt sich auch im Namen der Theorie wider. *Care Diversity* bezieht sich auf die Unterschiede, *care universality* auf die Gemeinsamkeiten. Der zweite Grundsatz besagt, dass u. a. Faktoren wie Religion, wirtschaftliche Bedingungen, Politik, Sprache einen Einfluss auf *culture care* haben (vgl. Leininger 2002³c:76ff.). Der dritte Grundsatz besagt, dass es drei Hauptarten von Handlungen und Entscheidungen gibt, um sich Pflege anzunähern, die kulturspezifischen Bedürfnissen entspricht:"1) *Culture care preservation and/or maintenance,* 2) *culture care accommodation and/or negotiation,* and 3) *culture care restructuring and/or repatterning.*" (Leininger 2002³c:78)

Um die einzelnen Faktoren entsprechend der Theorie erforschen zu können, wurde von Leininger das *Sunrise Model* geschaffen, das von 1955 bis 1985 mehrere Male im Kleinen überarbeitet wurde. Dieses Modell zeigt den Einfluss der verschiedenen Faktoren auf die Pflege und auch jenen untereinander. Leininger zufolge kann dieses Modell zur wissenschaftlichen Untersuchung von Einzelpersonen, Gruppen, Familien oder Institutionen eingesetzt werden. Dabei soll die forschende Person sich auf die oben genannten Grundsätze konzentrieren. Bezüglich des Einsatzes des Modells, dessen Zeitpunkt von Leininger nicht exakt vorgeschrieben wird, kann sowohl mit dem unteren Teil (also bei den einzelnen *care practices*) oder dem oberen Bereich des Modells (also in der Dimension der kulturellen und sozialen Strukturen) begonnen werden. Vorgegeben ist lediglich, dass sämtliche Dimensionen und Bestandteile des Modells bei der Untersuchung zur Anwendung kommen (vgl. Leininger 2002³:78-81).

Verschiedene Autorinnen und Autoren kritisieren die Theorie zur transkulturellen Pflege dafür, dass sie verschiedene Aspekte, die in der Pflege und in der Kommunikation mit PatientInnen zu tragen kommen, außer Acht gelassen werden. So hebt z. B. Dornheim (1997) zwar hervor, dass die Theorie Leiningers vor dem zeitlichen Hintergrund ihrer Entstehung als positiv zu betrachten ist, andererseits kritisiert sie deren Perspektive auf das Fremde, das nur in der Kultur von Anderen, aber nicht in der eigenen gesehen wird (vgl. Dornheim 1997:27).

Als problematisch wird von Habermann (1997) betrachtet, dass das Betonen der kulturellen Unterschiede dazu führen könnte, den Ausschluss von bestimmten Personengruppen zu fördern. Auch sieht sie bei einem solchen Fokus eine Gefahr für die Pflege an sich, da grundsätzlich Probleme, die in der Pflege auftauchen können, gleich auf die kulturelle Differenz zu den PatietInnen zurückgeführt werden könnten (vgl. Habermann 1997:56).

Eine weitere Form der Kritik kommt von Pearson (1986, zit. in Culley 1996:566), indem auf die fehlende Berücksichtigung von politischen und sozialen Faktoren, wie Macht oder fehlende Gleichberechtigung, die sich auch in den Institutionen niederschlagen und sich

auf die Gesundheit von Minderheiten bzw. deren Zugang zum Gesundheitssystem auswirken, hingewiesen wird.

Eine ähnliche Form der Kritik üben Price und Curtis (2000) an Leiningers Theorie. So konzentriere sich dieser Ansatz nur auf bestimmte soziale Gruppen innerhalb der einzelnen Kulturen und Unterschiede, die sich durch verschiedene soziale Gegebenheiten ergeben, würden nicht berücksichtigt. Auch weisen die Autoren darauf hin, dass es auch möglich sei, dass sich bei einzelnen Personen im Laufe ihres Lebens bzw. im Zuge eines sozialen Aufstiegs verschiedene Faktoren wie Sprachkenntnisse, Religiosität oder Essverhalten verändern könnten (vgl. Price/Cortis 2000:235).

Auch Bühlmann und Stauffer (2007²) warnen davor, PatientInnen in stereotype Kategorien wie Religion oder Ethnizität einzuordnen. Vielmehr sei es wichtig, auf den Patienten bzw. die Patientin als Individuum einzugehen. Denn nur so könne ein auf ihn/sie und seine/ihre Krankheit abgestimmtes Behandlungs- und Kommunikationskonzept geschaffen werden (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007²:277ff.)

Stereotypisierung ist ein Problem, das sich auch abseits von Theorien in der pflegerischen Praxis so zeigt z. B. die Studie von Dreißig (2005), die in zwei deutschen Krankenhäusern durchgeführt wurde, dass unter Pflegepersonen Stereotypen in Bezug auf bestimmte Kulturkreise und bestimmte Krankheitsbilder vorherrschen. So erwähnten mehrere Interviewte das Stereotyp, dass Menschen aus dem Mittelmeerraum schmerzempfindlicher seien (vgl. Dreißig 2005:175).

Es gibt aber auch Modelle zur transkulturellen Pflege, bei denen das Individuum im Zentrum steht. Eines davon ist das im Jahr 1988 entwickelte und seitdem immer wieder überarbeitete *Transcultural Assessment Model* von Giger und Davidhizar, das sich vor allem auf das Pflegeassessment fokussiert, aber auch den Pflegeprozess per se berücksichtigt. Kernidee dieses Modells ist, dass jede Person in Bezug auf ihre Kultur individuell ist. Um diesen Gedanken in das Pflegeassessment einzuweben, sind die folgenden sechs kulturellen Phänomene zu berücksichtigen:

- *communication*
- *space*
- *social organization*
- *time*
- *environmental control*
- *biological variations* (Giger/Davidhizar 2002:185)

Während *communication* als eines der bedeutendsten Probleme in der Pflege beschrieben wird, behandelt das Phänomen *space* die räumliche Distanz zwischen zwei Personen, die im Zuge der Pflegehandlungen gewahrt werden muss. *Social organization* beschreibt die Art und Weise, wie eine kulturelle Gruppe aufgebaut und organisiert ist, sie behandelt also u. a. die Familie, den Glauben und die Rollen. Das Phänomen *time* bezieht sich auf die Frage, ob eine

Gruppe eher vergangenheits-, gegenwarts- oder zukunftsorientiert denkt. Dies kann bei der Vermittlung von Behandlungsmethoden und deren Nutzen von Bedeutung sein. *Enviromental control* bezeichnet die Fähigkeit einer Person, Umweltfaktoren so zu gestalten, dass sie an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden. Der letzte Punkt, *biological variations,* bezieht sich hauptsächlich auf die genetische Disposition nicht nur bestimmter Ethnizitäten, sondern auch des konkreten Individuums (vgl Giger/Davidhizar 2002:185ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Kritik an Leiningers Konzept vor allem darauf fokussiert, dass sie sich zu sehr auf das Fremde konzentriere und das zwischen Personen zu sehr aufgrund ihrer Kultur differenziert werde, ohne dabei externe Faktoren wie politische oder sozio-ökonomische Umstände zu berücksichtigen. Auch wenn man darauf hinweisen muss, dass die genannten Faktoren sehr wohl Einzug in das *Sunrise Model* Leiningers gefunden haben, so sind diese Kritikpunkte durchaus nachvollziehbar, da nichtsdestoweniger immer wieder der Eindruck aufkommt, dass diese Faktoren nur Randthemen sind und der Fokus auf der kulturellen Ebenen bleibt. Transkulturelle Pflegekonzepte sollten sich nicht auf ethnische Unterschiede beschränken (oder dies beinahe ausschließlich tun), vielmehr müssen diese den Menschen als Individuum mit eigenen Wertvorstellungen, eigenen Verhaltensweisen, eigenen körperlichen Voraussetzungen wahrnehmen. Dies erfordert ständige Reflexion durch die Pflegekräfte, um eine optimale Gestaltung des Pflegekonzepts und der damit verbundenen Kommunikation zu ermöglichen.

3 Transkulturelle Pflegekommunikation

In diesem Kapitel soll darauf eingegangen werden, ob und welche Unterschiede es in der Transkulturellen Pflegekommunikation im Vergleich zur Pflegekommunikation im Allgemeinen gibt.

Wie bereits in Kapitel 1.1.2 erwähnt, ist in der Kommunikation mit PatientInnen deren Hintergrundwissen zu medizinischen Themen von Bedeutung. Dies gilt natürlich auch in der transkulturellen Kommunikation. Hier kann aber laut Naumann (1993:98) erschwerend hinzukommen, dass das Hintergrundwissen kulturbedingt sein und somit sich von Kultur zu Kultur unterscheiden kann.

Eine Problematik, die bereits vorhandene Sprachprobleme intensivieren könnte, ist die Möglichkeit, dass non-verbale Kommunikation kulturspezifisch ist und daher bestimmte Gesten von Kultur zu Kultur eine andere Bedeutung haben könnten (vgl. Naumann 1993:98).

In den nachfolgenden Unterkapiteln soll nun auf die einzelnen Möglichkeiten eingegangen werden, Sprachbarrieren zwischen Pflegepersonen und PatientInnen zu überwinden. Zu diesen zählen der Einsatz von DolmetscherInnen, die Betreuung der PatientInnen durch bi- bzw. multilinguale Pflegepersonen, die Verwendung von Englisch als Lingua franca, der Einsatz von non-verbaler Kommunikation bzw. Hilfsmitteln und der kontrollierte Sprachgebrauch. Neben einer Beschreibung der Chancen und Probleme besagter Möglichkeiten, soll

auch anhand der Ergebnisse ausgewählter Studien gezeigt werden, ob und wie diese im Krankenhausalltag genützt und welche Erfahrungen damit gemacht werden.

3.1 Einsatz von DolmetscherInnen

Grundsätzlich kann man verschiedene Arten von DolmetscherInnen, die im Krankenhaus eingesetzt werden können bzw. auch eingesetzt werden, unterscheiden. In die erste Kategorie fallen professionelle Translatoren und Translatorinnen, in die zweite bi- oder multilinguales Krankenhauspersonal und in die dritte Begleitpersonen, die die Sprache des Patienten oder der Patientin beherrschen.

3.1.1 Professionelle DolmetscherInnen

Der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen ist natürlich aus translatorischer Sicht als das Optimum unter den drei oben genannten Sprachmittlungsvarianten zu betrachten. So empfiehlt Pöchhacker bereits in den 1990er-Jahren als Conclusio zu seiner Untersuchung der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen in verschiedenen Wienern Krankenhäusern den verstärkten Einsatz von professionellen DolmetscherInnen als die „bei weitem flexibelste und ohne Eingriff in bestehende Ausbildungs- und Personalstrukturen zu realisierende Möglichkeit, im Bereich der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen Kommunikationsbarrieren mit nichtdeutschsprachigen Patient/innen und Klient/innen zu überbrücken.“ (Pöchhacker 1997:204f.)

Stuker (2007²:225) weist auf die Möglichkeiten hin, die der Einsatz von professionellen TranslatorInnen dem Pflegepersonal und den PatientInnen bietet. So können TranslatorInnen als Teil des interdisziplinären Teams als entlastender Faktor in der Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen fungieren. Außerdem sieht Stuker den Einsatz von professionellen DolmetscherInnen als Möglichkeit, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und die Frustration beider Parteien, die auf Missverständnissen beruht, zu reduzieren. Auch wird hervorgehoben, dass TranslatorInnen zusätzlich zu ihrem Sprachwissen über Bezugswissen verfügen, also Wissen über Faktoren, die den Kontext des Gesprächs darstellen, wie z. B. über rechtliche Vorgaben oder über institutionelle Rahmenbedingungen.

Trotz der oben beschriebenen Vorteile werden professionelle DolmetscherInnen nicht jeder Situation eingesetzt bzw. können sie aufgrund der Umstände auch oft nicht eingesetzt werden. So zeigt die oben erwähnte Studie von Pöchhacker (1997), dass zum damaligen Zeitpunkt zwar 25 % des befragten Krankenhauspersonals fast immer und 68 % manchmal (beim Pflegepersonal war der letzte Wert nur geringfügig höher bei 69 %) Dritte für die Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientientInnen einsetzten, externe Dolmetscherinnen aber zu 74 % nie und 24 % nur manchmal. Stattdessen wurde eher auf Personen vor Ort zugegriffen, wie anderes Krankenhauspersonal oder Angehörige, wie in den Kapiteln 3.1.2 und 3.1.3 zu sehen sein wird (vgl. Pöchhacker 1997:81-90).

3.1.2 Krankenpersonal als DolmetscherInnen

In Bezug auf den Einsatz von Krankenhauspersonal muss vorweggeschickt werden, dass diese Gruppe natürlich bei weitem nicht homogen ist. So zeigt sich in der hier vorgestellten Literatur, dass in Krankenhäusern sowohl Pflegepersonal bzw. ÄrztInnen als auch Verwaltungs- oder Reinigungspersonal eingesetzt werden. Es werden also sowohl Fachkräfte aus medizinischen Berufen als auch LaiInnen mit der Sprachmittlung beauftragt.

Vor allem der Einsatz von Reinigungskräften als DolmetscherInnen wird in der Literatur vielfach kritisiert und als inakzeptabel betrachtet. So macht Pöchhacker (1997) darauf aufmerksam, dass das in der Regel fehlende medizinische Fachwissen und, damit verbunden, die mangelnde Kenntnis der Fachsprache zu Einschränkungen in Bezug auf die Vollständigkeit und Genauigkeit beim Dolmetschen führen kann, die aber meist nicht nachkontrolliert werden können (vgl. Pöchhacker 1997:178).

Neben den fehlenden medizinischen Kenntnissen weisen Bühlmann und Stauffer (2007²) auch auf Faktoren hin, die es aus der Sicht der Reinigungskräfte problematisch erscheinen lassen, diese als DolmetscherInnen einzusetzen. So werden die Angestellten für Sprachmittlungseinsätze von ihrer regulären Arbeit abberufen und müssen daher danach ihre Tätigkeit in einem kürzeren Zeitraum erledigen. Auch werden diese Einsätze gewöhnlich nicht zusätzlich finanziell abgegolten (vgl. Bühlmann/Staufer 2007²:276).

Trotz der soeben beschriebenen Kritik am Einsatz nichtmedizinischer Berufsgruppen im Krankenhaus als DolmetscherInnen, macht Pöchhacker (1997) darauf aufmerksam, dass es auch bei fachlich gebildeten MitarbeiterInnen (wie Pflegekräfte) ohne entsprechende Schulung zu Problemen wie z. B. Verkürzungen kommen kann, weil die von DolmetscherInnen im Zuge ihrer Ausbildung erworbenen Fähigkeit, sich zwischen den beiden Extremen der Oberflächigkeit beim Verstehen und der subjektiven Interpretation zu bewegen, oft nicht ausreichend vorhanden ist. Dies liegt auch daran, dass ungeschulte MitarbeiterInnen gar nicht wissen, was eine professionelle translatorische Leistung ausmacht und welche Probleme aufgrund von fehlerhafter Wiedergabe auftreten können. Hinzu kommt die, wie bereits beim Reinigungspersonal angesprochen, fehlende Kompensation für diese Zusatzleistung. Auch sollte beachtet werden, dass die Dolmetscheinsätze eine starke Belastung für das Personal darstellen (vgl. Pöchhacker 1997:178f.).

Wie bereits im vorigen Kapitel angedeutet, zeigt die Studie von Pöchhacker (1997), dass zum damaligen Zeitpunkt professionelle DolmetscherInnen bei weitem nicht die erste Wahl für Sprachmittlung in den untersuchten Wiener Krankenhäusern waren. Ein etwas populärere Alternative war hierbei der Rückgriff auf zwei- bzw. mehrsprachiges Krankenhauspersonal. So gaben 36 % der Befragten an, häufig fremdsprachiges Krankenhauspersonal als SprachmittlerInnen einzusetzen, 41 % erklärten, dies manchmal zu tun. Weniger häufig als SprachmittlerInnen eingesetzt wurden die in einigen Spitälern auf bestimmten Abteilungen (Gynäkologie bzw. Pädiatrie) vorhandenen so genannten *Muttersprachlichen Beraterinnen*, die in einer separaten Frage behandelt wurden. So gaben nur 10 % der Befragten an, häufig

auf die *Muttersprachlichen Beraterinnen* zurückzugreifen, 32 % erklärten, dies manchmal zu tun. Der deutlich seltene Einsatz der Beraterinnen im Vergleich zum restlichen Krankenhauspersonal ist wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass diese nur auf eine Sprachgruppe beschränkt waren, während hingegen bei den anderen MitarbeiterInnen natürlich mehr Sprachen anzutreffen waren (vgl. Pöchhacker 1997:88f.).

Anzumerken ist noch, dass es sich bei oben genanntem Krankenhauspersonal nicht ausschließlich um ExpertInnen aus den medizinischen Berufsgruppen handelt. So nehmen die Reinigungskräfte (61 %) den ersten Platz bei der Frage ein, welches Personal häufig oder fast immer als SprachmittlerInnen eingesetzt wird. Erst danach folgen die Pflegekräfte (44 %) und die Ärzte/ÄrztInnen (10 %). Ebenfalls fällt auf, dass der Wert bezüglich des Einsatzes von Reinigungskräften beim Pflegepersonal (66 %) noch höher ausfällt (vgl. Pöchhacker 1997:95f.).

Der Grund für den hohen Wert bezüglich des Einsatzes von Reinigungspersonal führt Pöchhacker auf den hohen Anteil in Wien von bosnisch-/kroatisch-/serbischsprachigen MitarbeiterInnen aus diesem Bereich zurück (vgl. Pöchhacker 1997:177). Dies deckt sich auch mit der Tatsache, dass diese Sprachgruppe auch unter den PatientInnen weit verbreitet ist (siehe Kapitel 3.3).

In einer 2006 in drei Wiener Krankenhäusern durchgeführten Studie, die sich mit den Sichtweisen von Pflegepersonen zum Umgang mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen beschäftigt, gibt es einen Abschnitt darüber, wie Pflegekräfte ihre Funktion als DolmetscherInnen betrachten. So gaben 44 % der Befragten an, schon einmal gedolmetscht zu haben, wobei mehr als die Hälfte angab, dies mehrmals getan zu haben, während mehr als ein Viertel erklärte, oft als DolmetscherInnen zu fungieren. Interessant ist die Tatsache, dass obwohl auch einige Personen mit Deutsch als Muttersprache antworteten, schon einmal als DolmetscherInnen eingesetzt worden zu sein, diese Aussage auf fast alle (ca. 90 %) der Pflegekräfte mit einer anderen Muttersprache zutrifft (vgl. Seidl/Walter 2010:56f.).

Bei der Frage, wie die Pflegepersonen diese Erfahrung als DolmetscherInnen wahrgenommen hatten, fielen die Antworten überwiegend positiv aus. So hatten viele Pflegekräfte das Gefühl, diese Tätigkeit hätte eine positive Wirkung auf die PatietInnen gehabt. Hin und wieder wurde aber auch auf Probleme bei der Ausführung der Dolmetschtätigkeiten hingewiesen. Als solche Probleme wurden vor hauptsächlich der Zeitdruck und das Fehlen der Fachterminologie in der anderen Sprache genannt. Bei Pflegepersonen, die nicht in ihre Muttersprache dolmetschten, gab es in den Antworten Hinweise darauf, dass sie das Gefühl hatten, die PatientInnen würden von ihnen erwarten, die Sprache perfekt zu beherrschen (vgl. Seidl/Walter 2010:57f.).

3.1.3 Begleitpersonen als DolmetscherInnen

Begleitpersonen stellen im Krankenhaus oft wichtige Quellen für Sprachmittlung dar, da sie manchmal auch zur Verfügung stehen, wenn man nicht auf professionelle DolmetscherInnen

oder KrankenhausmitarbeiterInnen, die eine bestimmte Sprache beherrschen, zurückgreifen kann. Allerdings ist dies auch oft mit Schwierigkeiten verbunden. Vor allem der Einsatz von Kindern kann problematisch sein. Es muss also genau darauf geachtet werden, in welchen Situationen auf Angehörige als DolmetscherInnen zurückgegriffen wird.

So weisen z. B. Bühlmann und Stauffer (2007²) darauf hin, dass es mit Kindern nur dann wenige Probleme geben kann, wenn sie zum Dolmetschen von Themen des alltäglichen Lebens (z. B. Essgewohnheiten) eingesetzt werden (Voraussetzung bleibt natürlich, dass keine professionelle Person die Dolmetschung übernehmen kann). Dabei kann es vorkommen, dass sie die gestellte Frage beantworten, ohne zu übersetzen, da sie selbst die Antworten wissen. In solchen Situation sollten die PatientInnen trotzdem über den Inhalt des Gespräches informiert werden, um bei diesen nicht das Gefühl der Ausgrenzung zu erzeugen. Alle Themen, die über alltägliche hinausgehen, sind auf jeden Fall von professionellen DolmetscherInnen zu übernehmen. Ähnliches gilt auch für andere Angehörige oder Bekannte, die ebenfalls möglichst nur für Alltagsthemen eingesetzt werden sollten. Sollte die Situation ein anderes Vorgehen erfordern, muss zumindest bekannt sein, auf welcher Beziehungsebene sich der/die PatientIn und der/die Angehörige befinden (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007²:276).

In der Studie von Pöchhacker (1997) zeigte sich, dass zum damaligen Zeitpunkt Begleitpersonen der PatientInnen am häufigsten als SprachmittlerInnen zum Einsatz kamen. So gaben 45 % der Befragten an, häufig auf Begleitpersonen zurückzugreifen, 41 % erklärten, dies manchmal zu tun, was bedeutet, dass Begleitpersonen häufiger eingesetzt wurden als die anderen, oben genannten Sprachmittler. Interessant ist, dass bei der Frage, welche Begleitpersonen häufig oder fast immer als SprachmittlerInnen eingesetzt wurden, die Kinder der PatientInnen den ersten Platz einnehmen (73 %), während EhegattInnen (44 %) und Verwandte (40 %) erst mit etwas größerem Abstand folgten. Ebenfalls zeigte sich, dass der Wert zum Einsatz von Kindern (genau wie der zum Einsatz von Reinigungspersonal) bei Pflegekräften noch höher ausfiel (77 %) (vgl. Pöchhacker 1997:88-92).

Ebenfalls zeigte die Studie Pöchhackers, dass der Einsatz von Begleitpersonen als DolmetscherInnen vom Krankenhauspersonal als die problemanfälligste der Sprachmittlungsvarianten betrachtet wurde. So gaben 12 % an, das Dolmetschen durch Begleitpersonen sei häufig mit Problemen verbunden, 66 % meinten, dies käme manchmal vor. Beide Werte waren hierbei im Vergleich zu den Ergebnissen bei den anderen Sprachmittlungsvarianten die Höchstwerte (vgl. Pöchhacker 1997:98ff.).

3.2 Einsatz von bi- und multilingualen Pflegekräften

Wie aus dem vorigen Kapitel ersichtlich ist, werden bi- oder multilinguale Pflegekräfte oft als DolmetscherInnen im Krankenhaus eingesetzt. Im Zuge der pflegerischen Tätigkeit kann es aber auch möglich sein, nichtdeutschsprachige PatientInnen direkt von Personen betreuen zu lassen, die deren Sprache beherrschen, wenn dies der Dienstplan zulässt. Diese Möglichkeit soll im folgenden Kapitel diskutiert werden.

Natürlich lassen sich hier einige Parallelen zum Dolmetschen durch Pflegepersonal erkennen, dennoch soll dieses Thema separat behandelt werden, da es doch den einen oder anderen signifikanten Unterschied gibt. Zum einen ist hier die pflegende Person gleichzeitig auch die kommunizierende Person. Dies könnte bei dolmetschenden MitarbeiterInnen natürlich auch der Fall sein, ist aber nicht zwingend so. Oft muss aber auch auf Kolleginnen von anderen Stationen zurückgegriffen werden, was wiederum einen größeren Aufwand darstellt. Dies kann bei einer fremdsprachigen Betreuung verhindert werden. Hinzu kommt ebenfalls, dass die Rolle des/der Vermittelnden wegfällt, was bestimmte Fehlerquellen wie die oben beschriebene Überforderung mit der Dolmetschsituation reduzieren kann. Allerdings bleiben natürlich andere Probleme, z. B. die Unsicherheit in Bezug auf die Fachterminologie, bestehen.

Als problematisch an der Betreuung durch bilinguales Personal wird von den in der Studie von Dreißig (2005) befragten betroffenen MitarbeiterInnen die Tatsache betrachtet, dass es vonseiten der PatientInnen bzw. derer Angehörigen zu einer Vereinnahmung kommen könne, wenn man dieselbe Herkunft habe. So erklären diese, dass PatientInnen aus ihrem Kulturkreis oft eine Sonderbehandlung verlangen und dies mit besagter Gemeinsamkeit begründen. Durch eine solche Argumentation können MitarbeiterInnen in einen Interessenskonflikt geraten und sich unter Druck gesetzt fühlen (vgl. Dreißig 2005:153f.).

3.3 Englisch als Lingua franca

Da der terminologische Teil dieser Arbeit Englisch als eine der gewählten Sprachen enthält, soll hier auch auf die besondere Bedeutung dieser Sprache als Lingua franca eingegangen werden. Es soll aber darauf hingewiesen werden, dass Englisch hier nur stellvertretend für jede andere Sprache, die in einem bestimmten Kontext als Lingua franca dienen kann, beschrieben wird.

So geht Pöchhacker (1997) in seiner Studie auch kurz auf den Einsatz von Englisch in den Krankenhäusern ein. Dabei gaben 70% der Befragten an, manchmal Englisch zur Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen einsetzen, 19 % erklärten, dies häufig zu tun. Auch findet sich in der Studie eine Frage dazu, wie oft Probleme bei der Verständigung mit Englisch aufträten. Hierbei gaben 57 % der Befragten an, es komme manchmal zu Problemen, 21 % erklärten, dass dies häufig vorkomme (vgl. Pöchhacker 1997:84ff.).

Betrachtet man auch noch eine der Einstiegsfragen, die sich damit beschäftigt, welche Sprachen von den PatientInnen gesprochen wird, so sieht man, dass 199 von 508 KrankenhausmitarbeiterInnen Englisch nannten. Damit nimmt Englisch mit großem Abstand nach Serbisch/Kroatisch und Türkisch den dritten Platz ein (vgl. Pöchhacker 1997:80). Ob es sich bei der in dieser Studie genannten Kommunikation auf Englisch um ein Beispiel für Englisch als Lingua franca oder doch um Kommunikation mit muttersprachlichen Patientinnen handelt, geht nicht aus der Auswertung hervor. Vermutlich treffen hier beide Kategorien zu, wobei die Lingua-franca-Kommunikation wahrscheinlich den Großteil der Fälle ausmacht.

Eine weitere Studie, die sich mit dem Einsatz von Englisch als Lingua Franca im medizinischen Kontext beschäftigt, ist jene von Anderl (2012). Zwar wurden hier ausschließlich Ärzte befragt, Teile der Erkenntnisse sind aber für diese Arbeit durchaus von Interesse. Die TeilnehmerInnen dieser Studie waren Ärzte aus verschiedenen Wiener Gemeindebezirken mit unterschiedlich hohen Anteilen von Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache an der Gesamtmenge von PatientInnen. Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie oft die befragten ÄrztInnen schätzen, Englisch in der Kommunikation mit PatientInnen zu verwenden und welchen Einfluss das Ausmaß der Englischkenntnisse des Arztes bzw. der Ärztin sowie die des Patienten bzw. der Patientin auf den Einsatz dieser Sprache haben. Bezüglich der Häufigkeit der Verwendung von Englisch ergab die Studie eine sehr große Bandbreite an Nennungen, wobei der niedrigste Wert etwa zweimal pro Jahr ausmachte und der höchste fünf- bis zehnmal pro Tag. Beide Ergebnisse sind wohl eher als Extremfälle zu betrachten, da die Ärztin, die nur zweimal pro Jahr Englisch verwendet, eine Privatpraxis in einem Bezirk mit einem der geringsten Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund führt und der Arzt mit dem besonders hohen Englischanteil aufgrund der Lage seiner Praxis viele TouristInnen betreut und gleichzeitig auch der Betriebsarzt für einige umliegende Hotels ist. Außerdem gibt er an, einige MitarbeiterInnen des Vienna International Centres zu betreuen. Die Werte der ÄrztInnen, die sich im Mittelfeld in Bezug auf den Einsatz von Englisch befinden, liegen hingegen irgendwo zwischen einigen Malen pro Woche und einigen Malen pro Monat (vgl. Anderl 2012:59-67).

Bezüglich der Einschätzung, wie erfolgreich Gespräche auf Englisch wahrgenommen werden, lässt sich in dieser Studie erkennen, dass die ÄrztInnen, die nur selten diese Sprache einsetzen, eher dazu neigen, Schwierigkeiten in der Kommunikation zu entdecken, als jene, die dies öfters tun. Wobei die von den ÄrztInnen genannten Probleme von eigenen Unsicherheiten über das Mischen von Englisch mit Wörtern der Muttersprache durch die PatientInnen bis hin zu Fragen der Geschwindigkeit bzw. des Akzents von EnglischmuttersprachlerInnen bzw. -nichtmuttersprachlerInnen reichen. Interessant ist hierbei, dass die ÄrztInnen, die seltener diese Sprache verwenden, eher dazu neigen, die Arbeit mit NichtmuttersprachlerInnen zu bevorzugen, da sie sich sicherer fühlen, wenn die PatientInnen ein ähnliches Sprachniveau wie sie aufweisen. Das Umgekehrte gilt wiederum für diejenigen, die viel öfter Englisch in ihrem Beruf sprechen. Diese bevorzugen eher Gespräche mit MuttersprachlerInnen bzw. NichtmuttersprachlerInnen mit sehr guten Kenntnissen (vgl. Anderl 2012:92f.).

3.4 Non-verbale Kommunikation und Hilfsmittel

Natürlich gibt es im Krankenhaus auch immer wieder Situationen und Konstellationen, in denen nicht in einer gemeinsamen Sprache kommuniziert oder nicht auf Sprachmittlung zurückgegriffen werden kann. Für solche Fälle finden sich in der Literatur verschiedene Vorschläge zum Einsatz von Hilfsmittel bzw. zur Gestaltung der non-verbalen Kommunikation

zwischen Pflegepersonen und PatientInnen. Im Folgenden sollen nun einige exemplarisch genannt werden.

So nennen z. B. Bühlmann/Stauffer (2007²:277) in ihrem Beitrag für ein Lehrbuch zur transkulturellen Kompetenz in der Pflege den Einsatz von Bild- und Filmmaterial, Bildertafeln, Schmerzskalen, Bild- bzw. Wörterbüchern (darunter auch Spitalswörterbücher) und das Zeigen und Demonstrieren von bestimmten Orten oder der Handhabung von gewissen Gegenständen.

Diesbezüglich muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die Kommunikation unter diesen Umständen meist unbefriedigend ist und auch mit Einschränkungen bei der Pflegequalität in Verbindung gebracht werden. Auch kann es Probleme dabei geben, individualisierte Pflege zu realisieren (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007²:277).

Auch Pöchhacker (1997) geht auf verschiedene Hilfsmittel ein. So empfindet er zwar die Forderung nach einer größeren Auswahl an fremdsprachigem Informationsmaterial unterstützenswert, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass hier ein differenziertes Vorgehen notwendig sei und man von dem Gedanken abweichen müsse, dieses Material könne die mündliche Kommunikation mit den PatientInnen zu großen Teilen ersetzen. Jedenfalls müsse ein solches Material Qualitätskontrollen unterzogen werden. Auch sollten der niedrige Bildungsstand mancher PatientInnen bzw. auch Analphabetismus als Einschränkung für Informationsbroschüren und dergleichen berücksichtigt werden. In Bezug auf mehrsprachige Wortsammlungen gibt Pöchhacker zwar zu bedenken, dass diese nicht als Grundlage für freie Patientengespräche dienen könnten, dennoch sieht er in ihnen durchaus die Möglichkeit, die Kommunikation zu unterstützen, vorausgesetzt, diese seien an die Zielgruppe angepasst und auf bestimmte Themen fokussiert, überschaubar und nach professionellen Kriterien gestaltet (vgl. Pöchhacker 1997:184f.)

3.5 Kontrollierter Sprachgebrauch

Abhängig von der Situation und den Sprachkenntnissen des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin kann es notwendig bzw. möglich sein, in einer kontrollierten Variante Amtssprache der Region, in der sich das Krankenhaus befindet, zu kommunizieren.

Ein Beispiel dafür, wie ein derartiges Gespräch gestaltet werden könnte, stellen die von Andrews (2003[4]) in einem Lehrbuch für Transkulturelle Pflege genannten Vorschläge dar. So empfiehlt sie den Verzicht auf medizinische Termini (die durch allgemeinsprachliche Bezeichnungen ersetzt werden sollten), aber auch auf dialektale, umgangssprachliche oder verkürzte Ausdrücke. Ebenfalls wird das Ersetzen von Pronomen durch den wiederholten Einsatz von Nomen empfohlen. Sollten mehrere Angaben gemacht werden, wird geraten, auf Konjunktionen zu verzichten und stattdessen diese separat als einzelne Sätze zu formulieren. Bei Anleitungen sollte darauf geachtet werden, dass die notwendigen Tätigkeiten in der Reihenfolge genannt werden, in der sie vorgenommen werden müssen. Zur zusätzlichen Unterstützung kann hier auf non-verbale Unterstützung des Gesagten durch Gesten zurückgegriffen

werden. Um zu überprüfen, ob die gegebenen Instruktionen verstanden worden sind, wird empfohlen, den Patienten bzw. die Patientin zu bitten, das Gesagte zu wiederholen oder durchzuführen. Zur Feststellung der Lesekompetenz der PatientInnen, wird geraten, einige kurze Sätze aufzuschreiben (vgl. Andrews 2003[4]:33).

In der Studie von Pöchhacker (2007) wird der Punkt der kontrollierten Sprache mit der Frage nach dem Einsatz von „vereinfachtem Deutsch" behandelt. So geben 17 % der Befragten an, dass sie immer auf (vereinfachtes) Deutsch zugreifen, wenn sie sich ohne die Einbeziehung von Dritten mit den PatientInnen verständigen, 52 % greifen häufig auf diese Methode zurück, wobei Pflegepersonen mit 23 % öfters angeben, immer (vereinfachtes) Deutsch einzusetzen. Allerdings wird diese Art von Verständigung von den Befragten eher als problematisch wahrgenommen. So geben 17 % der Befragten an, fast immer Probleme bei dieser Kommunikationsform zu haben, 48 % sehen häufig Probleme. Interessant hierbei ist, dass obwohl Pflegekräfte öfter als Ärzte auf diese Art der Verständigung zurückgreifen, sie etwas seltener auf Probleme treffen (vgl. Pöchhachker 1997:83ff.)

3.6 Zusammenfassung

Wie die letzten Subkapitel gezeigt haben, gibt es keine allgemeingültige und jederzeit einsetzbare Methode für Pflegekräfte, um die Sprachbarrieren zwischen ihnen und ihren PatientInnen zu überwinden, da der Einsatz dieser von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist.

So ist der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen natürlich eine Variante, die die Kommunikation mit PatientInnen enorm verbessern kann, da hier nicht nur Faktoren wie Sprachbeherrschung, sondern auch institutionelles und rechtliches Fachwissen vorhanden sind. Allerdings sind DolmetscherInnen nicht immer oder in manchen Sprachen (fast) gar nicht verfügbar. Auch gibt es Situationen, in denen es sich aufgrund der Dringlichkeit und der Kürze des Einsatzes gar nicht auszahlt, auf professionelle TranslatorInnen zurückzugreifen.

Als Alternative können bi- bzw. multilinguale MitarbeiterInnen eingesetzt werden – vorausgesetzt es handelt sich hierbei um Kolleginnen aus medizinischen Berufen. Diese sind nämlich, wenn sie sich zum gewünschten Zeitpunkt im Krankenhaus befinden, spontaner zu erreichen. Hier sollte aber beachtet werden, dass diese Tätigkeit sehr belastend sein kann und in der Regel nicht gesondert entlohnt wird. Auch kann es vorkommen, dass bi- bzw. multilinguale MitarbeiterInnen Probleme mit der medizinischen bzw. pflegerischen Terminologie in der anderen Sprache haben können.

Die dritte Gruppe der potentiellen SprachmittlerInnen, die Angehörigen, ist zwar oft regelmäßig verfügbar, sollte aber nur in Fällen eingesetzt werden, in denen eine professionelle Dolmetschung nicht möglich ist und in denen nur Fragen zur Alltagsgestaltung der PatientInnen behandelt werden.

Welche der vorgestellten Möglichkeiten für Situationen ohne Sprachmittlung geeignet sind, hängt ebenfalls von bestimmten Faktoren ab. So funktioniert natürlich die Kommunikation in einer kontrollierten Variante der lokalen Amtssprache auch nur, wenn der Patient bzw.

die Patientin ein Mindestmaß besagter Sprache beherrscht. Ähnliches gilt ebenfalls für die Lingua-franca-Kommunikation, wobei hier natürlich auch die Sprachkenntnisse der Pflegeperson und der Niveauunterschied im Vergleich zu den PatientInnen (in beide Richtungen) von Bedeutung sind. Auch spielen definitiv Faktoren wie die Häufigkeit des Einsatzes der Lingua Franca, aber auch verschiedene Akzente eine gewisse Rolle.

Der verstärkte Einsatz von non-verbaler Kommunikation als primärer Kanal (z. B. das Zeigen von Gegenständen) bzw. Hilfsmittel wie Bildkarten oder Wortlisten können zwar in bestimmten Situationen unterstützend wirken, aber nur einen sehr eingeschränkten Einsatzbereich bedienen. Ebenfalls muss beachtet werden, dass gewisse Bereiche der non-verbalen Kommunikation, z. B. gewisse Gesten, kulturspezifisch und daher variabel in ihrer Bedeutung sein können. Ähnliches gilt für mehrsprachiges Informationsmaterial, das zwar die mündliche Kommunikation zu bestimmten Themen unterstützen, aber nicht ersetzen kann. Auch ist bei diesen (sowie auch bei Wortlisten) auf die Wichtigkeit der Erstellung nach professionellen Kriterien sowie die Bedeutsamkeit einer Qualitätskontrolle hinzuweisen.

Es gibt also kein allgemeingültiges Rezept für die Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen, eine Empfehlung, die einen Überblick darüber verschaffen kann, wann welcher Kommunikationsweg eingeschlagen werden kann bzw. sollte, bietet jedoch z. B. Stuker (2007²):

Inhalt und Ziel der Kommunikation	**Mittel der Kommunikation**
Einfache Handlungsanleitungen und Mitteilungen für PatientInnen	Zeichen- und Körpersprache Bild- und Symboltafeln
Tägliche Kommunikation mit PatientInnen in der Pflege (mit vergleichsweise einfachem Verlauf und Inhalt	Übersetzungshilfen: z.B. zweisprachiges spitalspersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal oder externe ÜbersetzerInnen[1] (ListenübersetzerInnen)
Notfallsituationen und andere unerwartete Kommunikationssituationen mit PatientInnen	Übersetzungshilfen: z.B. zweisprachiges spitalspersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal oder externe ÜbersetzerInnen (ListenübersetzerInnen
Einzelne Fachausdrücke aus dem Pflegealltag erklären	Medizinische Sprachführer
Pflegeanamnestische Gespräche: Eintritts- und Austrittsgespräche; wichtige Gespräche während des Spitalsaufenthaltes	Professionelle ÜbersetzerInnen

Tabelle 1: Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen in der Pflege (Stuker 2007²:224)

4 Dekubitus

Da viele der prophylaktischen Maßnahmen gegen die Entstehung oder Verschlechterung eines Dekubitus in den Bereich der Pflege fallen, scheint dieses Thema ideal für den Zweck dieser Arbeit zu sein. In den nachfolgenden Subkapiteln soll der Dekubitus zuerst definiert

[1] Stuker verwendet hier statt *Dolmetschen* die Bezeichnung *Übersetzen* in Anlehnung an die damalige von der Schweizerischen Interessgemeinschaft *INTERPRET* festgelegte Terminologie, die die Bezeichnung *interkulturelles Übersetzen* verwendete (vgl. Stuker 2007:222). Diese Bezeichnung ist aber mittlerweile obsolet. Bei *INTERPRET* wird mittlerweile *interkulturelles Dolmetschen* verwendet (vgl. Interpret 2012).

bzw. klassifiziert und in seiner Symptomatik beschrieben werden. Ebenfalls soll die Ätiologie, mögliche prophylaktische Maßnahmen und die Behandlung im Allgemeinen und in den verschiedenen Graden dargestellt werden.

4.1 Klassifikation und Symptomatik

Der Pschyrembel definiert den Dekubitus als „durch äußere (längerfristige) Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen u. lokaler Ischämie hervorgerufene troph. Störung von Geweben (v. a. Haut u. Unterhautgewebe) mit Nekrose, Mazeration, evtl. Infektion“ (Pschyrembel 2004[260]:174). Trotz dieser mehr oder weniger in den verschiedensten Quellen deckungsgleichen Definition findet sich in der Literatur doch eine Vielzahl an Synonymen. Eine Zusammenfassung ebendieser findet sich bei Füsgen und Füsgen: „Dekubitalulkus oder -geschwür, Druckgeschwür, Druck- und Wundliegen, Wundliegegeschwür, Durchliegegeschwür und Durchliegen.“ (Füsgen/Füsgen 1996:67)

Beschrieben und klassifiziert wird der Dekubitus anhand seiner Symptomatik in der ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), die von der WHO herausgegeben wird. Die aktuellste Version ist die ICD-10. Für Österreich und Deutschland gibt es länderspezifische deutschsprachige Versionen. In Österreich ist dies die ICD-10 BMG, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) herausgegeben wird (BMG 2014), in Deutschland die ICD-10-GM (*German modification*), veröffentlicht vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Als Grundlage für diese Arbeit soll die ICD-10 BMG dienen.

Dekubitalgeschwüre fallen in der ICD-10 BMG in den Bereich der *Krankheiten der Haut und der Unterhaut* und werden innerhalb dieses Kapitels im Punkt L89 *Dekubitalgeschwür und Druckzonen* beschrieben. Dieser Punkt beinhaltet sowohl den Dekubitus als auch den Ulkus, der bei der Anwendung von Gipsen entstehen kann, ausgeschlossen wird hingegen das trophische Dekubitalgeschwür der Zervix (vgl. BMG 2014:398). Eingeteilt wird der Dekubitus in vier Grade:

1. Grad (und Druckzone): „Dekubitalgeschwür [Druckgeschwür] auf Erythem begrenzt“ (BMG 2014:398), mit dem Hinweis, dass „bei dunkleren Hauttönen, die Druckzone in persistierenden roten, blauen oder violetten Hauttönen, ohne Hautverlust, erscheint“ (BMG 2014:398)

2. Grad: „Dekubitus [Druckgeschwür] mit:

- Abschürfung
- Blase
- Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis
- Hautverlust o.n.A.“ (BMG 2014:398)

3. Grad: „Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann“ (BMG 2014:398)

4. Grad: „Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)“ (BMG 2014:398)
Zusätzlich erwähnt diese Klassifikation Dekubitalgeschwüre, deren Grad nicht genauer beschreiben wird (vgl. BMG 2014:398).

4.2 Ätiologie

Der Hauptgrund für die Entstehung eines Dekubitus ist ein für einen längeren Zeitraum ausgeübter Druck auf die Kapillaren, der über dem intravaskulären Druck liegt. Dies führt zu einer Minderperfusion des Gewebes und somit zu einer mangelnden Sauerstoffversorgung, was wiederum eine Erweiterung der Kapillaren und eine erhöhte Durchlässigkeit der Gefäßwand zur Folge hat. Dabei wird ein Entzündungsprozess in Gang gesetzt. Dieser Prozess ermöglicht es, mittels eines gesteigerten intravaskulären Drucks die toxischen Stoffwechselprodukte abzutransportieren. Dies erlaubt eine Regeneration der Haut, unter der Voraussetzung, dass nun der Druck von außen eingestellt wird. Geschieht dies nicht, kommt es zu einer lokalen Ischämie und zur Entstehung von Thromben, die irreversible Schäden verursachen. Abhängig von der Stärke des externen Drucks und persönlichen Faktoren, kann es bereits nach zwei Stunden zu Ulzerationen und Nekrosen kommen, da ab diesem Zeitpunkt die Hypoxietoleranz der Zellen zu Ende geht (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:67f.).

Hauptsächlich gefährdet in Bezug auf das Auftreten eines Dekubitus sind PatientInnen mit eingeschränkter Mobilität und/oder Störungen der Sensibilität. Dies begründet sich dadurch, dass Menschen, auf die keiner der beiden genannten Faktoren zutrifft, eine Minderperfusion des Gewebes spüren und dementsprechend ihre Position ändern würden. Menschen mit Sensibilitätsstörungen hingegen würden besagte Veränderung nicht spüren und immobile Personen würden zwar diese bemerken, könnten aber nicht dementsprechend darauf reagieren. Begünstigt wird die Entstehung eines Druckgeschwürs ebenfalls durch Scherkräfte und Reibung (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:101). Neben den eben genannten Bedingungen gibt es noch eine Vielzahl von persönlichen Faktoren, die das Auftreten eines Dekubitus fördern können. Dazu gehören u. a. ein hohes Lebensalter, ein verschlechterter Allgemeinzustand, Kachexie, Adipositas etc. (vgl. Deutschmann 2005:128).

Zu den gefährdeten Körperstellen gehören grundsätzlich alle Bereiche, bei denen sich zwischen Knochen und Haut nur wenig oder gar keine Muskulatur befindet (z. B. die Region um das Steißbein oder der Hüftbereich). Druckgeschwüre können aber auch an weniger gefährdeten Stellen entstehen, wenn auf ihnen Katheter, Sonden o. Ä. aufliegen (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:103).

4.3 Prophylaxe

Analog zu den Ursachen des Dekubitus sind entsprechende prophylaktische Maßnahmen zu setzen. An oberster Stelle steht hierbei die Druckentlastung. Zusätzlich ist Aufmerksamkeit auf andere die Entstehung von Druckgeschwüren begünstigenden Faktoren zu legen. Dazu zählen die Hautpflege und die Erhaltung des Gesundheits- und Allgemeinzustands. Am An-

fang jeder Dekubitusprophylaxe steht allerdings die Risikoeinschätzung, um die Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin ermitteln. All diese Punkte sollen in diesem Unterkapitel beschrieben werden.

4.3.1 Risikoeinschätzung

Am Anfang einer jeden Dekubitusprophylaxe steht das Einschätzen des Dekubitusriskos des Patienten bzw. der Patientin. Zu diesem Zwecke gibt es verschiedene standardisierte Testinstrumente, mit denen ein eventuell vorhandenes Risiko ermittelt werden kann. Zu den gebräuchlichsten zählen hierbei die Waterlow-, die Braden- und die Norton-Skala, wobei die Wahl des Testinstruments von der Art der Organisation abhängig ist (vgl. Kahla-Witzsch/Platzer 2007:111). Zusätzlich gibt es auch noch Skalen, die ausschließlich für bestimmte Gruppen von PatientInnen gedacht sind, z. B. die Nortonskala für ältere Menschen oder NSRAS für Neugeborene (vgl. Panfil 2004:54). Im Nachfolgenden sollen nun die einzelnen der drei oben genannten allgemein gebräuchlichen Skalen kurz beschreiben werden.

Die Norton-Skala stammt aus den 1950er-Jahren und wurde für das Einschätzen des Dekubitusrisikos bei älteren Menschen erstellt. Im Zuge dieser Skala werden fünf verschiedene Kategorien mit einem Punktesystem von 1 bis 4 beurteilt. Insgesamt sind also 20 Punkte zu erreichen, wobei bei einer Punktezahl von ≤ 14 von einem Dekubitusrisiko ausgegangen wird (vgl. Kahla-Witzsch/Platzer 2007:111f.). Aufgrund der fehlenden Erläuterungen in Bezug auf die Kategorien, wurde 1985 die modifizierte Norton-Skala entwickelt. Diese Skala behält das Vierpunktesystem bei, hat aber mehr Kategorien zur Beurteilung (vgl. Plogmann 1996, zit. in Kahla-Witzsch/Platzer 2007:112). Insgesamt behandelt die modifizierte Norton-Skala folgende Bereiche:

- „körperlicher Zustand,
- geistiger Zustand,
- Aktivität,
- Beweglichkeit,
- Inkontinenz,
- Bereitschaft zur Kooperation/Motivation,
- Alter,
- Hautzustand,
- Zusatzerkrankungen.“ (Kahla-Witzsch 2007:112)

Aufgrund der Tatsache, dass hier nun neun Kategorien untersucht werden, erhöht sich die maximale Punktezahl auf 36, wobei bei einem Ergebnis von ≤ 25 von einem Dekubitusrisiko ausgegangen werden muss (vgl. Kahla-Witzsch 2007:112).

Bei der Braden-Skala handelt sich um eine weiterentwickelte Form der Norton-Skala. Dies lässt sich z. B. anhand des Punkteschemas erkennen. Auch hier gibt es pro Kategorie ein bis vier Punkte zu vergeben. Allerdings werden sechs anstatt fünf bzw. neun Bereiche betrachtet (vgl. Kahla-Witzsch 2007:113). Damit gibt es insgesamt 24 Punkte zu erreichen, wo-

bei bei einem Ergebnis von ≤ 16 von einem Dekubitusrisiko ausgegangen wird (vgl. Panfil 2004:54). Zu den sechs untersuchten Kategorien gehören:

- „sensorisches Empfindungsvermögen,
- Feuchtigkeit,
- Aktivität,
- Mobilität,
- Ernährung,
- Reibung und Scherkräfte." (Kahla-Witzsch 2007:113)

Die Waterlow-Skala (engl. Waterlow Score) wurde 1985 von der britischen Pflegewissenschaftlerin Judy Waterlow entwickelt und zuletzt 2005 überarbeitet. Im Gegensatz zu der Norton-Skala ist sie so ausgelegt, dass viele Punkte ein hohes Dekubitusrisiko bedeuten. Aus diesem Grund fällt auch die pro Kategorie zu erreichende Maximalpunktezahl nicht einheitlich aus. Wird ein Ergebnis von über zehn Punkten erreicht, wird von einem Risiko ausgegangen, bei über zwanzig Punkten ist dieses sehr hoch (vgl. Waterlow 2005). Die von der Waterlow-Skala behandelten Punkte sind:

- Körpergewicht im Verhältnis zur Größe
- Hauttyp bzw. sichtbare Risikobereiche
- Geschlecht/Alter
- Malnutrition Screening Tool (MST)[2]
- Kontinenz
- Mobilität
- Spezielle Risiken
    - Unterversorgung des Gewebes
    - Neurologische Defizite
    - Größere Operationen bzw. Traumata
    - Medikamente (vgl. Waterlow 2005)

4.3.2 Druckentlastung

Druckentlastung kann auf verschiedene Arten gleichzeitig erfolgen. Im Mittelpunkt stehen dabei die regelmäßigen Lagerungswechsel. Zusätzlich zu den Lagerungswechseln und den Mikrolagerungen können verschiedene Hilfsmittel dazu genützt werden, eine Druckentlastung zu erreichen. Dazu zählen einerseits die Lagerungsbehelfe, die die Lagerung unterstützen bzw. diese erst ermöglichen und andererseits diverse Spezialmatratzen bzw. -betten, die primär für Druckentlastung sorgen sollen.

[2] Eine Art Fragenbogen, mit dem ermittelt werden kann, ob ein Patient bzw. eine Patientin unterernährt bzw. diesbezüglich gefährdet ist (vgl. Ferguson et al. 1999)

4.3.2.1 Lagerungswechsel

Wie bereits erwähnt ist im Hinblick auf die Druckentlastung ein regelmäßiger Lagerungswechsel von zentraler Bedeutung. Hierbei wird für den konkreten Patienten bzw. die konkrete Patientin ein Plan erstellt, wie oft und wann genau innerhalb von 24 Stunden die Liege- bzw. Sitzposition verändert werden muss, wobei immer darauf geachtet werden sollte, eine Lage zu finden, die für die PatientInnen angenehm ist. Dazu gehört ebenfalls die Dokumentation eines jeden Lagerungswechsels und dessen Bestätigung mittels Handzeichen der Pflegeperson. Genutzt wird der Lagewechsel ebenfalls stets zur Hautkontrolle an den gefährdeten Stellen und der Dokumentation allfälliger Veränderungen (vgl. Deutschmann 2005:133). Ebenfalls wichtig zu beachten beim Lagerungswechsel sind gewebeschonende Bewegungen, da sonst die so entstehende Reibung bzw. die aus unvorsichtigem Lagern resultierenden Scherkräfte eine Kompression der Kapillaren und eine Minderperfusion des Gewebes verursachen könnten, die wiederum die Entstehung eines Dekubitalgeschwürs begünstigen könnten. Mögliche Lagerungen, die sich zur Dekubitusprophylaxe eignen, wären beispielsweise, die A-Lagerung sowie die 30°- bzw. die 135°-Lagerung (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:104).

Die A-Lagerung ist benannt der nach der Form, wie die Lagerungsbehelfe angeordnet sind. Sie werden also A-förmig unter den Körper gelegt, wobei sich die Spitze des Buchstabens unter den Schultern des Patienten bzw. der Patientin befinden (vgl. Hoehl/Kullick 2008³:292).

Bei der 30°-Seitenlage wird der/die PatientIn in eine halbseitliche Position gebracht, wobei zur Stützung Schaumstoffkeile mit einer Schräge von 30° verwendet werden. Diese Art der Lagerung hat den Vorteil, dass sowohl das Kreuz- und das Steißbein als auch die Hüften druckentlastet werden und dass diese Position angenehm für die PatientInnen ist. Ein weiterer Vorzug dieser Lagerung ist die Tatsache, dass sie mühelos von einer Pflegeperson alleine durchgeführt werden kann (vgl. Deutschmann 2005:134).

Bei der 135°-Lagerung liegt der Oberkörper bauchwärts in einem 135°-Winkel auf einem Lagerungsbehelf, sodass der Sakralbereich entlastet wird. Zusätzlich wird mittels einer weiteren Lagerungshilfe verhindert, dass die Beine aufeinander liegen (vgl. Hoehl/Kullick 2008³:292).

Zusätzlich zu den drei soeben beschriebenen Lagerungsarten nennen Füsgen und Füsgen (1996:97) die „Lagerung mittels schiefer Ebene“. Hierbei wird ein Hilfsmittel mit etwa 20 cm Höhe unter die Matratze gelegt, um eine Schräge von 15–20° zu erzeugen. Dafür eigenen sich alle Gegenstände, die nur wenig nachgeben. Ebenfalls von Bedeutung ist es, unter die gesamte Länge der Matratze ein Hilfsmittel zu legen. Diese Methode ist weniger arbeitsintensiv, weil sich durch die Schräge langsam das Gewicht vom höher liegenden auf den tiefer liegenden Körperteil verlagert wird und somit ein Lagerungswechsel weniger häufig notwendig ist (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:97f.).

Als Ergänzungen zu den regelmäßigen Lagerungswechseln können so genannte Mikrolagerungen durchgeführt werden. Hierbei wird eine Verlagerung des Gewichtes mittels einer

geringfügigen Veränderung der Position erreicht (z. B. das Verschieben eines Armes auf den Brustkorb). Oft können Mikrolagerungen auch von den PatientInnen selbst durchgeführt werden, was zusätzlich zu einer Verbesserung des Körpergefühls führt und somit verhindert, dass die PatientInnen mit der Zeit nicht mehr den Auflagedruck des eigenen Körpers spüren können. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine entsprechende Aufklärung (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:104).

4.3.2.2 Hilfsmittel

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Hilfsmittel, die in der Dekubitusprophylaxe eingesetzt werden können. Hierbei gibt es, wie bereits eingangs erwähnt, einerseits Lagerungsbehelfe, die, wie der Name bereits suggeriert, die Lagerung der PatientInnen unterstützen, und andererseits Betten- bzw. Matratzensysteme, die primär der Druckentlastung selbst dienen. Welches Hilfsmittel grundsätzlich am geeignetsten ist, lässt sich natürlich nicht pauschal beantworten, da eine Vielzahl von Faktoren bei der Auswahl zu berücksichtigen ist. Folgende Punkte sind bei der Wahl des Hilfsmittels zu berücksichtigen:

- Wirkung
- Vorteile für den/die PatientIn
- Nachteile bzw. Nebenwirkungen
- Einfluss auf andere Schwerpunkte der Pflege
- Beweglichkeit und Handhabbarkeit des Hilfsmittels
- Pflegeleichtigkeit des Materials
- Kosten bzw. Wirtschaftlichkeit (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:99f.)

Zusätzlich zu den genannten Kriterien für den Einsatz von Hilfsmittel von Füsgen und Füsgen zählt das Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung (IGAP) folgenden Punkte auf, die bei der Auswahl der verschiedenen Betten- und Matratzensysteme zu tragen kommen sollten:

- Grunderkrankung
- Ausmaß des Dekubitusrisikos
- Bereits aufgetretener Dekubitus (und dessen Grad)
- Stand der Wundheilung
- Mobilität des Patienten bzw. der Patientin
- Sein/ihr geistiger Zustand
- Geplante Dauer der Versorgung (langfristig, kurzfristig, akut)
- Betreuende Person (vgl. IGAP 2014a)

Das IGAP nennt als mögliche Lagerungsbehelfe Pölster, Handtücher und Bettdecken (in gerollter bzw. in gefalteter Form). Als Falt- bzw. Rollformen werden die Dreifachfaltung (z. B. für die Schultern), die Rolle (z. B. für das Gesäß), bei der z. B. das Handtuch von einem Ende weg aufgerollt wird, und die „Brezel"-Faltung (z. B. für die Extremitäten), bei der von beiden Enden weg in die Mitte gerollt wird, genannt (vgl. IGAP 2014b).

In Bezug auf die Matratzen- bzw. Bettensysteme nennt das IGAP drei Arten, die in der Dekubitusprophylaxe eingesetzt werden können: die Weichlagerungssysteme, die Wechseldrucksysteme und die Microstimulationssysteme (vgl. IGAP 2014a).

Das Hauptprinzip von Weichlagerungssysteme ist das Vergrößern der Auflagefläche und somit die Reduzierung des Druckes auf den Körper. In der Vergangenheit hat man PatientInnen einer so genannten Superweichlagerung, allerdings ist mittlerweile bekannt, dass diese Methode gewisse Nebenwirkungen, z. B. in Bezug auf die Feinmotorik, hat. Aus diesem Grund muss bei der Wahl des Weichlagerungssystems darauf geachtet werden, dass der/die PatientIn ausreichend Halt findet und so bei der Ausführung von Bewegungen unterstützt wird (vgl. IGAP 2014).

In Wechseldrucksystemen befinden sich Luftpolster in verschiedener Anordnung, die alternierend mit Druck versorgt werden, was einen Druckwechsel mehrmals pro Stunde ermöglicht. Eine der Nachteile hier ist das mögliche Auftreten eines erhöhten Muskeltonus bzw., in weiterer Folge, von Spastiken. Kontraindiziert sind Wechseldruckmatratzen vor allem bei SchmerzpatientInnen bzw. PatientInnen mit Störungen in Ihrer Wahrnehmung (vgl. IGAP 2014a).

Microstimulationssysteme zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch eine Rückkopplung der Mikrobewegungen der Matratze mit denen der PatientInnen die Bewegung der Betroffenen fördern. Aus diesem Grund sind diese Systeme gut für PatientInnen mit Körperwahrnehmungsstörungen oder SchmerzpatientInnen geeignet. Kontraindikationen für den Einsatz von Microstimulationssysteme sind bis dato nicht bekannt (vgl. IGAP 2014a).

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass es in der Vergangenheit zusätzlich andere Hilfsmittel gab, von deren Verwendung heutzutage eher abgeraten wird. Dazu zählen Felle, Wassermatratzen, Watteverbände und Lagerungsringe (vgl. Kahla-Witzsch/Platzer 2007:111). Letztere sind vor allem deswegen nicht einzusetzen, da sie zwar die betroffenen Areale entlasten, die Bereiche, die auf dem Ring aufliegen, allerdings großem Druck ausgesetzt werden (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:104).

4.3.3 Hautpflege

Die Pflege der Haut von PatientInnen, bei denen ein Dekubitusrisiko besteht, stellt einen wichtigen Faktor der Prophylaxe dar. Dies liegt u. a. daran, dass ein z. B. durch Schweiß oder Urin verursachtes feuchtes Milieu Hautdefekte fördern kann. Wichtig sind hier vor allem eine ständige Beobachtung der Haut und gezielte Therapiemaßnahmen, sollte es bereits zu Defekten gekommen sein (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:104).

Zum Pflegen der Haut bei dekubitusgefährdeten PatientInnen empfiehlt Deutschmann das Waschen mit einem neutralen Mittel und das Eincremen mit einer neutralen Salbe oder Creme zwei- bis dreimal täglich (vgl. Deutschmann 2005:136). Deutschmann (1994:49) nennt auch zusätzlich als Nebeneffekt des Einschmierens die Tatsache, dass dadurch die Haut leicht massiert und somit auch die Durchblutung geringfüg gefördert werde.

Ergänzenden Schutz der Haut an exponierten Stellen (z. B. Fersen oder Gesäß) bieten semipermeable Folien, die hautfreundlich und feuchtigkeitsdurchlässig sind. Diese eignen sich für den Einsatz bei PatientInnen, die zwar bettlägrig, aber trotzdem eher unruhig sind, und können dabei helfen, Scherkräfte zu mindern (vgl. Deutschmann 2005:136).

Abgeraten wird in Bezug auf die Hautpflege vor allem von Desinfektionsmitteln (siehe auch Kapitel 4.4.1), farbige Substanzen, solche, die die Poren verstopfen könnten, jene, die die Haut abdecken oder sie reizen, und quecksilberhältige Produkte (vgl. Kahla-Witzsch/Platzer 2007:118).

4.3.4 Erhaltung des Ernährungs- und Allgemeinzustands

Wie bereits in Kapitel 4.2 beschrieben wurde, wird das Entstehen von Dekubitalgeschwüren von ernährungsbedingten Erkrankungen (z. B. Adipositas) und einem verschlechterten Allgemeinzustand gefördert. Im Sinne der Verminderung von Risikofaktoren ist es daher ebenfalls wichtig, den Ernährungs- und Allgemeinzustand des Patienten bzw. der Patientin zu erhalten bzw. zu verbessern.

Vor allem Eiweißmangel führt dazu, dass sich das Dekubitusrisiko bei PatientInnen erhöht, da dieser den Abbau von Muskulatur verursacht und somit auch Druckgeschwüre an Stellen entstehen könnten, die sonst weniger gefährdet wären. Grundsätzlich kann eine solche Malnutration durch die Gabe von Trinknahrung mit hohem Eiweißgehalt behandelt werden, es ist aber ebenfalls wichtig, die Ursachen für die Mangelernährung zu ermitteln und entsprechende Therapieschritte zu setzen (vgl. Voggenreiter/Dold 2004:105).

In Bezug auf den Allgemeinzustand der PatientInnen ist ständige Beobachtung von großer Bedeutung, da bei einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand bestehende prophylaktische Maßnahmen nicht mehr ausreichend sein könnten. Auch kann eine nicht erkannte Verschlechterung des Allgemeinzustands dazu führen, dass Druckgeschwüre relativ schnell entstehen. Zusätzlich weist Deutschmann darauf hin, dass die meisten Dekubitusbetroffenen einen reduzierten Allgemeinzustand vorweisen. Aus diesem Grund soll daher auf verschiedenste körperliche Veränderungen geachtet werden. Dazu zählen u. a. Veränderungen in Bezug auf die Vitalzeichen, Fieber, Schmerzen, Inkontinenz etc. (vgl. Deutschmann 2005:135).

4.4 Therapie

In diesem Kapitel sollen nun die Therapiemöglichkeiten für Dekubitalgeschwüre aufgezeigt werden, dabei wird sich das erste Unterkapitel mit den allgemeinen Grundlagen der Dekubitustherapie und das zweite mit möglichen Therapieschritten in Bezug auf die einzelnen Dekubitusgrade.

4.4.1 Allgemeines

Füsgen und Füsgen (1996) geben an, dass bei der Behandlung eines Dekubitus grundsätzlich mit einem langen Heilungsprozess zu rechnen sei. Dies sei vor allem deswegen von Bedeutung, da oft die Ungeduld im Zuge des Prozesses zu einem vorzeitigen Austausch der Thera-

piemaßnahmen führe. Daher sei hier eine Standardisierung der Therapie wichtig, um ein solches Vorgehen zu verhindern (vgl. Füsgen/Fügen 1996:76f.).

Grundsätzlich kann man in Bezug auf die Therapiemöglichkeiten bei einem Dekubitus zwischen zwei Arten der Therapie unterscheiden: der konservativen und der chirurgischen, wobei die Wahl der Methode vom Stadium des Druckgeschwürs und der Grunderkrankung des Patienten bzw. der Patientin abhängig ist. Füsgen und Füsgen merken aber an, dass die chirurgische Intervention nicht die primäre Therapiemaßnahme darstellen und erst nach erfolgloser sechsmonatiger konservativer Behandlung in Betracht gezogen werden sollte. (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:77).

Die konservative Therapie beinhaltet die folgenden fünf Punkte:

- „vollständige Druckentlastung,
- Entfernung abgestorbenen Gewebes (Débridement),
- Infektionsbekämpfung,
- Wundverband,
- Minimierung von Risikofaktoren“ (Füsgen/Füsgen 1996:77)

Die vollständige Druckentlastung stellt die Grundlage der Therapie dar, da es ohne sie zu weiteren Schäden und somit zu Rückschlägen in der Behandlung kommen kann. Hierbei wird der/die PatientIn so gelagert, dass auf die betroffene Stelle kein Druck mehr ausgeübt wird. Sollte dies auf mehrere Stellen zutreffen, muss dafür Sorge getragen werden, dass alle Stellen regelmäßig entlastet werden (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:77).

Das Abtragen von Nekrosen muss so schnell und gründlich wie möglich erfolgen, da nekrotisches Gewebe das Bakterienwachstum fördert und die Wundheilung behindert. Grundsätzlich sind hier zwei Methoden möglich: das enzymatische und das chirurgische Débridment (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:79f.). Beim enzymatischen Débridment werden enzymhaltige Präparate auf die Wunde aufgetragen. Diese sorgen dafür, dass der durch die Nekrose entstandene Detritus abgebaut wird und dass somit Gewebsaufbauprozesse gefördert werden. Beim chirurgischen Debridment handelt es sich um den sichersten und den schnellsten Weg zur Entfernung der Nekrosen, der sich vor allem für Dekubiti in fortgeschrittenen Stadien eignen. Aufgrund der erhöhten Blutungsgefahr handelt es sich hierbei allerdings um eine ärztliche Tätigkeit (vgl. Füsgen 1996:53).

In Bezug auf das Infektionsmanagement sind verschiedene Punkte zu erwähnen. Da mangelnde Sauerstoffversorgung die Infektionsanfälligkeit begünstigt, stellt die Wiederherstellung der regulären Versorgung mit Blut durch die bereits beschriebene Druckentlastung einen Teil der Infektionsprophylaxe da. Ebenfalls von Bedeutung ist das oben beschriebene Débridment. Besondere Beachtung verdienen Dekubiti, die aufgrund ihrer Lokalisation einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind (z. B. durch Inkontinenz). Hier müssen entsprechende Therapiemaßnahmen gesetzt werden (also z. B. jene zur Behandlung der Inkontinenz) und sorgfältige Hautpflege (siehe Kapitel 4.3.3) vorgenommen werden. Ebenfalls wichtig ist

eine mikrobiologische Untersuchung, um das Keimspektrum zu ermitteln und somit eine rechtzeitige und gezielte Behandlung zu ermöglichen. Zur Desinfektion von Wunden können Antiseptika oder – in schwereren Fällen – Antibiotika (in Tablettenform oder als Infusion, nicht aber als Antibiotikasalbe, da diese mit einem höheren Resistenzrisiko verbunden sind) verabreicht werden (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:80f.).

Da der Heilungsprozess sehr lange andauert und auch sehr anfällig für Störungen ist, spielt die Wundauflage eine wichtige Rolle. Diese muss saugkräftig sein, um überschüssiges Sekret ableiten zu können. Auch muss sie eng auf der Wunde aufliegen, um die volle Sogwirkung gewährleisten zu können. Da bei Dekubiti die Wunden zerklüftet und tief sind, werden oft tamponierfähige Materialien eingesetzt. Ebenfalls finden Mulltamponaden, die in Ringer-Lösung getränkt worden sind, Anwendung. Hierbei ist es wichtig, darauf zu achten, dass diese nicht austrocknen und nicht mit der Wunde verkleben. Dies könnte sonst zu Schäden und Schmerzen beim Verbandswechsel führen (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:81).

Ist der Wundgrund sauber, kann ein feuchter Wundverband (ebenfalls in Ringer-Lösung getränkt) angelegt werden. Auch semiokklusive Verbände können hier zum Einsatz kommen. Diese sorgen nicht nur dafür, dass eine Austrocknung verhindert wird, sondern auch, dass der Sauerstoffpartialdruck verringert wird und somit der pH-Wert sich in den sauren Bereich verschiebt, was wiederum ein die Zellaktivierung förderndes Milieu schafft. Eine ähnliche Wirkung weisen auch Hydrokolloide und Hydrogele auf. (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:81f.).

4.4.2 Phasengerechte Therapie

Abschließend soll nun betrachtet werden, welche Therapiemaßnahmen bei den einzelnen Graden des Dekubitus angewandt werden sollten.

Bei Dekubiti ersten Grades steht vor allem die Druckentlastung im Mittelpunkt. Besonders bei einem bereits starken Erythem. Ansonsten ist ebenfalls die ständige Beobachtung der betroffenen Stelle von zentraler Bedeutung. (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:82).

Beim zweiten Grad ist nun eine absolute Druckentlastung unabdingbar. Die entstandene Blase ist hinsichtlich ihres Füllungszustands und eventuellen Anzeichen einer Inflammatio zu untersuchen. Verkleinert sich diese im weiteren Verlauf, sollte keine Abtragung vorgenommen werden. Vergrößert sie sich allerdings, ist eine sterile Abtragung vonnöten. Ebenfalls im Mittelpunkt dieser Phase steht das Abtrocknen der Wunde. Dies kann mit antiseptischen Lösungen erreicht werden. (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:82).

Im dritten Grad werden eventuell entstandene Nekrosen abgetragen. Dabei ist zuerst aggressiv vorzugehen und in erster Linie auf ein chirurgisches Débridement zu setzten. Bei großflächigeren Nekrosen, können mehrere chirurgische Débridements notwendig sein, wobei während der jeweiligen Sitzungen mit proteolytischen Enzymen gearbeitet werden kann. Diese eignen sich für das Entfernen dünner übriggebliebener Schichten und schmierigen Belägen, die sich chirurgisch nicht abtragen lassen. Zur Wundtoilette eignet sich z. B. Kollage-

nase. Auf Seifen, Badezusätze und Antiseptika ist bei einem Einsatz von Enzymen zu verzichten, da diese deren Wirkung einschränken. Nach der Abtragungs- und Säuberungsphase setzt die Nährphase ein, in der sich Granulationsgewebe bildet. Hier muss die Wunde stets feucht gehalten werden (siehe Kapitel 4.4.1). Sollte es im Zuge der Heilung Anzeichen auf eine Infektion geben oder schmierige Belege am Wundgrund auftauchen, muss ein Abstrich für eine bakteriologische Untersuchung gemacht werden und die Säuberungsphase wiederholt werden. (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:83-86).

Befindet sich die Wunde dann in einer gut granulierenden Phase, bietet sich für sie, abhängig von Lokalisation und Ausdehnung, eine operative Deckung an. Grundvoraussetzung für diesen Eingriff ist ein Allgemeinzustand, der Operationen erlaubt. Im Zuge der Deckung wird die Wundfläche entfernt und knöcherne Vorsprünge abgetragen bzw. geglättet, um einen belastbare Weichteildeckung und einen spannungsfreien Wundverschluss zu erreichen, ohne dass sich dabei Höhlen bilden. Für den Wundverschluss bieten sich folgende Techniken an: die Wunddeckung durch primären Verschluss, die Deckung durch Spalthaut-Meshgraft oder Reverdin-Hautinseln sowie die Verschiebe- oder Rotationslappenplastik. Bei der Deckung durch primären Verschluss wird der Defekt nur sparsam ausgeschnitten, damit später die Haut über die Wunde gezogen werden kann, ohne dabei zu spannen. Diese Prozedur eignet sich allerdings nur für kleinflächige Defekte. Die Wunddeckung durch Spalthaut-Meshgraft oder Reverdin-Hautinseln wird vor allem dann eingesetzt, wenn es darum geht, flache Wunden abzudecken. Nicht geeignet ist sie allerding nicht für großflächige Dekubiti auf dem Gesäß. Die Verschiebe- bzw. Rotationsplastik wird für das Abdecken von großen Defekten eingesetzt, wobei für das Abdecken von größeren Höhlen oder Wundtaschen die umliegenden Muskelteile miteinzubeziehen sind (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:87f.).

Postoperativ ist darauf zu achten, dass der behandelte Bereich vollständig durch den Verband abgedeckt wird. Auch spielen die richtige Lagerung und das Verhindern von Scherkräften eine wichtige Rolle. Zusätzlich muss die Beweglichkeit benachbarter Gelenke eingeschränkt und Kontamination des betroffenen Areals mit Stuhl oder Urin vermieden werden. Nach drei bis vier Wochen kann schließlich mit einer zeitlich beschränkten (täglich zwei- bis dreimal, im Ausmaß von zehn bis fünfzehn Minuten) kontrollierten Druckbelastung unter ärztlicher und pflegerischer Beaufsichtigung begonnen werden. Diese Belastung kann dann schrittweise verlängert werden. Dabei muss immer darauf geachtet werden, dass weder Abschürfungen noch Erytheme auftreten. Ebenfalls beinhaltet die postoperative Behandlung prophylaktische Maßnahmen (siehe Kapitel 4.3) gegen das Entstehen von Dekubiti (vgl. Füsgen/Füsgen 1996:88f.)

5 Terminologischer Teil

5.1 Methodik

Wie bereits eingangs erklärt, soll das nachfolgende Glossar Termini rund um das Thema Dekubitus beinhalten, die in der transkulturellen Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen, sei sie nun mündlicher (z. B. in Form eines informativen Gesprächs) oder schriftlicher (z. B. in einer die Aufklärung unterstützenden Informationsbroschüre) Natur, vorkommen könnten.

Als Arbeitssprachen für das vorliegende Glossar wurden Deutsch und Englisch gewählt. Beide Sprachen können gewissermaßen als Lingua franca in österreichischen Krankenhäusern betrachtet werden. Deutsch ist natürlich als Amtssprache des Landes die häufigste Wahl in der transkulturellen PatientInnenkommunikation, vor allem wenn es keine anderen sprachlichen Gemeinsamkeiten zwischen PatientIn und Pflegekraft oder eine Möglichkeit zur Sprachmittlung gibt (siehe Kapitel 3). Englisch hat natürlich ebenfalls dieses Lingua-franca-Potential, wird allerdings im Krankenhauskontext (noch) nicht in dem Ausmaß verwendet, wie es in anderen Bereichen des Alltags bereits üblich ist (siehe Kapitel 3.3).

Da sich das Glossar auf die transkulturelle Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen spezialisieren soll, wird ein Eintrag wie folgt aufgebaut sein: Als Benennung wird am Anfang eine Benennung aus der Kommunikation zwischen Pflegekräften untereinander oder zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen gewählt. Daraufhin folgen Synonyme für die fachinterne Kommunikation. Unter „In der PatientInnenkommunikation“ finden sich dann sämtliche Benennungen wieder, bei denen sich im Zuge der Recherche herausgestellt hat, dass sie in der Kommunikation mit LaiInnen verwendet werden. Zusätzlich gibt es bei beiden Punkten eine Angabe von Genus und, falls notwendig, von Pluralformen. Auf das Angeben von Rechtschreibvarianten wird verzichtet, da sie die Einträge überladen würden. Auch scheint es im Kontext eines österreichischen Krankenhauses nicht wichtig, zwischen britischem und amerikanischem Englisch zu unterscheiden, solange die Orthographie einheitlich ist. Dies wird auch bei der Auswahl der Benennungen für dieses Glossar berücksichtigt, indem stets nur die amerikanische Schreibweise einer Benennung angegeben wird (z. B. *fecal* statt *faecal).*

Nach den Benennungen folgen die Definitionen in beiden Sprachen, die einerseits die fachinterne Kommunikation widerspiegeln, andererseits aber natürlich auch im Kontext dieser Arbeit dem terminologischen Vergleich dienlich sind. Danach folgen Definitionen, die aus Informationsquellen für LaiInnen stammen (siehe unten) und somit für die PatientInnenkommunikation geeignet sein könnten. Als Grund für den Einsatz der zusätzlichen Definitionen ist die Tatsache zu nennen, dass es in einigen Fällen keine alternativen Benennungen gibt, die sich von der fachsprachlichen unterscheiden und die eventuell dem Patienten bzw. der Patientin unbekannt sind. In solchen Fällen könnte eine zusätzliche Definiton hilfreich sein. Aus diesem Grund kann auch der Umfang der Defintionen für die PatientInnenkommu-

nikation von jenem der vorangehenden abweichen. In manchen Fällen können nämlich zusätzliche Angaben oder das Einschränken ebendieser vonnöten sein. Daher decken sich die in einer Defintion für PartInnen genannten wesentlichen Merkmale stets mit ihrem Pendant in der anderen Sprache, aber nicht immer mit jenen der vorangehenden Definitionen. In einigen wenigen Fällen fanden sich keine Definitionen für die PatientInnenkommunikation oder nur solche für eine Sprache. Hier wurde der Eintrag trotzdem belassen, ohne dabei den Punkt „In der PatientInnenkommunikation“ auszufüllen. Dies geschah allerdings stets unter der Voraussetzung, dass zumindest eine Benennung für LaiInnen auffindbar war. Am Ende des Eintrags finden sich noch Kontextsätze und die Angabe des Begriffsfeldes (siehe unten).

Bei der Auswahl der Quellen für die einzelnen Bennennungen, Definitionen und Kontextsätze ist wie folgt vorgegangen worden: Benennungen und Defintionen, die die fachinterne Kommunkation widerspiegeln sollen, stammen aus einschlägigen Wörterbüchern, Fachtexten (Sammelbände, Artikel aus Journalen), Pflegestandards, Online-Informationsangeboten für medizinische Berufe, Lehrmaterialien für besagte Berufe u. Ä. Die Abschnitte, die der PatientInnenkommunikation gewidmet sind, stammen aus Broschüren, Online-Informationsangebote für LaiInnen (z. B. Hilfeseiten, Webauftritte von Krankenhäusern oder von Unternehmen aus dem medizinischen Bereich) und in einigen wenigen Fällen auch noch aus allgemeinsprachlichen Wörterbüchern.

Um das Auffinden der Termini möglichst einfach und effektiv zu gestalten, gibt es nach diesem Glossar für beide Sprachen jeweils einen alphabetischen Index, der die enthaltenen Einträge und die in diesen Einträgen vorkommenden Synonyme sowie die dazugehörigen Seitenzahlen beinhalten. Ebenfalls soll die Auffindbarkeit der Termini dadurch verbessert werden, dass sie in Begriffsfelder unterteilt werden. Hierbei gibt es folgenden drei Kategorien: Anatomie/Physiologie, Pathologie und Prophylaxe/Therapie. Zu jedem Begriffsfeld gibt es pro Sprache einen weiteren Index.

Abschließend sollen noch einige Worte zur Auswahl der Termini verloren werden. Gewählt wurden Termini, die sich auf die Entstehung des Dekubitus, dessen Symptomatik, seine Behandlung oder auf die Prophylaxe beziehen. Hinzu kommen einige anatomische Grundlagen, die bei der Beschreibung des Ulkus notwendig sein könnten. Die Grundlage für die Auswahl der Termini stellt der Text in Kapitel 4 da. In einigen Fällen ergaben sich auch Glossareinträge aus der Definition anderer Termini.

5.2 Glossar

DEUTSCH

Adipositas *f*

Pschyrembel (2004[260]:24)

Synonyme:

Obesität *f*

Pschyrembel (2004[260]:24)

In der PatientInnenkommunikation:

Adipositas, Fettleibigkeit *f*, Fettsucht *f*, starkes Übergewicht *n*, krankhaftes Übergewicht

DEGS (2012:1),
Hellbardt/Schilling-Maßmann (2012²:8)

Definition:

„Krankhaftes Übergewicht, das zu gesundheitl. Beeinträchtigung führt; Risikofaktor für Folgeerkrankungen".

Pschyrembel (2004[260]:24)

Definition für PatientInnen:

„Das Körperfett ist über das normale Maß hinaus stark vermehrt und führt zu krankhaften Effekten."

ImuPro (o. J.)

Kontext:

„Festzustellen bleibt, dass ein Zusammenspiel einer genetischen Disposition und ungünstigen Umwelteinflüssen die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Adipositas deutlich erhöht."

Hellbardt/Schilling-Maßmann (2012²:8)

ENGLISCH

obesity

Pschyrembel (2004[260]:24)

Synonyme:

adiposity, adiposis

Reuter/Reuter (1996:13)

In der PatientInnenkommunikation:

obesity

OAC (2014:1)

Definition:

„The storage of excessive amounts of fat" […] „Obesity is a well-recognized predisposing factor for a number of diseases".

Kent (2006³:383f.)

Definition für PatientInnen:

„If your body stores more energy than you need, this can make you overweight. The excess energy is stored in your fat cells. If your weight goes above a certain level, doctors call this obesity." […] „And if you are obese, you're more likely to get other diseases."

BMJ Group Medical Reference (2012)

Kontext:

„Preventing and reducing the incidence of obesity requires sustained efforts by multiple sectors including public health at all levels".

Tri-Affiliate Obesity Prevention Workgroup (2012:1)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Antibiotika *n, pl*

Antibiotikum *sg*

Pschyrembel (2004[260]:93), Reuter/Reuter (1996:42)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Antibiotika

BMBF (2012:52)

Definition:

„Hierbei handelt es sich um Substanzen, die von Mikroorganismen gebildet oder synthetisch hergestellt werden und imstande sind, das Wachstum anderer Organismen sowie ihre Entwicklung zu hemmen und sie abzutöten."

Willital/Holzgreve (2006[6]:434)

Definition für PatientInnen:

„Antibiotika sind Arzneimittel, die zur Behandlung von Infektionen durch Bakterien eingesetzt werden."

BMG (o. J.)

Kontext:

„Kommt es zu schweren Infektionen, ist die systemische Gabe von Antibiotika (Tabletten oder Infusionen) zur Behandlung angezeigt."

Füsgen/Füsgen (1996:81)

ENGLISCH

antibiotics *pl*

Dröber et al. (2004[3]:74)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

antibiotics

FDA (o. J.:2)

Definition:

„chemical produced by a microorganism or prepared partially or totally by synthetic means that inhibits growth or kills other microorganisms at low concentration".

Worthen (2004:27)

Definition für PatientInnen:

„Antibiotics are medicines used to treat infections that are caused by bacteria (germs)."

Health Service Executive (2013)

Kontext:

"Taking antibiotics when they aren't needed contributes to the serious problem of antibiotic resistance."

FDA (o. J.:2)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Antiseptika *n, pl*

Antiseptikum *sg*

Pschyrembel (2004[260]:102), Dröber et al. (2004[3]:81)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Antiseptika

Spirig (o. J.:9)

Definition:

„Antiseptika sind Substanzen mit einer keimabtötenden oder keimhemmenden Wirkung, die im Zusammenhang mit Behandlungen von Wunden und Schleimhäuten im Sinne eines Desinfektionsmittels eingesetzt werden."

Bergen (2007²:74)

Definition für PatientInnen:

„Antiseptika (Sg. Antiseptikum) sind Wirkstoffe, die in der Medizin zur Desinfektion von Wunden auf Haut und Schleimhaut eingesetzt werden. Die antiseptischen Wirkstoffe beseitigen Bakterien, Viren oder Mikroorganismen, die eine Infektion der Wunde verursachen könnten."

Ilius (o. J.)

Kontext:

„Zur lokalen Wunddesinfektion können Antiseptika zur Anwendung kommen."

Füsgen/Füsgen (1996:81)

ENGLISCH

antiseptics

Dröber et al. (2004[3]:81)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

antiseptics

Jaychem Industries (o. J.)

Definition:

„Antiseptics are substances that prevent or inhibit the growth of microorganisms." […] „Antiseptics are generally applied to the surface of living tissue."

Rice (2002[9]:208)

Definition für PatientInnen:

„Antiseptics are mainly used to reduce levels of microorganisms on the skin and mucous membranes."

Jaychem Industries (o. J.)

Kontext:

„Antiseptics and disinfectants are used extensively in hospitals and other health care settings for a variety of topical and hard-surface applications."

McDonnel/Russel (1999:148)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Blutgefäß *n*

Pschyrembel (2004[260]:242)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Ader *f*, Blutgefäß, Blutleiter

Deutsche Gefäßliga (2013)

Definition:

„Arterien, Venen, Blutkapillaren, Arteriola, Venulen".

Pschyrembel (2004[260]:242)

Definition für PatientInnen:

„bezeichnet eine röhrenförmige Struktur im menschlichen Körper, in der das Blut transportiert wird. Alle Blutgefäße zusammen bilden den Blutkreislauf."

Deutsche Gefäßliga (2013)

Kontext:

„Krebszellen regen nahe gelegene Blutgefäße dazu an, neue Verzweigungen zu bilden, die die wachsende Gewebemasse mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgen (Angiogenese)."

Stadler (2012:6)

ENGLISCH

blood vessel

Martin (2004[4]:60)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

blood vessel

Victorian Quality Council (2004:4)

Definition:

„arteries, arterioles, capllaries, venules, veins".

Stedman (2000[27]:216)

Definition für PatientInnen:

„Located throughout your body, your blood vessels are hollow tubes that circulate your blood."

Farr (2003)

Kontext:

"Blood vessels supply oxygen and nutrients to every part of the body, including the skin."

Victorian Quality Council (2004:4)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Bulla *f*

Pschyrembel (2004[260]:272)

Synonyme:

Blase *f* , Hautblase *f*

Pschyrembel (2004[260]:272), Reuter (2005²:116),

In der PatientInnenkommunikation:

Blase, Bulla, Hautblase

Nonnemacher (2013)

Definition:

„über das Hautniveau erhabener, mit Flüssigkeit gefüllter Hohlraum".

Pschyrembel (2004[260]:272)

Definition für PatientInnen:

„Eine Blase (Bulla, Hautblase) ist ein Hohlraum, welcher mit Gewebsflüssigkeit gefüllt ist."

Nonnenmacher (2013)

Kontext:

„Auch an Körperstellen, die bei Alltagsaktivitäten besonders belastet werden – zum Beispiel die Hände eines Rollstuhlfahrers – können sich manchmal Druckgeschwüre entwickeln (meistens entstehen aber eher Blasen)."

AG „Kollektive Patientenschulung"(2013:16)

ENGLISCH

bulla

Brooker (2008[16]:62)

Synonyme:

blister

Brooker (2008[16]:62)

In der PatientInnenkommunikation:

blister

Victorian Quality Council (2004:12)

Definition:

„an elevated lesion of the skin containing fluid".

Brooker (2008[16]:62)

Definition für PatientInnen:

„A blister is an area of raised skin with a watery liquid inside."

Nemours (2011)

Kontext:

"The spots often come in waves for several days so that there will be new lumps, blisters and crusting sores on the skin at the same time."

Children, Youth and Women's Health Service (o. J.:2)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

chirurgisches Débridement *n*

Kamphausen et al. (2011[5]:630)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

chirurgisches Debridement, chirurgische Wundreinigung *f*, chirurgische Wundtoilette *f*

Antwerpes et al. (2011), Knappschaftsklinikum Saar (o. J.), Steiermärkische Gebietskrankenkasse (o. J.)

Definition:

„Nekorsen und Beläge werden mit Skalpell und Pinzette oder einer Ringekurette von der Wundoberfläche entfernt."

Kamphausen et al. (2011[5]:630)

Definition für PatientInnen:

„Das chirurgische Debridement umfasst die Abtragung von Nekrosen mittels chirurgischer Instrumente (z.B. Skalpell, scharfer Löffel)."

Antwerpes et al. (2011)

Kontext:

„Das chirurgische Débridement" […] „erweist sich als die schnellste und effektivste zur Entfernung avitalen Gewebes."

Assadian et al. (2006²:55)

ENGLISCH

surgical debridement

Mosti/Mattaliano (2007:124)

Synonyme:

sharp debridement

Olendorf (1999:899)

In der PatientInnenkommunikation:

surgical debridement

Heisner (2011)

Definition:

„By definition, surgical debridement consists in the removal of all the foreign material or nonviable tissue from and around the ulcer until healthy, well-vascularized tissue is exposed on the wound edges and base; forceps, scalpels, curettes, and rongeurs are necessary."

Mosti/Mattaliano (2007:124)

Definition für PatientInnen:

„This is the process of removing damaged or dying tissue surgically."

Heisner (2011)

Kontext:

„Enzymatic debridement is frequently used either alone or in combination with other techniques such as surgical debridement, to remove necrotic tissue and promote wound healing."

Ramundo/Gray (2008:274)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

chronische Wunde *f*

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008:134)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

chronische Wunde

Wundzentrum Hamburg (2012:4)

Definition:

„Eine chronische Wunde ist eine Wunde, die trotz fachgerechter Therapie innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung keine Heilungstendenzen zeigt."

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008:134)

Definition für PatientInnen:

„Wenn eine Wunde in einem Zeitraum von bis zu 12 Wochen keinen deutlichen Heilungsfortschritt zeigt, spricht man von einer chronischen Wunde."

Wundzentrum Hamburg (2012:4)

Kontext:

„Chronische Wunden entstehen, wenn ein ungünstiger Faktor die Haut am normalen Heilungsprozess hindert."

Hafner et al. (o. J.:4)

ENGLISCH

chronic wound

Farrar (2011:xix)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

chronic wound

NYU Langone Medical Center (o. J.)

Definition:

„A chronic wound is defined as one that does not heal in an orderly way in a predictable amount of time the way that most acute wounds do. For example, a wound that has not healed in three months is often described as chronic."

Farrar (2011:xix)

Definition für PatientInnen:

„A chronic wound is practically defined as one that does not heal within 3 months."

NYU Langone Medical Center (o. J.)

Kontext:

„Clinical signs of infection may not be present in the immunocompromised patient, the patient with poor perfusion, or the patient with a chronic wound."

AAWC (2012:18)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Débridement *n*

Füsgen/Füsgen (1996:53)

Synonyme:

Wundreinigung *f*, Wundtoilette *f*

Reuter/Reuter (1996:819), Dröber et al. (2004[3]:1143),

In der PatientInnenkommunikation:

Wundreinigung, Wundtoilette

Hauser (o. J.)

Definition:

„Abtragung von nekrot. Gewebe u. ggf. Schmutzpartikeln in einer Wunde i.R. des Wundmanagements“.

Pschyrembel (2013[265]:450)

Definition für PatientInnen:

„Entfernen von totem Gewebe“.

Hauser (o. J.)

Kontext:

„Nekrosen, Zelldetritus und Wundbeläge begünstigen die Manifestation einer Wundinfektion und verschlechtern die nutritiven Bedingungen im Wundgebiet. So muss vor jeder lokalen Wundbehandlung durch Antiseptika oder Wundauflagen zur Granulationsförderung ein Débridement erfolgen.“

Vossen et al. (2005:42)

ENGLISCH

debridement

Martin (2004[4]:122)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

debridement

Beth Israel Deaconess Medical Center (2013)

Definition:

„Debridement is the process of removing non-living tissue from pressure ulcer, burns, and other wounds.“

Olendorf (1999:899)

Definition für PatientInnen:

„Debridement is the removal of unhealthy tissue from a wound“.

Beth Israel Deaconess Medical Center (2013)

Kontext:

„Clinical experience and existing research strongly support debridement as a necessary component of wound bed preparation when slough or eschar is present.“

Ramundo/Gray (2008:273)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Dekubitus *m*

Füsgen/Füsgen (1996:67)

Synonyme:

Dekubitalulkus *m*, Dekubitalgeschwür *f*

Füsgen/Füsgen (1996:67)

In der PatientInnenkommunikation:

Dekubitus, Druckgeschwür *n*, Wundliegen *n*

Feichter (2013), APUPA (2011:2)

Definition:

„Ein Dekubitus ist ein Gewebedefekt, welcher durch anhaltende Druckeinwirkung auf einen umschriebenen Hautbezirk entsteht."

Lübke-Schmid (2002[11]:356)

Definition für PatientInnen:

„Als Dekubitus (Druckgeschwür) bezeichnen Mediziner eine lokale Schädigung von Haut und darunterliegendem Gewebe durch erhöhten Druck."

Feichter (2013)

Kontext:

„Besonders durch einen Dekubitus gefährdet sind alte und immobile Menschen."

Vollmar et al. (2005)

ENGLISCH

pressure ulcer

WOCN Society (2006:1)

Synonyme:

decubitus ulcer, decubital ulcer, decubitus

Marcovitch (2010[42]:539),
Anderson et al. (2000[29]:1907)

In der PatientInnenkommunikation:

bed sore, pressure sore, pressure ulcer

Victorian Quality Council (2004:3)

Definition:

„Any lesion caused by unrelieved pressure resulting in damage of underlying tissue."

WOCN Society (2006:1)

Definition für PatientInnen:

„A Pressure Ulcer is an injury to the skin and underlying tissue caused by unrelieved pressure."

OSF Saint Francis Medical Center (o. J.:4)

Kontext:

„Pressure ulcers can happen quickly, so it is important to heed warning signs and act swiftly to prevent them occurring or becoming worse."

Victorian Quality Council (2004:3)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Dermis *f*

Pschyrembel (2004[260]:384)

Synonyme:

Corium *n*, Lederhaut *f*

Pschyrembel (2004[260]:346)

In der PatientInnenkommunikation:

Lederhaut *f*

Stadler (2012:6)

Definition:

„Hautschicht direkt unterhalb der Oberhaut. Besteht aus Papillar- und Geflechtsschichten und enthält Blut- und Lymphgefäße, Nerven und Nervenenden, Drüsen und Haarfollikel."

Dröber et al. (2004[3]:251)

Definition für PatientInnen:

„Der nach der Oberhaut folgende, bindegewebige Anteil der Haut mit Blutgefässen und Sinneszellen."

Bundesamt für Gesundheit (o. J.)

Kontext:

„Je tiefer ein Knoten oder Tumor in der Dermis bzw. Subkutis liegt, desto schwerer ist er abgrenzbar und umso weniger ist seine Eigenfarbe an der Hautoberfläche zu erkennen."

Höger (2011³:144)

ENGLISCH

dermis

Ireland (2010b)

Synonyme:

derma, corium

Reuter/Reuter (1996:169)

In der PatientInnenkommunikation:

dermis

Integra (2003:3)

Definition:

„A layer of dense connective tissue lying below the epidermis. It contains nerve endings, blood vessels, and glandular tissue".

Ireland (2010b)

Definition für PatientInnen:

[Immediately under the epidermis] „it is the dermis, which is richly filled with hair follicles, sweat glands, blood vessels, nerve receptors and connective tissue."

Kravitz (o. J.)

Kontext:

„In areas of greater mechanical stress, to enhance adhesion the dermis makes regular finger-like folds into the overlying epidermis, known as dermal papillae."

Yates (2009³:168)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Druck *m*

Takahashi et al. (2010:2)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Druck

Vollmar et al. (2011)

Definition:

„Druck ist definiert als die Menge Kraft, die senkrecht auf eine Fläche je Flächeninhalt aufgebracht wird."

Takahashi et al. (2010:2)

Definition für PatientInnen:

„Kraft, die auf eine Fläche einwirkt".

Österreichisches Wörterbuch (2006[40]:170)

Kontext:

„Bei der Entstehung der Wundfläche kommen unterschiedliche Faktoren zusammen: der Zustand der Haut, der Allgemeinzustand und die Mobilität (Beweglichkeit) des Patienten und zusätzlich Reibung, Scherkräfte und Druck, die auf die Haut einwirken."

Vollmar et al. (2011)

ENGLISCH

pressure

Daintith (2004[5]:462)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

pressure

Victorian Quality Council (2004:3)

Definition:

„The force acting normally on unit area of surface".

Daintith (2004[5]:462)

Definition für PatientInnen:

„A force distributed over a surface".

Landau et al. (2004:574)

Kontext:

„A pressure ulcer is a sore, an area of skin that has been damaged due to unrelieved and prolonged pressure."

Victorian Quality Council (2004:3)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Entzündung *f*

Pschyrembel (2004[260]:495)

Synonyme:

Inflammatio *f*, Inflammation *f*

Reuter/Reuter (1996:366)

In der PatientInnenkommunikation:

Entzündung

Stadler (2012:29)

Definition:

„Schutzreaktion des Körpergewebes auf Reizungen oder Verletzungen."

Dröber et al. (2004[3]:317)

Definition für PatientInnen:

„Eine Entzündung ist – ganz allgemein gesagt – eine Reaktion des körpereigenen Abwehrsystems auf einen Reiz."

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011)

Kontext:

„Unter dem starken Juckreiz leiden die Patienten am meisten. Sie kratzen sich, die Folge sind Kratzwunden, die über Reparatur und Entzündung wiederum Juckreiz verursachen."

Spirig. (o. J.:5)

ENGLISCH

inflammation

Martin (2004[4]:285)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

inflammation

Crohn's & Colitis Foundation of America (2013:2)

Definition:

„The body's response to injury."

Martin (2004[4]:244)

Definition für PatientInnen:

„Under ordinary circumstances, inflammation is a healthy process that comes to the body's aid when it's injured."

Guthrie (2014)

Kontext:

„Ongoing inflammation leads to symptoms such as abdominal pain and cramping, darrhea, rectal bleeding, weight loss and fatigue."

Crohn's & Colitis Foundation of America (2013:2)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Enzym *n*

Reuter (2005²:274)

Synonyme:

Biokatalysator *m*, Ferment *n*
Reuter (2005²:274)

In der PatientInnenkommunikation:

Enzym
Zeilberger (2009)

Definition:

„Proteine, die biochemische Reaktionen katalysieren".
Reuter (2005²:274)

Definition für PatientInnen:

„Enzyme sind Stoffe, die chemische Reaktionen in lebenden Organismen beschleunigen".
Zeilberger (2009)

Kontext:

„Die mechanische Reinigung von Belägen und Krusten muss einem zytotoxischen Effekt durch irreversible Denaturierung von Zell- und Zellwandproteinen wie Enzymen und von Ribonukleinsäuren gegenübergestellt werden."
Vossen et al. (2005:42)

ENGLISCH

enzyme

Ramundo/Gray (2008:273)

Synonyme:

biocatalyst, biocatalyzer
Worthen (2004:124), Reuter/Reuter (1996:218)

In der PatientInnenkommunikation:

enzyme
Crohn's & Colitis Foundation of America (2013:13)

Definition:

„A protein that acts as a biological catalyst".
Kent (2006³:186)

Definition für PatientInnen:

„Enzymes are biological molecules (typically proteins) that significantly speed up the rate of virtually all of the chemical reactions that take place within cells."
Castro (2014)

Kontext:

„Some patients may be hypersensitive to the enzyme or another component within its delivery vehicle."
Ramundo/Gray (2008:273)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

enzymatisches Débridement *n*

Vossen et al. (2005:42)

Synonyme:

enzymatische Wundreinigung *f*

Vossen et al. (2005:45)

In der PatientInnenkommunikation:

enzymatisches Débridement

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen (o. J.)

Definition:

„Ablösen/Abdauen von Fibrinbelägen und dünnen nekrotischen Schichten“ […] „durch Enzympräparate mit unterschiedlichem Wirkungsspektrum.“

Hartmann (2014)

Definition für PatientInnen:

„Hierbei werden Enzyme auf die Wundoberfläche aufgetragen, die abgestorbenes Gewebe auflösen und die Wundheilung fördern.“

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen (o. J.)

Kontext:

„Das enzymatische Débridement hat einen Stellenwert nach erfolgter konsequenter chirurgischer Nekrosenabtragung.“

Vossen et al. (2005:42)

ENGLISCH

enzymatic debridement

Ramundo/Gray (2008:273)

Synonyme:

chemical debridement, enzymatic wound debridement

Bates-Jensen (2007³:201), Ramundo/Gray (2008:273)

In der PatientInnenkommunikation:

enzymatic debridement, enzyme debriding dressing

Heisler (2011), Ohio State University Medical Center (2011:1)

Definition:

„Enzymatic debridement is the application of exogenous enzymes to the wound bed in order to degrade necrotic tissue without harming viable, granulation tissue.“

Ramundo/Gray (2008:273)

Definition für PatientInnen:

„This type of debridement uses enzyme solutions or ointments to treat the tissue.”

Heisler (2011)

Kontext:

„Enzymatic debridement can be slow to achieve success: It may take from 3 to 30 days to achieve a clean wound bed.”

Bates-Jensen (2007³:201)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Epidermis *f*

Pschyrembel (2004[260]:503)

Synonyme:

Oberhaut *f*

Pschyrembel (2004[260]:503)

In der PatientInnenkommunikation:

Oberhaut, Epidermis

Stadler (2012:6), Diadermine (2014)

Definition:

„die gefäßlose in den oberen Schichten aus verhorntem Plattenepithel bestehende Außenschicht der Körperhaut".

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:542)

Definition für PatientInnen:

„die oberste Hautschicht und somit die äußerste Grenze zur Außenwelt"

Diadermine (2014)

Kontext:

„Während Dermis und Subkutis makroskopisch gut zu unterscheiden sind, ist die Epidermis nur schwer mit dem bloßen Auge von der Dermis zu trennen."

Kerscher (2009²:2)

ENGLISCH

epidermis

Anderson et al. (2000[29]:605)

Synonyme:

epiderm, epiderma

Reuter/Reuter (1996:169)

In der PatientInnenkommunikation:

epidermis

Integra (2003:3)

Definition:

„the outermost and nonvascular layer of the skin".

Anderson et al. (2000[29]:605)

Definition für PatientInnen:

„The epidermis is the outer layer of skin."

Brannon (2014b)

Kontext:

"Third degree burns (also called fullthickness burns) involve the loss of both epidermis and dermis, extending down into subcutaneous tissue."

Integra (2003:3)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Erythem *n*

Pschyrembel (2004[260]:527)

Synonyme:

Erythema

Pschyrembel (2004[260]:527)

In der PatientInnenkommunikation:

Rötung *f*, Hautrötung *f*

Wiese (2012), AG „Kollektive Patientenschulung" (2013:12)

Definition:

„flächenhafte Hautrötung infolge Erweiterung u. vermehrter Füllung der Blutgefäße"

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:563)

Definition für PatientInnen:

„Verstärkung der Hautdurchblutung aufgrund von Entzündung, Reizung, Sonnenbrand, Ekzem, etc."

Astellas Pharma (o. J.)

Kontext:

„Ein wirksames Wechsellagerungsschema wird durch das Ausbleiben von persistierenden Erythemen über knöchernen Vorsprüngen angezeigt."

Takahashi (2010:6)

ENGLISCH

erythema

Stedman (2000[27]:615)

Synonyme:

redness

Stratis Health (2007:5)

In der PatientInnenkommunikation:

erythema, redness, skin redness

Jones/Auerbach (2007), Victorian Quality Council (2004:12)

Definition:

„Redness due to capillary dilation."

Stedman (2000[27]:615)

Definition für PatientInnen:

„Skin redness (erythema) is abnormal redness of the skin, often signaling a pathological condition, such as inflammation, infection, or sunburn."

Jones/Auerbach (2007)

Kontext:

„It may not be appropriate to debride necrotic heel ulcers if they have no signs of infection. However, daily assessment and palpation of these ulcers for bogginess, erythema, warmth or drainage is necessary."

Stratis Health (2007:40)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Exsudat *n*

Wied/Warmbrunn (2003:221)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Wundsekret *n*

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (o. J.:44)

Definition:

„Durch Entzüdung bedingter Austritt von Flüssigkeit und Zellen aus Blut- und Lymphgefäßen“.

Wied/Warmbrunn (2003:221)

Definition für PatientInnen:

„Die Flüssigkeit, die meist aufgrund von Entzündungen aus den Kapillaren in das umliegende Gewebe bzw. auf die Oberfläche abgesondert wird.“

Konrad (2013)

Kontext:

„Insbesondere tiefe Wunden, Wundhöhlen und -taschen brauchen Verbindung zum abdeckenden Verbandstoff, um überschüssiges Exsudat zu binden.“

Danzer/Hassenheimer (2007:33)

ENGLISCH

exudate

Kent (2006³:202)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

drainage, exudate

Heisler (2014), Rosenfeld Injury Lawyers (2014b)

Definition:

„Material including pus, fluid, and cells that has slowly escaped from intact blood vessels and has been deposited in tissue, usually as a result of inflammation.“

Kent (2006³:202)

Definition für PatientInnen:

„Exudate is fluid, such as pus, that leaks out of blood vessels into nearby tissues.“

Rosenfeld Injury Lawyers (2014b)

Kontext:

„Acrylic adhesives can have low permeability to wound exudate so, when used in dressings, they are required to be pattern coated to allow exudate to flow through to the absorbent layer (if they cover the wound).“

Rippon et al. (2007:81)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Faszie *f*

Pschyrembel (2004[260]:554)

Synonyme:

Fascia *f*

Reuter/Reuter (1996:242)

In der PatientInnenkommunikation:

Muskelhaut, Faszie

proCompliance (2005:2), European Fascial Distortion Model Association (o. J.)

Definition:

„die kollagenbindegewebige Hülle der Skelettmuskeln“ […] „dient z.T. auch als Muskelursprung u. -ansatz“.

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:594)

Definition für PatientInnen:

„Als Faszie“ […] „wird eine dünne, sehnenartige Hüllschicht aus Bindegewebe bezeichnet, die Muskeln oder Muskelgruppen, aber auch ganze Körperabschnitte umgeben kann.“

European Fascial Distortion Model Association (o. J.)

Kontext:

„Alle Faszien, die an der Schädelbasis (Tuberculum pharyngeum) befestigt sind, bewegen sich, ebenso wie die Dura mater spinalis, nach kranial.“

Liem (2010[6]:328)

ENGLISCH

fascia, fasciae *pl*, **fascias** *pl*

Lackie (2010)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

fascia

JFK Medical Center (o. J.)

Definition:

„Sheets or bands of fibrous tissue which enclose and connect the muscles“.

Marcovitch (2010[42]:199)

Definition für PatientInnen:

“a fibrous membrane covering and separating muscles”.

JFK Medical Center (o. J.)

Kontext:

„Shearing occurs when the skeleton and deep fascia slide downwards with gravity, whilst the skin and upper fascia remain in the original position.“

Royal College of Nursing (2001:14)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Gewebe *n*

Pschyrembel (2004[260]:649)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Gewebe

Stadler (2012:8)

Definition:

„Verband von Zellen gleichartiger Differenzierung u. deren Interzellularsubstanz".

Pschyrembel (2004[260]:649)

Definition für PatientInnen:

„Als Gewebe bezeichnet man eine Ansammlung von Zellen, die zusammen eine bestimmte Aufgabe erfüllen wie beispielsweise das Nerven- oder das Muskelgewebe."

Human med (o. J.)

Kontext:

„Krebszellen wachsen in gesundes Gewebe ein, obwohl dessen Zellen Botenstoffe abgeben, die eine weitere Vermehrung verhindern sollen."

Stadler (2012:8)

ENGLISCH

tissue

Brooker (2008[16]:479)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

tissue

Victorian Quality Council (2004:4)

Definition:

„a collection of cells or fibres of similar function, forming a structure".

Brooker (2008[16]:479)

Definition für PatientInnen:

„A collection of cells, united to perform a particular function."

Imaginis (2007)

Kontext:

„If the bones inside your body put too much pressure on the blood vessels, then the blood cannot get through and this can cause damage to your skin and other tissues."

Victorian Quality Council (2004:4)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Granulationsgewebe *n*

Dröber et al. (2004[3]:419)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Granulationsgewebe

Hafner et al. (o. J.:8)

Definition:

„Weiche, rosafarbene, fleischige Wucherung, die sich während des Heilungsprozesses in einer Wunde entwickelt."

Dröber et al. (2004[3]:419)

Definition für PatientInnen:

„Gewebe, das sich bei der Heilung von Wunden bildet."

Linguamed (2009)

Kontext:

„Die Wunde sollte am Unterschenkel durch eine intensive Wundpflege gut vorbereitet werden, sodass ein kräftiges, rotes Granulationsgewebe am Boden der Wunde sichtbar ist."

Hafner et al. (o. J.:13)

ENGLISCH

granulation tissue

Brooker (2008[16]:206)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

granulation tissue

SickKids (o. J.:4)

Definition:

„the new, healthy, soft tissue" […] „formed in the wound bed."

Brooker (2008[16]:206)

Definition für PatientInnen:

„Granulation tissue is the fleshy new growth that forms on the surface of a wound as it heals."

Patterson Dental Supply (2004)

Kontext:

„The papain-urea ointment dissolved necrotic tissue more rapidly than did wounds treated by the collagenase ointment, resulting in significantly greater presence of granulation tissue in the wound bed."

Ramundo/Gray (2008:278)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Harninkontinenz *f*

Wied/Warmbrunn /2003:300)

Synonyme:
Urininkontinenz
Kuno (2004[10]:272)

In der PatientInnenkommunikation:
Blasenschwäche, Harninkontinenz, Urininkontinenz
Jünemann (2013:0), FSW (2014[3]:7), Land Salzburg et al. (2007:13)

Definition:
„unwillkürliche Harnausscheidung".
Wied/Warmbrunn /2003:300)

Definition für PatientInnen:
„Unkontrollierter Urinverlust ist das äußere Zeichen für eine Harninkontinenz."
Jünemann (2013:5)

Kontext:
„Bei Männern kann es nach einer Prostata-Operation zur Harninkontinenz kommen."
Jünemann (2013:7)

ENGLISCH

urinary incontinence

White et al. (2011[2]:1194)

Synonyme:
icontinence of urine
Reuter/Reuter (1996:315)

In der PatientInnenkommunikation:
urinary incontinence, loss of bladder control
Mater Misericordiae Health Services Brisbane(2014)

Definition:
"Urinary incontinence is the involuntary loss of urine from the bladder".
White et al. (2011[2]:1194)

Definition für PatientInnen:
„Urinary incontinence is the unintentional passing of urine."
NHS (2014)

Kontext:
"Hormone replacement therapy has not been shown to help significantly with symptoms of urinary incontinence."
Mater Misericordiae Health Services Brisbane(2014)

Kategorie:
Pathologie

DEUTSCH

Hauttransplantation *f*

Menche et al. (2005:32)

Synonyme:

Hautverpflanzung *f*

Menche et al. (2005:32)

In der PatientInnenkommunikation:

Hauttransplantation, Hautverpflanzung

Witte (2012), Sinowatz (2013)

Definition:

"Eine Hauttransplantation dient der Deckung eines größeren, auf die Haut beschränkten Defekts“.

Menche et al. (2005:32)

Definition für PatientInnen:

„Hierbei verpflanzt der Chirurg Haut von einer anderen Körperstelle, meistens dem Oberschenkel, auf die Wunde, um sie zu schließen.“

Witte (2012)

Kontext:

„Auch bei Defekten nach Tumorexzision kann eine Hauttransplantation zum Wundverschluss in Frage kommen.“

Pallua/von Bülow (2005:405)

ENGLISCH

skin graft

Granzow/Boyd (2012:69)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

skin graft

NHS (2013)

Definition:

„Skin grafts allow the transfer of epithelial cells and can provide coverage for large open wounds.“

Granzow/Boyd (2012:69)

Definition für PatientInnen:

„A skin graft is a surgical procedure that removes healthy skin from an unaffected area of the body and covers the lost or damaged skin.“

NHS (2013)

Kontext:

„Nowadays, skin grafts are less commonly needed as part of skin cancer treatment.“

Macmillan Cancer Support (2013)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Hydrogelverband *m*

Wied/Warmbrunn /2003:704)

Synonyme:

Hydrogelkompresse *f*

Hellmann/Rößlein (2007:106)

In der PatientInnenkommunikation:

Hydrogelkompresse

Wundzentrum Hamburg (2012:8)

Definition:

„Wundverband aus einer hydrophilen, wasserlöslichen Hydrogelmatrix".

Wied/Warmbrunn /2003:704)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„Die Hydrogelverbände haben einen sehr hohen Wasseranteil und sind damit für die Anfeuchtung von chronischen und trockenen Wunden geeignet."

Bischoff et al. (1996:396)

ENGLISCH

hydrogel dressing

Eisenbud et al. (2003)

Synonyme:

hydrogel, hydrogel wound dressing

Brooker (2008[16]:229), Eisenbud et al. (2003)

In der PatientInnenkommunikation:

hydrogel dressing

Rite Aid (2014)

Definition:

„a type of rehydrating wound dressing, comprising a soft, water-containing gel".

Brooker (2008[16]:229)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„Hydrogel dressings are permeable to water vapor and oxygen, but do not leak liquid water."

Eisenbud et al. (2003)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Hypoxie *f*

Pschyrembel (2004[260]:832)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Hypoxie, Sauerstoffmangel im Gewebe

COPD-Deutschland (2013:9)

Definition:

„verminderte Sauerstoffversorgung im Gsamtorganismus od. best. Körperregionen“.

Pschyrembel (2004[260]:832)

Definition für PatientInnen:

„Sauerstoffmangel im Gewebe“.

COPD-Deutschland (2013:9)

Kontext:

„Als eine Reaktion auf eine Hypoxie kommt es zu einer ausgeprägten Steigerung des Atemzugvolumens und des Minutenvolumens.“

Fuchs-Buder (2008:106)

ENGLISCH

hypoxia

Brooker (2008[16]:236)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

hypoxia, oxygen starvation

FAA Civil Aerospace Medical Institute(2004:2)

Definition:

„reduced oxygen level in the tissues.“

Brooker (2008[16]:236)

Definition für PatientInnen:

„The lack of oxygen in tissues“.

Eldridge (2014b)

Kontext:

„It is well known that in the brain, adaption to hypoxia occurs through both systemic and vascular changes, which may include metabolic changes.“

Puchowicz et al. (2009:15)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Infektion *f*

Dröber et al. (2004[3]:508)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Ansteckung *f*, Infektion

Helmholtz Zentrum München (2012)

Definition:

„Befall des Körpers durch pathogene Keime und Mirkoorganismen (z.B. Bakterien, Viren, Pilze, Protozoen)".

Dröber et al. (2004[3]:508)

Definition für PatientInnen:

„Zu einer Infektion oder Ansteckung kann es kommen, wenn ein Krankheitserreger in den menschlichen Körper eindringt."

Machens/Schmid (2014)

Kontext:

„Wenn man zu wenig trinkt, entwickeln sich leichter Infektionen, die die Entstehung von Inkontinenz fördern."

Land Salzburg et al. (2007:50)

ENGLISCH

infection

Martin (2004[4:]244)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

infection

Cornwall Foundation Trust (2014:2)

Definition:

„invasion of the body by harmful organisms (pathogens), such as bacteria, fungi, protozoa, rickettsiae, or viruses."

Martin (2004[4:]244)

Definition für PatientInnen:

„Bacteria, viruses or fungus that attack the body are known as infections."

Cornwall Foundation Trust (2014:2)

Kontext:

„Factors such as presence of infection, wound drainage, wound location, wound size and depth, cost, and the need for daily application of the enzyme should be considered when selecting a dressing for use with enzymes."

Ramundo/Gray (2008:279)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Immobilität *f*

Kirschnick (2010[4]:430)

Synonyme:

Unbeweglichkeit *f*

Kirschnick (2010[4]:430)

In der PatientInnenkommunikation:

Immobilität, Unbeweglichkeit

Krause/Anders (2003:10), DGfW (2008[3]:14)

Definition:

„Unfähigkeit sich frei zu bewegen."

Kirschnick (2010[4]:430)

Definition für PatientInnen:

„bedeutet so viel wie Unbeweglichkeit".

Leisten (2013:311)

Kontext:

„Infolge altersbedingter Veränderungen der Haut oder Immobilität kann der Druck-Schmerz-Mechanismus beeinträchtigt sein."

Schmidt (2012[2]:16)

ENGLISCH

immobility

Moore/Cowman (2012:24)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

immobility

National Multiple Sclerosis Society (o. J.b)

Definition:

„Immobility is the inability to move freely and independently at will."

Knippa/Sommer (2010[7]:399)

Definition für PatientInnen:

„inablity to move".

Mayo Clinic (2011:27)

Kontext:

„Immobility is the key risk factor for developing pressure ulcers, so interventions to combat this risk need to focus on this."

Moore/Cowman (2012:24)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Inkontinenz *f*

Reuter (2005:451)

Synonyme:

Incontinentia *f*

Reuter (2005:451)

In der PatientInnenkommunikation:

Inkontinenz

FSW (2014³:4)

Definition:

„Unvermögen den Harn oder Stuhl einzuhalten“.

Reuter (2005:451)

Definition für PatientInnen:

„Von Inkontinenz spricht man, wenn der Harn- oder Stuhldrang nicht kontrolliert werden kann.“

FSW (2014³:4)

Kontext:

„Inkontinenz kann verschiedene Ursachen haben; daher sollte jede/jeder genau beobachten, wann, wie oft und wie stark Harn- oder Stuhlverlust auftritt.“

FSW (2014³:4)

ENGLISCH

incontinence

Kent (2003)

Synonyme:

incontinentia

Stedman (2000[27]:859)

In der PatientInnenkommunikation:

incontinence, spontaneous voiding

National Multiple Sclerosis Society (o. J.a)

Definition:

"An inability to control the passage of urine or faeces.“

Kent (2003)

Definition für PatientInnen:

„the inability to control passage of urine or bowel movements“.

National Multiple Sclerosis Society (o. J.a)

Kontext:

„If you have problems with your bowel or bladder, clean your skin as soon as it is soiled or ask staff to assist you. If you need more information about how to manage incontinence ask your nurse.“

Victorian Quality Council (2004:9)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

intravasal

Pschyrembel (2004[260]:880)

Synonyme:

intravaskulär

Hartmann (2005:75)

In der PatientInnenkommunikation:

in den Gefäßen, intravasal

Seeburger (o. J.)

Definition:

„innerh. eines Gefäßes“.

Pschyrembel (2004[260]:880)

Definition für PatientInnen:

„im Gefäß“.

Schütt-Abraham (2006)

Kontext:

„Bei kolloidalen Plasmaersatzmitteln genügt ein Ersatz des fehlenden Blutvolumens in der Realtion von ca. 1:1, da sie weitgehend intravasal verbleiben.“

Striebel (2008:131)

ENGLISCH

intravascular

Stedman (2000[27]:917)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

in the vessels, intravascular

Todd (2014)

Definition:

„Within the blood vessels or lymphatics“.

Stedman (2000[27]:917)

Definition für PatientInnen:

„in the vessels“.

Todd (2014)

Kontext:

„The accelerated entry of hyperosmolar chyme into the intestine causes large fluid shift from the intravascular space to the intestinal lumen.“

Jewelewicz et al. (117)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Ischämie *f*

Pschyrembel (2004[260]:887)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Ischämie, Mangeldurchblutung *f*, Minderdurchblutung *f*

Evangelisches Klinikum Niederrehein (o. J.)

Definition:

„Verminderung od. Unterbrechung der Durchblutung eines Organs, Organteils od. Gewebes“.

Pschyrembel (2004[260]:887)

Definition für PatientInnen:

„Als Ischämie wird die Unterversorgung eines Gewebegebietes mit Blut bezeichnet. Dabei kann es sich um einen unzureichenden Blutfluss oder einen vollständigen Durchblutungsstopp handeln.“

Nonnenmacher (2014)

Kontext:

„Die häufigsten Ursachen einer Ischämie sind interne krankhafte Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems.“

Nonnenmacher (2014)

ENGLISCH

ischemia

Troncoso (2010:122)

Synonyme:

hypoemia

Reuter/Reuter (1996:376)

In der PatientInnenkommunikation:

ischemia

American Heart Association (2012)

Definition:

„an inadequate flow of blood to a part of the body“.

Martin (2004[4]:254)

Definition für PatientInnen:

„Ischemia is a condition in which the blood flow (and thus oxygen) is restricted or reduced in a part of the body.“

American Heart Association (2012)

Kontext:

„Brain tissue has a high metabolic rate and therefore is susceptible to injury in conditions of ischemia, hypoxia, or metabolic derangements that impair the generation of energy (adenosine triphosphate) by neurons and other brain cells.“

Troncoso (2010:122)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Kachexie *f*

Reuter (2005:470)

Synonyme:

Cachexia *f*

Reuter (2005:470)

In der PatientInnenkommunikation:

Auszehrung *f*, Kachexie

Reineken/Grüneberg (2014)

Definition:

„Auszehrung, starke Abmagerung mit Kräftezerfall".

Reuter (2005:470)

Definition für PatientInnen:

„Starke Abmagerung mit Kräfteverlust".

Heepen (2009[6]:52)

Kontext:

„Die Kachexie wird abgegrenzt von Hungerzuständen, altersbedingtem Gewichtsverlust, primärer Depression, Malabsorptionssyndromen und Hyperthyreoidismus."

Reimer (2010[4]:476)

ENGLISCH

cachexia

Martin (2004[4]:71)

Synonyme:

cachexy

Reuter/Reuter (1996:383)

In der PatientInnenkommunikation:

cachexia, wasting syndrom

Martin (2004[4]:71), Davies (2013)

Definition:

„a condition of abnormally low weight, weakness and general bodily decline".

Martin (2004[4]:71)

Definition für PatientInnen:

„Cachexia is a state characterized by loss of weight and weakness in the muscles."

Belsey (2014)

Kontext:

„The loss of body mass may follow three basic models depending on the body compartment most affected: starvation, cachexia, sarcopenia."

Sergi et al. (2006:175)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Kapillare *f*

Reuter/Reuter (1996:386)

Synonyme:

Blutkapillare, Haargefäß *n*, Vas capillare *n*

Pschyrembel (2004[260]:905/245)

In der PatientInnenkommunikation:

Haargefäß, Kapillare

AG „Kollektive Patientenschulung“ (2013:12), Roche (2014)

Definition:

„kleinste Blutgefäße, die zwischen arteriellem und venösem Schenkel des Kreislaufs liegen“.

Reuter (2005²:992)

Definition für PatientInnen:

„Eine Kapillare ist das kleinste Blutgefäß im Gefäßsystem. Kapillaren verbinden die kleinsten Arterien (Arteriolen) mit den kleinsten Venen (Venolen).“

Roche (2014)

Kontext:

„Primärer Faktor bei der Entstehung von Druckgeschwüren ist ein lang anhaltender Druck, der über dem Druck in den feinsten Blutgefäßen, den Kapillaren, liegt.“

Füsgen/Füsgen (1996:67)

ENGLISCH

capillary

Dröber et al. (2004[3]:545)

Synonyme:

capillary vessel

Reuter/Reuter (1996:386)

In der PatientInnenkommunikation:

capillary

Great Ormond Street Hospital (2004:2)

Definition:

„The minute vessels which join the ends of the arteries to venules“

Marcovitch (2010[42]:539)

Definition für PatientInnen:

„Capillaries are the smallest blood vessels in the body, connecting the smallest arteries to the smallest veins.“

Eldridge (2014a)

Kontext:

„As blood moves through the capillaries, the oxygen and other nutrients move out into the cells, and waste matter from the cells moves into the capillaries.“

Stanford Hospital & Clinics (2014)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Kollagenase *f*

Pschyrembel (2004[260]:955)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Kollagenase

Spital Bülach (o. J.:3)

Definition:

„kollagenspaltendes Enzym“

Reuter (2005²:500)

Definition für PatientInnen:

„Kollagenasen bauen Kollagenfasern ab, die als Stützgewebe den Zusammenhalt von Zellen in Organen bewirken.
Der Vorgang spielt eine wichtige Rolle in vielen körpereigenen Prozessen, wie beim Abbau abgestorbenen Gewebes in Wunden zur Beschleunigung der Wundheilung.“

Opti-Dent (2014)

Kontext:

„Bei einfachen zentralen Strängen mit Streckausfall am Grund- und/oder Mittelgelenk kann neuerdings auch eine Spritzenbehandlung mit Kollagenase zur Auflösung der Stränge eingesetzt werden.“

Spital Bülach (o. J.:3)

ENGLISCH

collagenase

Ireland (2010a)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

collagenase

Royal Orthopedical Hospital(2013:2)

Definition:

„An enzyme that breaks down collagen.“

Ireland (2010a)

Definition für PatientInnen:

„Collagenase is an enzyme that breaks down collagen in damaged tissues within the skin and helps the body generate new healthy tissue. Collagen is a type of protein that connects and supports fibers in body tissues“.

Cerner Multum (2012)

Kontext:

“Patients managed with collagenase alone were less likely to require blood transfusion than those managed with collagenase and surgical intervention or those managed by surgical means alone.”

Ramundo/Gray (2008:278)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Lagerung *f*

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:1068)

Synonyme:

Lagerungswechsel *m*, Lagewechsel

Panfil (2004[2]:24), Menche/Keller (2011[5]:367)

In der PatientInnenkommunikation:

Lagerung, Lageveränderung *f*, Positionierung *f*, Umlagerung *f*

Krause/Anders (2003:8), DRACO (2010:8), Lück (2008:3)

Definition:

„Positionierung eines Kranken in eine bestimmte, günstige Stelle".

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:1068)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„Bei vollständiger Immobilität und fehlender Transfermöglichkeit erfolgt die Druckentlastung durch Bewegung und Lagerung."

Panfil (2004[2]:20)

ENGLISCH

positioning

McCloskey Dochterman/Bulechek (2004[4]:560)

Synonyme:

repositioning

Stratis Health (2007:7)

In der PatientInnenkommunikation:

positioning, position change, repositioning

Mayo Clinic (2014), York Law Corporation (2008)

Definition:

„Deliberative placement of the patient or a body part to promote physiological and-or psychological well-being".

McCloskey Dochterman/Bulechek (2004[4]:560)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„Avoid positioning directly on the great trochanter."

Stratis Health (2007:7)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Mazeration *f*

Pschyrembel (2004[260]:1125)

Synonyme:

Maceratio *f*

Pschyrembel (2004[260]:1125)

In der PatientInnenkommunikation:

Aufweichen *n*, Mazeration

Wundzentrum Hamburg (2012:21), Wiese (2012)

Definition:

„Aufquellung bzw. Einweichung durch langen Kontakt mit Flüssigkeiten".

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:1185)

Definition für PatientInnen:

„Einweichen der Haut".

Wiese (2012)

Kontext:

„Zur Vermeidung von Mazerationen eigenen sich alle Maßnahmen, die die Ursachen vermeiden."

Feindt 2007:77)

ENGLISCH

maceration

Martin (2004[4]:285)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

maceration

Brannon (2014a)

Definition:

„Softening by the action a liquid".

Stedman (2000[27]:1050)

Definition für PatientInnen:

„Skin that is chronically wet and soggy is described as macerated."

Brannon (2014a)

Kontext:

„An 'ideal' adhesive is one that retains dressings securely in place for the duration of an appropriate wear time, thereby minimising the risk of maceration of peri-wound skin."

Rippon et al. (2007:78)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Mobilität *f*

Wied/Warmbrunn(2003:447)

Synonyme:

Beweglichkeit *f*

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (2003[5]:1237)

In der PatientInnenkommunikation:

Beweglichkeit, Mobilität

AG „Kollektive Patientenschulung“ (2013:16)

Definition:

„Grad der körperlichen Beweglichkeit eines Patienten“.

Wied/Warmbrunn(2003:447)

Definition für PatientInnen:

„Mit Mobilität bezeichnet man allgemein die Beweglichkeit oder Bewegungsfähigkeit.“

Biogen Idec (2014)

Kontext:

„Förderung und Verbesserung der Mobilität haben unter Berücksichtigung der Lebensqualität für alle Menschen mit einer Mobilitätseinschränkung oberste Priorität, sofern der Betroffene dies wünscht.“

Schmidt (2012²:20)

ENGLISCH

mobility

Shippee-Rice et al. (2012:287)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

mobility

Integra (2003:2)

Definition:

„to have purposeful movement of any part of the body“.

Shippee-Rice et al. (2012:287)

Definition für PatientInnen:

„Mobility is the ability to move the way your body is intended to move.“

Rosengart (2014)

Kontext:

„If problems with mobility and activity are identified, then a risk assessment should be carried out.“

Moore/Cowman (2012:24)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Mull *m*

Pschyrembel (2004[260]:1187)

Synonyme:

Gaze *f*

Pschyrembel (2004[260]:1187)

In der PatientInnenkommunikation:

Gaze, Mull

Feichter (2012)

Definition:

„weitmaschiges Gewebe aus entfetteter Baumwolle zur Haut- u. Wundreinigung, für Tamponaden u. Verbände".

Pschyrembel (2004[260]:1187)

Definition für PatientInnen:

„Mull oder Gaze ist ein fein- bis grobmaschiges Baumwollgewebe, das in steriler oder unsteriler Form erhältlich ist. Es wird für Tamponaden und Kompressen (mehrere Gazeschichten übereinander) verwendet, z.B. als Schutz der Wunde, zum Aufsaugen von Wundsekret oder für infizierte Wunden. Mit Gaze werden auch Wundränder gereinigt und Wunden ausgewischt."

Feichter (2012)

Kontext:

„Großflächigere Hautverletzungen wie Schürfwunden müssen mit einer keimfreien Wundauflage aus Mull oder einem Verbandtuch (Apotheke) bedeckt werden."

Dickhaut/Sälzer (2005:167)

ENGLISCH

gauze

Stedman (2000[27]:734)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

gauze

SickKids (o. J.:4)

Definition:

„A bleached cotton cloth of plain weaves used for dressings, bandages and absorbent sponges".

Stedman (2000[27]:734)

Definition für PatientInnen:

„Thin, loosely woven cloth used for dressings and swabs".

Oxford University Press (2014)

Kontext:

„Wounds were cleansed with sterile water and water-soaked gauze, and the ointment or gum preparation was applied directly to the wound."

Ramund/Gray (2008:276)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Nekrose *f*

Wied/Warmbrunn (2003:464)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Nekrose

Actelion Pharmaceuticals (2008:49)

Definition:

„Mit Nekrose wird das Absterben von Zellen oder Geweben im lebenden Organismus bezeichnet."

Allgemeine Krankheitslehre und Innere Medizin für Physiotherapeuten)

Definition für PatientInnen:

„Medizinisch ist das Absterben einzelner oder mehrerer Zellen an lebenden Organismen gemeint."

Actelion Pharmaceuticals (2008:49)

Kontext:

„Zum Teil sind die einen Komplikationen von den anderen gar nicht zu trennen, wie beispielsweise die Wachstumsstörung von der Nekrose."

Rösch (2007:68)

ENGLISCH

necrosis

Elsevier Gezondheitszorg et al. (2005:154)

Synonyme:

sphacelation

Reuter/Reuter (1996:524)

In der PatientInnenkommunikation:

necrosis

Ontario Ministry of Agriculture, Food & Rural Affairs (2009)

Definition:

„Pathologic death of one or more cells, or of a portion of tissue or organ".

Stedman (2000[27]:1185)

Definition für PatientInnen:

„Death of cells or tissue"

Ontario Ministry of Agriculture, Food & Rural Affairs (2009)

Kontext:

„Necrosis from hepatotoxic chemicals can occur within distinct zones in the liver, be distributed diffusely, or occur massively."

Roberts et al. (2000²:117)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

persistierend

Pschyrembel (2004[260]:1398)

Synonyme:

persistent

Pschyrembel (2004[260]:1398)

In der PatientInnenkommunikation:

anhaltend, dauernd, persistierend

Krause/Anders (2003:4), Land Salzburg et al. (2007:12), Jünemann (2013:8)

Definition:

„anhaltend, dauernd".

Pschyrembel (2004[260]:1398)

Definition für PatientInnen:

„anhaltend".

Österreichisches Wörterbuch (2006[40]:493)

Kontext:

„Die Druckzone erscheint bei wenig pigmentierter Haut als eine umschriebene, persistierende Rötung (Erythem), wohingegen bei dunkleren Hauttönen, die Druckzone in persistierenden roten, blauen oder violetten Hauttönen, ohne Hautverlust, erscheint."

BMG (2014:398)

ENGLISCH

persistent

Collins (2001³:337)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

persistent

National Rosacea Society(2014)

Definition:

„which continues for some time".

Collins (2001³:337)

Definition für PatientInnen:

„Continuing to exist; enduring".

Landau et al. (2004:541)

Kontext:

"Persistent facial redness is the most common individual sign of rosacea, and may resemble a blush or sunburn that does not go away."

National Rosacea Society(2014)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Prophylaxe *f*

Pschyrembel (2004[260]:1483)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Prophylaxe, Vorbeugung *f*

AG „Kollektive Patientenschulung“ (2013:34), Land Salzburg et al. (2007:63)

Definition:

„Verhütung von Krankheiten, Vorbeugung“.

Pschyrembel (2004[260]:1483)

Definition für PatientInnen:

„Unter Prophylaxe versteht man Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten.“

AG „Kollektive Patientenschulung“ (2013:34)

Kontext:

„Die ständige Ermunterung zur Bewegung ist ein wichtiger Teil der Prophylaxe.“

Vollmar et al. (2005)

ENGLISCH

prophylaxis

Martin (2004[4]:393)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

prevention, prophylaxis

Victorian Quality Council (2004:9)

Definition:

„any means taken to prevent disease“.

Martin (2004[4]:393)

Definition für PatientInnen:

„The prevention of disease.“

Grifols (2014)

Kontext:

„Prophylaxis is primarily designed to prevent incremental renal damage with each episode of pyelonephritis that may ultimately lead to renal failure later in life.“

Bradley (2012[4]:75)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

proteolytische Enzyme *n, pl*
Könighoff/Brandenburger (2007²:98)

Synonyme:
Proteasen *f, pl*
Könighoff/Brandenburger (2007²:98)

In der PatientInnenkommunikation:
eiweißspaltende Enzyme, Proteasen
Köhler/Blanck (2009)

Definition:
„Enzyme, die Proteine abbauen".
Könighoff/Brandenburger (2007²:98)

Definition für PatientInnen:
„eiweißspaltende Enzyme".
Köhler/Blanck (2009)

Kontext:
„Proteolytische Enzyme (u.a. Kollagenasen) im Speichel der Maden tragen abgestorbenes Gewebe und Beläge selektiv ab."
Vossen et al. (2005:42)

ENGLISCH

proteolytic enzymes *pl*
(Kent 2006³:442)

Synonyme:
proteases *pl*, proteinases *pl*
(Kent 2006³:442)

In der PatientInnenkommunikation:
proteases, proteolytic enzymes
Hefferson (2011)

Definition:
[Enzymes] „catalysing the breakdown of proteins."
(Kent 2006³:442)

Definition für PatientInnen:
„Proteolytic enzymes, also referred to as ‚proteases' are enzymes that break down proteins into their smallest elements."
Hefferson (2011)

Kontext:
„Release of proteolytic enzymes from the margin of the lesion or secondary bacterial infectionn resulting in epithelial ulceration and granulation tissue formation may be responsible for bone erosion."
Hoeffner (2011:33)

Kategorie:
Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Reibung *f*

Reger et al. (2010:11)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Reibung

Vollmar et al. (2005)

Definition:

„Reibung ist definiert als die Kraft, die der relativen Bewegung von zwei Objekten widersteht, die sich berühren".

Reger et al. (2010:11)

Definition für PatientInnen:

„Reibung bedeutet, dass sich zwei Oberflächen gegeneinander bewegen. Dies kann bei einer schlechten Hebetechnik passieren, zum Beispiel wenn ein komplett gelähmter Patient aus dem Bett gehoben wird."

Vollmar et al. (2005)

Kontext:

„Die einzige Möglichkeit, um Dekubitus zu verhindern, ist die Reduktion oder Vermeidung von Reibung und Druck auf den gefährdeten Hautstellen."

Eckstein (2007: 53)

ENGLISCH

friction

Berridge/Liddle (2010:294)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

friction, rubbing, scraping

University of Southern California/Rancho Lifestyle Redesign (2013)

Definition:

„Friction develops as one surface moves across another surface, for example the patient's skin sliding across the bedsheet."

Berridge/Liddle (2010:294)

Definition für PatientInnen:

„Friction is the resistance to motion. It may occur when the skin is dragged across a surface, such as when you change position or a care provider moves you."

Mayo Clinic (2014)

Kontext:

„Repeated friction can increase the risk of pressure ulcers."

Victorian Quality Council (2004:4)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Ringer-Lösung *f*

Wagenseil (2010:20)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Ringer-Lösung

Omneda (2014)

Definition:

„isotone Salzlösung (Natrium-, Kalium- u. Calciumchlorid)“.

Pschyrembel (2004[260]:1588)

Definition für PatientInnen:

„Diese Lösung besitzt eine ähnliche Salzkonzentration wie die Körperflüssigkeiten.“

Omneda (2014)

Kontext:

„Sollte die Sekretion gering sein, empfiehlt es sich, die Wunde vorher mit etwas physiologischer NaCl-Lösung oder Ringer-Lösung anzufeuchten, da diese Strukturen feucht gehalten werden müssen.“

Wagenseil (2010:20)

ENGLISCH

Ringer’s solution

Shai/Maibach (2005:114)

Synonyme:

Ringer’s mixture, Ringer solution

Martin (2004[4]:422), Stedman (2000[27]:1654)

In der PatientInnenkommunikation:

Ringer’s solution

Murray/Murray (1999)

Definition:

[A solution] „resembling the blood serum in ist salt constituents; it contains 8.6g of NaCl, 0.3g of KCl, and 0.35g of $CaCl_2$ in each 1000 mL distilled water“.

Stedman (2000[27]:1654)

Definition für PatientInnen:

„a mixture of water and chemicals similar to a blood serum“.

Murray/Murray (1999)

Kontext:

„The presence of Ringer's solution results in a moist environment that is essential for the wound repair process.“

Shai/Maibach (2005:114)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Scherkräfte *f, pl*

Reger et al. (2010:11)

Synonyme:
Scherbeanspruchung *f*
Reger et al. (2010:11)

In der PatientInnenkommunikation:
Scherkräfte
Vollmar et al. (2005)

Definition:
„Eine Scherbeanspruchung resultiert aus dem Aufbringen von Kraft parallel (tangential) zur Oberfläche eines Objekts, während die Basis des Objekts fest steht."
Reger et al. (2010:11)

Definition für PatientInnen:
„Die Kräfte, die wirken, wenn man Hautpartien in verschiedene Richtungen gegeneinander verschiebt. Beispiel: An die Bettkante rutschen – Der Körper bewegt sich in Richtung Bettkante, ein Teil der Haut jedoch wird durch die Reibung des Bettlakens am Bett ‚festgehalten'."
DRK Krankenhaus GmbH Saarland (2008:17)

Kontext:
„Bei der Entstehung der Wundfläche kommen unterschiedliche Faktoren zusammen: der Zustand der Haut, der Allgemeinzustand und die Mobilität (Beweglichkeit) des Patienten und zusätzlich Reibung, Scherkräfte und Druck, die auf die Haut einwirken."
Vollmar et al. (2005)

ENGLISCH

shear

Stedman (2000[27]:1627)

Synonyme:
shear force, shearing force
Kent (2006[3]:496), Martin/McFerran (2014[6])

In der PatientInnenkommunikation:
sliding force, shear
Victorian Qualit Council (2004:4)

Definition:
„The distortion of a body by two oppositely directed parallel forces."
Stedman (2000[27]:1627)

Definition für PatientInnen:
„Shear occurs when two surfaces move in the opposite direction. For example, when a hospital bed is elevated at the head, you can slide down in bed."
Mayo Clinic (2014)

Kontext:
„Although unrelieved pressure is the main cause of pressure ulcers, a combination of other factors such as friction (from rubbing, dragging) and shear (sliding down the bed) can also contribute to skin damage leading to a pressure ulcer."
Victorian Qualit Council (2004:4)

Kategorie:
Pathologie

DEUTSCH

Sensibilität *f*

Pschyrembel (2013[265]:1950)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Sensiblität

Almirall (2013)

Definition:

„Wahrnehmung verschiedener Reize".

Pschyrembel (2013[265]:1950)

Definition für PatientInnen:

„Sensiblität ist definiert als die Fähigkeit unseres Nervensystems, über unsere fünf Sinne (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und Tasten) Veränderungen in unserer Umgebung und unserem Körper wahrzunehmen."

Almirall (2013)

Kontext:

„Die Hauptkomplikation der Operation einer Dupuytren'schen Erkrankung stellt die Gefahr einer Gefäss- oder Nervenschädigung dar, insbesondere bei sehr starken Beugezuständen des Fingermittelgelenkes. Gefässschäden können zu einer Durchblutungsproblematik des Fingers führen, Nervenschädigungen können die Sensibilität des Fingers beeinträchtigen."

Spital Bülach (o. J.:3)

ENGLISCH

sensitivity

Stedman (2000[27]:917)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

sensitivity

Radner (2014)

Definition:

„The ability to appreciate by one or more senses."

Stedman (2000[27]:917)

Definition für PatientInnen:

„the ability to react to senses".

Idaho Public Television (2014)

Kontext:

„Experiments have demonstrated that fetal sensitivity to touch begins as early as week 8 of pregnancy."

Radner (2014)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Spalthauttransplantat *n*

Kimmig/Hadschiew (2010[7]:53)

Synonyme:

Spalthaut *f*

Kimmig/Hadschiew (2010[7]:53)

In der PatientInnenkommunikation:

Spalthaut, Spalthauttransplantat

Sinis (o. J.), Beyermann (o. J.)

Definition:

„Hauttransplantat aus Epidermis und oberster Dermisschicht."

Kimmig/Hadschiew (2010[7]:53)

Definition für PatientInnen:

„Dabei werden nur die obersten Schichten der Haut verpflanzt."

Beyermann (o. J.)

Kontext:

„Spalthauttransplantate werden mit speziellen Entnahmegeräten z.B. am Oberschenkel entnommen und anschließend in die Wunde verpflanzt."

Krankenhaus Landshut-Achdorf (o. J.)

ENGLISCH

split thickness skin graft

Tiwari/Mishra (2012:93)

Synonyme:

split skin graft, partial thickness skin graft

Gupta (2009:52,) Tiwari/Mishra (2012:93)

In der PatientInnenkommunikation:

split skin graft

Royal Children's Hospital Melbourne (o. J.)

Definition:

„Includes epidermis and part of dermis."

Tiwari/Mishra (2012:93)

Definition für PatientInnen:

„A split skin graft" [...] "is a very thin shaving of normal skin".

Royal Children's Hospital Melbourne (o. J.)

Kontext:

„A split thickness skin graft (STSG) may vary in thickness from what is virtually a whole skin graft to one which is almost epidermal."

Gupta (2009:15)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Stuhlinkontinenz *f*

Wied/Warmbrunn (2003:627)

Synonyme:

Incontinentia alvi *f*, anorektale Inkontinenz, Darminkontinenz

Wied/Warmbrunn (2003:627), Reuter (2005²:910)

In der PatientInnenkommunikation:

Stuhlinkontinenz

FSW (2014³:5)

Definition:

„Unvermögen, den Stuhl willkürlich oder reflektorisch zurückzuhalten."

Wied/Warmbrunn (2003:627)

Definition für PatientInnen:

„Stuhlinkontinenz bedeutet den unkontrollierten Verlust von Darminhalt."

FSW (2014³:5)

Kontext:

„Die Aussichten, Stuhlinkontinenz erfolgreich zu behandeln, sind sehr gut."

FSW (2014³:7)

ENGLISCH

fecal incontinence

McCloskey Dochterman/Bulechek (2004[4]:560)

Synonyme:

anal incontinence, bowel incontinence, incontinence of the bowels

Oxford University Press (2010[8]), McCloskey Dochterman/Bulechek (2004[4]:560)

In der PatientInnenkommunikation:

bowel incontinence, fecal incontinence, loss of bowel control

Victorian Quality Council (2004:9)

Definition:

„inability to retain the stools".

Marcovitch (2010[42]:198)

Definition für PatientInnen:

„the inability to control bowel movements, causing stool (feces) to leak unexpectedly from the rectum".

Mayo Clinic (2012)

Kontext:

„Common causes of fecal incontinence include diarrhea, constipation, and muscle or nerve damage."

Mayo Clinic (2012)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Subkutis *f*

Pschyrembel (2004[260]:1756)

Synonyme:

Hypodermis *f*, Tela subcutanea *f*,Unterhaut *f*

Pschyrembel (2004[260]:1756)

In der PatientInnenkommunikation:

Unterhaut

Stadler (2012:6)

Definition:

„Gewebeschicht mit Bindegewesepten, in die traubenförmige Fettzellhaufen, Blutgefäße u. Nerven eingelagert sind."

Pschyrembel (2004[260]:1756)

Definition für PatientInnen:

„Die Unterhaut (Subcutis) besteht vorwiegend aus Fett- und Bindegewebe."

Österreichische Apothekerkammer/Gesundheitsressort der Stadt Wien (2005)

Kontext:

„Je tiefer ein Knoten oder Tumor in der Dermis bzw. Subkutis liegt, desto schwerer ist er abgrenzbar und umso weniger ist seine Eigenfarbe an der Hautoberfläche zu erkennen."

Höger (2011³:144)

ENGLISCH

subcutis

Reuter/Reuter (1996:726)

Synonyme:

hypoderm, hypoderma, hypodermis, subcutaneous layer, subcutaneous tissue

Reuter/Reuter (1996:726), Stratis Health (2007:16), Stedman (2000[27]:1715)

In der PatientInnenkommunikation:

subcutaneous layer, subcutaneous tissue

Integra (2003:4)

Definition:

„It is made up of dense connective and adipose tissue and houses major blood vessels, lymphatics and nerves."

Kneedler/Dodge (1994³:138)

Definition für PatientInnen:

„Refers to the layer of connective tissue and fat cells beneath the skin."

JK Secret Cosmeceutic (2011)

Kontext:

"As a consequence of the normal anatomy of the subcutis, the anatomical classification of disorders of the subcutis classically has been divided into those primarily affecting the septa and those that primarily affect the fat lobules. "

McNutt/Fung (2010:82)

Kategorie:

Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Thrombus *m*

Reuter (2005²:942)

Synonyme:

Blutpfropf *m*

Reuter (2005²:942)

In der PatientInnenkommunikation:

Blutpfropf, Thrombus

LKH Leoben (2006)

Definition:

„in einem Blutgefäß entstandenes Blutgerinnsel“.

Reuter (2005²:942)

Definition für PatientInnen:

„Entsteht ein Blutgerinnsel innerhalb eines Blutgefäßes, spricht man von einem Thrombus.“

BMG (o. J.)

Kontext:

„Thromben im arteriellen System entstehen häufig auf dem Boden einer vorbestehenden Atheriosklerose, einem Aneurysma, oder einer Gefäßverletzung, oder durch eine embolische Verschleppung von thrombotischem Material, meist aus dem linken Herzen."

LKH Leoben (2006)

ENGLISCH

thrombus, thrombi *pl*

Brooker (2008[16]:477)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

thrombus

Myers (2006)

Definition:

„intravascular blood clot“.

Brooker (2008[16]:477)

Definition für PatientInnen:

„A thrombus is a hardened clump of blood within a blood vessel.“

Myers (2006)

Kontext:

„Resection of a level I or II thrombus requires early control of the renal artery, ligation of any lumbar veins, and venous control both proximal and distal to the thrombus as well as contralateral renal vein.”

Culp/Wood (2013:207)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Ulkus *m*, **Ulzera** *pl*

Wied/Warmbrunn (2003:659)

Synonyme:

Geschwür *n*

Wied/Warmbrunn (2003:659)

In der PatientInnenkommunikation:

Geschwür

Geriatrische Gesundheitszentren Graz (o. J.)

Definition:

„Substanzdefekt der Haut od. Schleimhaut (u. darüber hinausgehender Schichten)".

Pschyrembel (2004[260]:1872)

Definition für PatientInnen:

„Das Geschwür ist ein Gewebsdefekt, ein Substanzverlust der Haut oder der Schleimhaut, also eine Art Wunde."

Geriatrische Gesundheitszentren Graz (o. J.)

Kontext:

„Bei der Bandagierung von geschwollenen Beinen mit einem Ulkus wird zunächst die Wunde gesäubert und mit einer geeigneten Wundauflage abgedeckt."

Hafner et al. (o. J.:10)

ENGLISCH

ulcer

Ireland (2010c)

Synonyme:

ulcus

Reuter/Reuter (1996:776)

In der PatientInnenkommunikation:

ulcer

Core Charity (2011:2)

Definition:

„A break in the skin or mucosa so that the underlying connective tissue is exposed."

Ireland (2010c)

Definition für PatientInnen:

„An ulcer is the term used to describe a break in the lining of any part of the body."

Core Charity (2011:2)

Kontext:

„After cleansing, all ulcers were also dusted with a powder containing polymyxin B, bacitracin, and neomycin."

Ramundo/Gray (2008:276)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Ulzeration *f*

Pschyrembel (2004[260]:1875)

Synonyme:

Geschwürbildung *f*

Pschyrembel (2004[260]:1875)

In der PatientInnenkommunikation:

Geschwürbildung, Ulzeration

Stadler (2012:19), Scharf (o. J.)

Definition:

„Geschwürbildung".

Pschyrembel (2004[260]:1875)

Definition für PatientInnen:

„Bildung von Geschwüren".

Scharf (o. J.)

Kontext:

„Noch vor Erosion oder Ulzeration gehen Epithelien auf Basis eines chronischen Entzündungsreizes u. U. in einen völlig anderen Epitheltyp über: Metapasie."

Heinzeller/Büsing (2001:120)

ENGLISCH

ulceration

Stedman (2000[27]:1904)

Synonyme:

ulcer formation

Reuter/Reuter (1996:776)

In der PatientInnenkommunikation:

ulceration

EndoGastric Solutions (2014)

Definition:

„The formation of an ulcer".

Stedman (2000[27]:1904)

Definition für PatientInnen:

„Development of an ulcer".

EndoGastric Solutions (2014)

Kontext:

„Steroid drugs, such as prednisolone, are not thought to cause ulcers when taken alone, but seem to increase the risk of ulceration if taken in conjunction with NSAIDs and may be associated with ulceration caused by the condition for which the steroids themselves are prescribed."

Core Charity (2011:2)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Wechseldruckmatratze *f*

IGAP (2014a)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Wechseldruckmatratze

Langenstraß (2014)

Definition:

„Wechseldruckmatratzen bestehen aus verschieden angeordneten Luftkissen. Diese werden abwechselnd mit Luft aufgepumpt. Dadurch wird eine mehrfach stündlich wechselnde Druckentlastung geboten."

IGAP (2014a)

Definition für PatientInnen:

„Die Matratze sorgt dafür, dass der Körper nicht zu lange an derselben Stelle aufliegt. Dafür hat sie 20 mit Luft gefüllte Kammern, die an eine Pumpe angeschlossen sind. Durch gleichmäßiges Be- und Entlüften der Kammern wird die Position des Patienten kaum spürbar gegen Druckstellen wirksam verändert."

Langenstraß (2014)

Kontext:

„Wenn die Gefahr besteht, dass sich ein Druckgeschwür entwickeln könnte, sollten die Patienten nicht auf normalen Schaumstoffmatratzen liegen. Zu empfehlen sind Wechseldruckmatratzen und andere druckverteilende Matratzen."

Vollmar et al. (2005)

ENGLISCH

alternating pressure mattress

Hietanen (2006:7)

Synonyme:

alternating-pressure air mattress

Comerfold (2007:458)

In der PatientInnenkommunikation:

alternating pressure mattress

Rosenfeld Injury Lawyers (2014a)

Definition:

„Alternating-pressure air mattress involves alternating deflation and inflation of mattress tubes that changes areas of pressure."

Comerfold (2007:458)

Definition für PatientInnen:

„Alternating Pressure Mattresses consist of individual air tubes that automatically inflate and deflate on a set schedule which changes the pressures on a given point on the body."

HPFY Stores (2014)

Kontext:

„Experience has shown that even though the patient is informed about the beneficial effects of an alternating pressure mattress, the patient may not be willing to test such a mattress."

Hietanen (2006:7)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

Wunde *f*

Pschyrembel (2004[260]:1965)

Synonyme:

Vulnus *n*

Pschyrembel (2004[260]:1965)

In der PatientInnenkommunikation:

Wunde

Stadler (2012:33)

Definition:

„Krankhafter Zustand, bedingt Zellschädigung, Zerstörung oder Trennung von Körpergewebe verbunden mit einem Substanzverlust sowie einer Funktionseinschränkung."

Kamphausen et al. (2011[5]:623)

Definition für PatientInnen:

„Von einer Wunde wird gesprochen, wenn es zu einer Trennung/Unterbrechung zwischen den einzelnen Gewebeschichten kommt."

AOK (o. J.)

Kontext:

„Es bestehen die für Operationen typischen Risiken: Die Wunde kann sich entzünden oder nicht gut abheilen."

Stadler (2012:33)

ENGLISCH

wound

Hodges (2009a)

Synonyme:

defect

Hodges (2009a)

In der PatientInnenkommunikation:

wound

Victorian Quality Council (2004:10)

Definition:

„A defect/wound is an interruption in the anatomical and/or the functional integrity of a tissue."

Hodges (2009a)

Definition für PatientInnen:

"A wound is a disruption in the continuity of cells—anything that causes cells that would normally be connected to become separated."

Jackson/Kaczowski (2014)

Kontext:

„When circulation is poor wounds can take longer to heal."

Victorian Quality Council (2004:10)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Wundgrund *m*

Reinboth (2014:51)

Synonyme:
Wundbett
Eberlein et al. (2006:13)

In der PatientInnenkommunikation:
Wundgrund
Hafner et al. (o. J.:8)

Definition:
„Der Wundgrund ist als dasjenige Gewebe definiert, welches sich in der Wunde befindet."
Reinboth (2014:51)

Definition für PatientInnen:
–

Kontext:
„Mit dem Wundgrund verklebte Verbände dürfen nicht mit Gewalt entfernt werden."
Voggenreiter/Dold (2004:69)

ENGLISCH

wound bed

AAWC (2012:37)

Synonyme:
wound base
AAWC (2012:37)

In der PatientInnenkommunikation:
wound bed
Integra (2003:4)

Definition:
„Visible tissue at the base of the wound".
AAWC (2012:37)

Definition für PatientInnen:
–

Kontext:
„The papain-urea ointment dissolved necrotic tissue more rapidly than did wounds treated by the collagenase ointment, resulting in significantly greater presence of granulation tissue in the wound bed."
Ramundo/Gray (2008:278)

Kategorie:
Anatomie/Physiologie

DEUTSCH

Wundheilung *f*

Pschyrembel (2004[260]:1965)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

Wundheilung

Wundzentrum Hamburg (2012:5)

Definition:

„physiol. Vorgänge zur Regeneration zerstörten Gewebes“.

Pschyrembel (2004[260]:1965)

Definition für PatientInnen:

„Wundheilung ist der Prozess, mit dem der Körper Wunden verschließt.“

MMI (2014)

Kontext:

„Schmerzen werden unterschiedlich und individuell wahrgenommen und wirken sich ungünstig auf die Wundheilung aus.“

Wundzentrum Hamburg (2012:16)

ENGLISCH

wound healing

Hodges (2009b)

Synonyme:

regeneration

Kumar et al. (2007[8]:58)

In der PatientInnenkommunikation:

wound healing

Drobowolski (2014)

Definition:

„Wound healing is the restoration of anatomical integrity to a traumatized tissue.“

Hodges (2009b)

Definition für PatientInnen:

„Wound healing is the process of the body regenerating and repairing injured tissue.“

Drobowolski (2014)

Kontext:

„Good nutrition plays a vital role in wound healing by working from the insides out.“

Victorian Quality Council (2004:11)

Kategorie:

Pathologie

DEUTSCH

Wundrand *n*

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008:137)

Synonyme:
Wundböschung
Eberlein et al. (2006:13)

In der PatientInnenkommunikation:
Wundrand
Wundzentrum Hamburg (2012:21)

Definition:
„unmittelbarer Übergang von der Wunde zur Umgebungshaut".
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008:137)

Definition für PatientInnen:
„Die Wundränder markieren den Grenzbereich der Wunde und damit den Übergang zum unverletzten Gewebe."
Antwerpes (2009)

Kontext:
„Wundrand und -umgebung sind durch Wundfeuchtigkeit aber auch Körperausscheidungen wie Schweiß, Urin und Stuhl gefährdet."
Wundzentrum Hamburg (2012:21)

ENGLISCH

wound margin

Stratis Health (2007:16)

Synonyme:
wound edge, wound margin
Moon (2014), O'Connor (2006)

In der PatientInnenkommunikation:
wound edge
Rosenfeld Injury Lawyers (2014a)

Definition:
„Edge or border of a wound."
Stratis Health (2007:16)

Definition für PatientInnen:
„Rim or border of a wound."
O'Connor (2006)

Kontext:
„A description of the wound margin condition may provide the clinician with information related to the wound's chronidty or wound-healing ability."
Hess (2008[6]:40)

Kategorie:
Pathologie

DEUTSCH

Wundverband *m*

Wied/Warmbrunn(2003:703)

Synonyme:

Wundauflage *f*

Vossen et al. (2005:42)

In der PatientInnenkommunikation:

Wundverband, Wundauflage

Hafner et al. (o. J.:8f.)

Definition:

„Der dabei anzulegende Wundverband hat dabei v.a. die Aufgabe, die Wunde vor mechanischer Belastung und vor dem Eindringen von Keimen zu schützen."

Striebel (2008:328)

Definition für PatientInnen:

„Verband" […] „auf einer Wunde".

Duden (2013)

Kontext:

„In der Regel werden Wundverbände bei sauberen Wundverhältnissen nach 24 h entfernt; die versorgte Wunde wird offen behandelt."

Willital/Holzgreve (2006[6]:474)

ENGLISCH

wound dressing

Rippon et al. (2007:76)

Synonyme:

dressing

Rippon et al. (2007:80)

In der PatientInnenkommunikation:

dressing

Integra (2003:5)

Definition:

„covering or bandage applied to a wound to protect it".

Collins (2001³:132)

Definition für PatientInnen:

„wound covering".

Orthotics & Prosthetics Labs (2014)

Kontext:

„Acrylic adhesives are commonly used in wound dressings since they provide a secure anchorage for dressings."

Rippon et al. (2007:82)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

135°-Lagerung *f*

Menche/Keller (2011[5]:509)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

135°-Lagerung

Krause/Anders (2003:8)

Definition:

„Ein Kopfkissen wird dem Patienten an die Seite gelegt, auf die er gedreht werden soll. Er wird über die 90°-Seitenlage bis auf das Kissen gedreht. Lagern Sie den Kopf separat auf einem kleinen Kissen und das oben liegende Bein auf ein Kopfkissen."

Schröder (2004[10]:195)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„Viele Menschen schlafen zeitlebens am liebsten in der 135°-Lagerung. Deshalb stellt sie häufig eine gute Alternative zur 30°-Lagerung dar."

Menche/Keller (2011[5]:510)

ENGLISCH

semi-prone position

Berridge/Liddle (2010:320)

Synonyme:

–

In der PatientInnenkommunikation:

semi-prone position

Simkin et al. (2010[4]:230)

Definition:

„Position the patient on their side with a small pillow placed beneath the head. Flex one knee towards their abdomen, with the other knee only slightly. Place one arm behind their body and the other in a comfortable position. Support the patient in this position with pillows as needed."

Berridge/Liddle (2010:320)

Definition für PatientInnen:

–

Kontext:

„If excessive fluid accumulates in the back of the throat and upper airways, it may be cleared by repositioning the patient onto one side or into a semi-prone position to endure posturall drainage, which may reduce gurgling."

Hutchinson (122)

Kategorie:

Prophylaxe/Therapie

DEUTSCH

30°-Lagerung *f*

Menche/Keller (2011[5]:509)

Synonyme:

30°-Schräglagerung, 30°-Seitenlagerung,
Schröder (2004[10]:194), Menche/Keller (2011[5]:509)

In der PatientInnenkommunikation:

30°-Lagerung
Krause/Anders (2003:7)

Definition:

„Bei dieser Lagerung wird entweder die rechte oder linke Gesäß- bzw. Körperhälfte belastet. Diese Stellen eignen sich zur Druckbelastung, da sie durch die Gewebemuskulatur gut abgepolstert sind und sich keine Knochenvorsprünge darunter befinden. Diese Stellung wird mit Hilfe von zwei großen Kissen erreicht, die auf die Hälfte (Schiffchen) gefaltet werden. Das erste wird rechts oder links der Wirbelsäule unter den Rücken gelegt, das zweite unter den entsprechenden Oberschenkel."
IGAP (2014b)

Definition für PatientInnen:

„Hierbei liegt die Belastung auf der rechten oder linken Körperhälfte. Zwei Kissen werden jeweils auf die Hälfte gefaltet und unter den rechten oder linken Teil des Rückens und unter das passende Bein geschoben."
DRACO (2010:8)

ENGLISCH

30° tilt

Moore/Cowman (2012:22)

Synonyme:

30° repositioning technique
Moore/Cowman (2012:23)

In der PatientInnenkommunikation:

30° side tilt
Victorian Quality Council (2004:6)

Definition:

„When the patient is on their side," […] „have the patient rest their weight on their buttocks and use a pillow or foam wedge to matain the position (a 30 degree tilt). This position ensures that no pressure is placed on the trochanter or sacrum. Also, a pillow placed between the knees or ankles minmises the pressure exterted when one limb lies on top of the other."
Berridge/Liddle (2010:299)

Definition für PatientInnen:

„When you lie down, your headrest and foot section of the bed should be level. Your body should be tilted slightly to the side (around a 30° angle) and supported with pillows. This will remove pressure from your tail bone and your hips and put the pressure on a more fleshy part of your bottom."
Victorian Quality Council (2004:6)

Kontext:
„Viele Menschen schlafen zeitlebens am liebsten in der 135°-Lagerung. Deshalb stellt sie häufig eine gute Alternative zur 30°-Lagerung dar.“
Menche/Keller(2011[5]:510)

Kontext:
„The 30° tilt and three-hourly repositioning makes a statistically significant difference to pressure ulcer incidence compared with standard care, and is of value to adopt within the clinical setting.
Moore/Cowman (2012:24)

Kategorie:
Prophylaxe/Therapie

5.3 Index

5.3.1 Deutsch alphabetisch

Ader	38	Inkontinenz	61
Adipositas	35	intravasal	62
anhaltend	72	intravaskulär	62
anorektale Inkontinenz	80	Ischämie	63
Ansteckung	59	Kachexie	64
Antibiotika	36	Kapillare	65
Antiseptika	37	Kollagenase	66
Aufweichen	68	krankhaftes Übergewicht	35
Auszehrung	64	Lagerung	67
Beweglichkeit	69	Lagerungswechsel	67
Biokatalysator	47	Lageveränderung	67
Blase	39	Lagewechsel	67
Blasenschwäche	55	Lederhaut	44
Blutgefäß	38	Maceratio	68
Blutkapillare	65	Mangeldurchblutung	63
Blutleiter	38	Mazeration	68
Blutpropf	82	Minderdurchblutung	63
Bulla	39	Mobilität	69
Cachexia	64	Mull	70
chirurgische Wundreinigung	40	Muskelhaut	52
chirurgische Wundtoilette	40	Nekrose	71
chirurgisches Débridement	40	Oberhaut	49
chronische Wunde	41	Obesiät	35
Corium	44	persistent	72
Darminkontinenz	80	persistierend	72
dauernd	72	Positionierung	67
Débridement	42	Prophylaxe	73
Dekubitalgeschwür	43	Proteasen	74
Dekubitalulkus	43	proteolytische Enzyme	74
Dekubitus	43	Reibung	75
Dermis	44	Ringer-Lösung	76

Druck	45	Rötung	50
Druckgeschwür	43	Sauerstoffmangel im Gewebe	58
eiweißspaltende Enzyme	74	Scherbeanspruchung	77
Entzündung	46	Scherkräfte	77
Enzym	47	Sensibilität	78
enzymatische Wundreinigung	48	Spalthaut	79
enzymatisches Débridement	48	Spalthauttransplantat	79
Epidermis	49	starkes Übergewicht	35
Erythem	50	Stuhlinkontinenz	80
Erythema	50	Subkutis	81
Exsudat	51	Tela subcutanea	81
Fascia	52	Thrombus	82
Faszie	52	Ulkus	83
Ferment	47	Ulzeration	84
Fettleibigkeit	35	Umlagerung	67
Fettsucht	35	Unbeweglichkeit	60
Gaze	70	Unterhaut	81
Geschwür	83	Urininkontinenz	55
Geschwürbildung	84	Vas capillare	65
Gewebe	53	Vorbeugung	73
Granulationsgewebe	54	Vulnus	86
Haargefäß	65	Wechseldruckmatratze	85
Harninkontinenz	55	Wundauflage	90
Hautblase	39	Wundbett	87
Hautrötung	50	Wundböschung	89
Hauttransplantation	56	Wunde	86
Hautverpflanzung	56	Wundgrund	87
Hydrogelkompresse	57	Wundheilung	88
Hydrogelverband	57	Wundliegen	43
Hypodermis	81	Wundrand	89
Hypoxie	58	Wundreinigung	42
Immobilität	60	Wundsekret	51
in den Gefäßen	62	Wundtoilette	42
Incontinentia	61	Wundverband	90
Incontinentia alvi	80	135°-Lagerung	91
Infektion	59	30°-Lagerung	92
Inflammatio	46	30°-Schräglagerung	92
Inflammation	46	30°-Seitenlagerung	92

5.3.2 Englisch alphabetisch

adiposity	35	intravascular	62
adposis	35	ischemia	63
alternating pressure mattress	85	loss of bladder control	55
alternating-pressure air mattress	85	loss of bowel control	80
anal incontinence	80	maceration	68
antibiotics	36	mobility	69

antiseptics	37	necrosis	71
bed sore	43	obesity	35
biocatalyst	47	oxygen starvation	58
biocatalyzer	47	partial thickness skin graft	79
blister	39	persistent	72
blood vessel	38	porteinases	74
bowel incontinence	80	position change	67
bulla	39	positioning	67
cachexia	64	pressure	45
cachexy	64	pressure sore	43
capillary	65	pressure ulcer	43
capillary vessel	65	prevention	73
chemical debridement	48	prophylaxis	73
chronic wound	41	proteases	74
collagenase	66	proteolytic enzymes	74
corium	44	redness	50
debridement	42	regeneration	88
decubital ulcer	43	repositioning	67
decubitus	43	Ringer's mixture	76
decubitus ulcer	43	Ringer's solution	76
defect	86	rubbing	75
derma	44	scraping	75
dermis	44	semi-prone position	91
drainage	51	sensitivity	78
dressing	90	sharp debridement	40
enzymatic debridement	48	shear	77
enzymatic wound debridement	48	shear force	77
enzyme	47	shearing force	77
enzyme debriding dressing	48	skin graft	56
epiderm	49	skin redness	50
epiderma	49	sphacelation	71
epidermis	49	split skin graft	79
erythema	50	split thickness skin graft	79
exudate	51	subcutaneous layer	81
fascia	52	subcutaneous tissue	81
fecal incontinence	80	subcutis	81
friction	75	surgical debridement	40
gauze	70	throumbus	82
granulation tissue	54	tissue	53
hydrogel	57	ulcer	83
hydrogel dressing	57	ulcer formation	84
hydrogel wound dressing	57	ulceration	84
hypoderm	81	ulcus	83
hypoderma	81	urinary incontinence	55
hypodermis	81	wasting syndrom	64
hypoemia	63	wound	86

hypoxia	58	wound base	87
immobility	60	wound bed	87
in the vessels	62	wound dressing	90
incontinence	61	wound edge	89
incontinence of the bowels	80	wound healing	88
incontinence of urine	55	wound margin	89
incontinentia	61	30° repositioning technique	92
infection	59	30° side tilt	92
inflammation	46	30° tilt	92

5.3.3 Deutsch nach Begriffsfeldern

5.3.3.1 Anatomie/Physiologie

Ader	38	in den Gefäßen	62
Beweglichkeit	69	intravasal	62
Blutgefäß	38	intravaskulär	62
Blutkapillare	65	Kapillare	65
Blutleiter	38	Lederhaut	44
Corium	44	Mobilität	69
Dermis	44	Muskelhaut	52
Epidermis	49	Oberhaut	49
Fascia	52	Sensibilität	78
Faszie	52	Subkutis	81
Gewebe	53	Tela subcutanea	81
Haargefäß	65	Unterhaut	81
Hypodermis	81	Vas capillare	65

5.3.3.2 Pathologie

Adipositas	35	Infektion	59
anhaltend	72	Inflammatio	46
anorektale Inkontinenz	80	Inflammation	46
Ansteckung	59	Inkontinenz	61
Aufweichen	68	Ischämie	63
Auszehrung	64	Kachexie	64
Blase	39	krankhaftes Übergewicht	35
Blasenschwäche	55	Maceratio	68
Blutpropf	82	Mangeldurchblutung	63
Bulla	39	Mazeration	68
Cachexia	64	Minderdurchblutung	63
chronische Wunde	41	Nekrose	71
Darminkontinenz	80	Obesiät	35
dauernd	72	persistent	72
Dekubitalgeschwür	43	persistierend	72
Dekubitalulkus	43	Reibung	75
Dekubitus	43	Rötung	50
Druck	45	Sauerstoffmangel im Gewebe	58

Druckgeschwür	43	Scherbeanspruchung	77
Entzündung	46	Scherkräfte	77
Erythem	50	starkes Übergewicht	35
Erythema	50	Stuhlinkontinenz	80
Exsudat	51	Thrombus	82
Fettleibigkeit	35	Ulkus	83
Fettsucht	35	Ulzeration	84
Geschwür	83	Unbeweglichkeit	60
Geschwürbildung	84	Urininkontinenz	55
Granulationsgewebe	54	Vulnus	86
Harninkontinenz	55	Wundbett	87
Hautblase	39	Wundböschung	89
Hautrötung	50	Wunde	86
Hypoxie	58	Wundgrund	87
Immobilität	60	Wundheilung	88
Incontinentia	61	Wundliegen	43
Incontinentia alvi	80	Wundrand	89

5.3.3.3 Prophylaxe/Therapie

Antibiotika	36	Lagewechsel	67
Antiseptika	37	Mull	70
Biokatalysator	47	Positionierung	67
chirurgische Wundreinigung	40	Prophylaxe	73
chirurgische Wundtoilette	40	Proteasen	74
chirurgisches Débridement	40	proteolytische Enzyme	74
Débridement	42	Ringer-Lösung	76
eiweißspaltende Enzyme	74	Spalthaut	79
Enzym	47	Spalthauttransplantat	79
enzymatische Wundreinigung	48	Umlagerung	67
enzymatisches Débridement	48	Vorbeugung	73
Ferment	47	Wechseldruckmatratze	85
Gaze	70	Wundauflage	90
Hauttransplantation	56	Wundreinigung	42
Hautverpflanzung	56	Wundtoilette	42
Hydrogelkompresse	57	Wundverband	90
Hydrogelverband	57	135°-Lagerung	91
Kollagenase	66	30°-Lagerung	92
Lagerung	67	30°-Schräglagerung	92
Lagerungswechsel	67	30°-Seitenlagerung	92
Lageveränderung	67		

5.3.4 Englisch nach Begriffsfeldern

5.3.4.1 Anatomie/Physiologie

capillary	65	hypoderma	81
capillary vessel	65	hypodermis	81
corium	44	in the vessels	62

derma	44	intravascular	62
dermis	44	mobility	69
epiderm	49	sensitivity	78
epiderma	49	subcutaneous layer	81
epidermis	49	subcutaneous tissue	81
fascia	52	subcutis	81
hypoderm	81	tissue	53

5.3.4.2 Pathologie

adiposity	35	loss of bowel control	80
adposis	35	maceration	68
anal incontinence	80	necrosis	71
bed sore	43	obesity	35
blister	39	oxygen starvation	58
bowel incontinence	80	persistent	72
bulla	39	pressure	45
cachexia	64	pressure sore	43
cachexy	64	pressure ulcer	43
chronic wound	41	redness	50
debridement	42	regeneration	88
decubital ulcer	43	rubbing	75
decubitus	43	scraping	75
decubitus ulcer	43	shear	77
defect	86	shear force	77
drainage	51	shearing force	77
erythema	50	skin redness	50
exudate	51	sphacelation	71
fecal incontinence	80	throumbus	82
friction	75	ulcer	83
granulation tissue	54	ulcer formation	84
hypoemia	63	ulceration	84
hypoxia	58	ulcus	83
immobility	60	urinary incontinence	55
incontinence	61	wasting syndrom	64
incontinence of the bowels	80	wound	86
incontinence of urine	55	wound base	87
incontinentia	61	wound bed	87
infection	59	wound edge	89
inflammation	46	wound healing	88
ischemia	63	wound margin	89
loss of bladder control	55		

5.3.4.3 Prophylaxe/Therapie

alternating pressure mattress	85	position change	67
alternating-pressure air mattress	85	positioning	67
antibiotics	36	prevention	73
antiseptics	37	prophylaxis	73

biocatalyst 47
biocatalyzer 47
blood vessel 38
chemical debridement 48
collagenase 66
dressing 90
enzymatic debridement 48
enzymatic wound debridement 48
enzyme 47
enzyme debriding dressing 48
gauze 70
hydrogel 57
hydrogel dressing 57
hydrogel wound dressing 57
partial thickness skin graft 79
porteinases 74
proteases 74
proteolytic enzymes 74
repositioning 67
Ringer's mixture 76
Ringer's solution 76
semi-prone position 91
sharp debridement 40
skin graft 56
split skin graft 79
split thickness skin graft 79
surgical debridement 40
wound dressing 90
30° repositioning technique 92
30° side tilt 92
30° tilt 92
position change 67

6 Zusammenfassung und Schlusswort

Die Transkulturalität stellt in der Arbeit der Pflege ein komplexes Phänomen dar, das von großer Wichtigkeit ist und das in Zukunft noch mehr von Bedeutung sein wird. Besagte Komplexität ergibt sich aus den verschiedensten Faktoren, die auf die Tätigkeit eine Pflegekraft einwirken. Dies reicht von Erschwernissen in der Kommunikation bis hin zu verschiedenen Wahrnehmungen von Pflege und Krankheit unter den Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund beschäftigt man sich in der Pflegewissenschaft seit etwa 60 Jahren mit dieser Thematik, wobei dies im deutschsprachigen Raum natürlich noch nicht so lange der Fall ist. In diesem Zeitraum sind verschiedene Theorien und Konzepte zu dieser Thematik entstanden. Diese haben dazu geführt, das Bewusstsein für Transkulturalität in der Pflege zu schärfen und einen Überblick über mögliche Probleme und eventuelle Lösungsansätze zu liefern. Natürlich sind hier gewisse Grenzen gesetzt, da jegliche Form von transkultureller Interaktion stets von individuellen und kontextuellen Faktoren bestimmt wird, die es in ihrer Gesamtheit unmöglich machen, ein allumfassendes und universell einsetzbares Konzept zu gestalten.

Da also bereits die Transkulturalität in der Pflege in all ihren Facetten von Komplexität geprägt ist, trifft dies natürlich auch auf einen ihrer Teilbereiche, die transkulturelle PatientInnenkommunikation, zu. Auch hier spielen verschiedenste Faktoren eine Rolle. Ob die Kommunikation zwischen Pflegekraft und PatientIn funktionieren kann, ist u. a. von den Muttersprachen der beiden Seiten, von deren Fremdsprachenkenntnissen (und deren Ausmaß), aber auch vom Bildungsniveau des Patienten oder der Patientin und seiner/ihrer *health literacy* (siehe Kapitel 1.1.2) abhängig. Das bedeutet, dass natürlich auch einen großes Potential für das Nichtfunktionieren vorhanden ist.

Sollte sich die Kommunikation mit einem Patienten oder einer Patientin als problematisch erweisen, gibt es verschiedenste Lösungsstrategien, die eine Pflegeperson einsetzen kann (siehe Kapitel 3). Natürlich würde es sich für viele Situationen empfehlen, auf professionelle DolmetscherInnen zurückzugreifen. Dies ist allerdings nur begrenzt möglich. Nicht immer ist ein/e DolmetscherIn zum gewünschten Zeitpunkt in der gewünschten Sprache verfügbar. Auch muss darauf hingewiesen werden, dass im Krankenhauskontext manchmal etwas sofort geklärt werden muss und dass es, vor allem in der Pflege, immer wieder nur kurze Kommunikationssituationen gibt, in denen es sich gar nicht rentieren würde, auf professionelle Sprachmittlung zurückzugreifen. In solchen Situationen könnten eventuell auf bi- bzw. multilinguales Personal oder Angehörige der PatientInnen aushelfen, aber auch diese sind nicht stets einsetzbar und sind auch aus bestimmten Gründen nicht die optimale Lösung. So fehlt beispielsweise den Angehörigen oft das notwendige Fachwissen, um erfolgreich dolmetschen zu können und den zwar fachlich ausgebildeten KollegInnen oft die notwendigen Termini in der zweiten Sprache. Auch gibt es in beiden Fällen das Problem, dass sowohl bei Angehörigen als auch bei Pflegekräften Schwierigkeiten auftauchen können, die notwendige Distanz einzunehmen, wie es ein/e professionelle/r DolmetscherIn tun kann.

Sollte gar keine Form der Sprachmittlung möglich sein, muss die Pflegekraft, abhängig von den Sprachkenntnissen auf beiden Seiten, eine kontextangepasste Sprache wählen, eventuell ergänzt durch non-verbale Aspekte und/oder diversen Hilfsmitteln. Ein solches Hilfsmittel kann das Glossar sein, das im Zuge dieser Arbeit erstellt wurde. Wie bereits angedeutet sind die Einsatzmöglickeiten eines solchen Glossars sehr eingeschränkt. Es kann und soll keine professionelle Sprachmittlung ersetzen. Es kann auch und soll auch nicht während des Gespräches mit PatientInnen eingesetzt werden. Doch wofür eignet sich dieses Glossar bzw. wofür würden sich ähnliche terminologische Arbeiten (zu anderen pflegerelevanten Themen) eignen?

Einer der Anwendungsbereiche liegt sicher in der Erstellung von schriftlichem Informationsmaterial, das PatientInnen und deren Angehörigen als zusätzliches Angebot zur Aufklärung dienen kann, ohne dabei die eigentliche Gesprächsarbeit des Personals zu ersetzen oder einzuschneiden (siehe auch Kapitel 3.4). Dies würde dann wohl eher den deutschsprachigen Teil dieses Glossars betreffen, wenn man davon ausginge, dass die Erstellung des englischsprachigen Informationsmaterials als Übersetzungsauftrag an einen externen Dienstleister weitergegeben würde, das deutsche Original aber hausintern erstellt werden würde. Hier könnte das Glossar eventuell Synonyme anbieten, die vielleicht nicht spontan einfallen und auch grundsätzlich einen Überblick geben, wie ein bestimmter Terminus für PatientInnen definiert werden könnte.

Einen zweiten Anwendungsbereich könnte das Glossar auf den Stationen selbst als Nachschlagewerk finden, mithilfe dessen sich eine Pflegeperson auf ein Gespräch vorbereiten, indem sie sich das eine oder andere Stichwort herausschreiben könnte. Auch könnten Pflegekräfte das Glossar für das Selbststudium verwenden, wenn sie das Gefühl haben, dass das beschriebene Thema von großer Bedeutung auf ihrer Station ist und sie sich nicht ausreichend auf Englisch zu besagtem Thema äußern können. Eventuell könnten auch Pflegekräfte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, auf dieses Glossar zugreifen, wenn sie z. B. stärker mit den Benennungen aus der fachinternen Sprache (aufgrund ihrer starken Verbreitung in den verschiedensten Sprachen) und weniger mit möglichen Synonymen vertraut sind.

Natürlich muss darauf hingewiesen werden, dass nicht immer in der Kommunikation mit PatientInnen eine der gelisteten Benennungen verstanden werden kann. Dies ist auf jeden Fall von den Sprachkenntnissen der jeweiligen Person abhängig. Sind diese stark eingeschränkt, könnte auch die Vorbereitung auf ein Gespräch wenig bis keinen Nutzen haben. Auch soll darauf hingewiesen werden, dass es bei PatientInnen mit einem bestimmten sprachlichen Hintergrund (z. B. mit einer romanischen Muttersprache) eventuell sinnvoller sein könnte, auf die Benennungen aus der fachinternen Kommunikation zurückzugreifen, wenn diese lateinischen Ursprungs sind.

Generell darf natürlich auch nicht vergessen werden, dass dieses Glossar nur als Beispiel für eine in ihrem Rahmen erweiterten Terminologiearbeit für die transkulturelle Kommunikation mit PatientInnen auf dem Gebiet der Pflege dienen soll und damit nur einen stark

eingeschränkten Bereich dieses Fachgebiets abdeckt. Es kann aber auch im Kleinen aufzeigen, was solche Terminologiearbeiten im Großen bzw. im Allgemeinen für den hier intendierten Zweck leisten könnte. Doch was genau könnte sie denn eigentlich wirklich leisten?

Um diese Frage zu beantworten, sollte zuerst darauf hingewiesen werden, dass schon seit langem zwei- oder mehrsprachige Wortlisten bzw. Spitalswörterbüchern in diversen Krankenhäuser vorhanden sind und dort zum Einsatz kommen. Wie diese aussehen und in welchem Ausmaß sie zur Anwendung kommen, könnte wohl nur im Rahmen einer eigenen Arbeit vor Ort in den Spitälern ermittelt werden, da nur wenige von ihnen außerhalb der Institutionen zugänglich sind und sie auch in der Literatur nur ein Randthema darstellen. Die wenigen Wortlisten bzw. Spitalswörterbücher aus dem deutschsprachigen Raum, zu denen ein Zugriff im Zuge der Recherche für die vorliegende Arbeit möglich war, enthielten meist zweisprachige (manchmal auch mehrsprachige) Auflistungen von Termini (eventuell inkl. Angabe von Genus bzw. in einigen Fällen auch Anmerkungen zur Aussprache) und/oder zweisprachige Darstellungen von Phrasen (vor allem Fragen), die beispielsweise für Anamnesegespräche geeignet sein könnten. Meist waren diese auch noch nach bestimmten Themengebieten (z. B. Neurologie, Labor etc.) gegliedert. Ebenfalls fiel auf, dass keines der betrachteten Hilfsmittel auf die Pflege spezialisiert war, sondern eher allgemein an das medizinische Personal in einem Krankenhaus oder speziell an Ärzte gerichtet war. Es war also kein Glossar, das dem in dieser Arbeit vorliegenden ähnelte, zu finden, wobei aber nochmals auf die mangelnde Auswahl der zu betrachtenden Hilfsmittel und damit auf die Möglichkeit eines unvollständigen Bildes hingewiesen werden muss.

Betrachtet man nun die beschriebenen Hilfsmittel und vergleicht sie mit dem Glossar, so sieht man, dass Glossare dieser Art solche Hilfsmittel ergänzen, aber aufgrund der fehlenden Phrasen bei weitem nicht ersetzen könnten. Sie würden den Pflegekräften zusätzliche sprachliche Alternativen zu den Benennungen in den Wortlisten liefern und ihnen ein Gefühl vermitteln, welche davon eher fachsprachlich und welche eher für die PatientInnen geeignet sein könnten. Auch könnten die Definitionen dabei helfen, Umschreibungen als zusätzliche Information zu den Benennungen zu bieten.

Geht man davon aus, dass solche Glossare ähnlich spezialisiert wie das vorliegende sein würden, hätten sie den zusätzlichen Nutzen, dass sie Termini abdecken würden, die man in solchen Wortlisten wohl nicht auffinden würde (z. B. 30°-Lagerung). Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass es vieler solcher Arbeiten bedürfe, um den Großteil der Themen in der Pflege abzudecken, was mit einem enormen Arbeitsaufwand verbunden wäre. Deswegen würden eine Station in einem Krankenhaus wohl nur auf die wenigen Themengebiete, auf die sie spezialisiert ist bzw. die von großer Bedeutung für sie sind, und nur auf eine sehr beschränkte Anzahl von Sprachenpaaren zurückgreifen würde.

Neben dem hohen Arbeitsaufwand ist noch auf andere Schwierigkeiten bzw. Problemstellungen bei der Erstellung solcher Glossare hinzuweisen, vor allem auf jene, die konkret im Zuge dieser Arbeit aufgetreten sind. An erster Stelle steht die Auswahl der Termini. Wäh-

rend hier ein Kapitel dieser Arbeit als Grundlage für die Erstellung des Glossars gewählt wurde, könnte in der Praxis diesbezüglich mit den jeweiligen Gesundheitsinstitutionen als Auftraggebern kooperiert werden. Die richtige Auswahl ist nicht nur deswegen von Bedeutung, weil man die wichtigsten Termini abdecken möchte, sondern weil es auch vorkommen kann, dass manchen Quellen eine Methode (z. B. in der Therapie) nennen, die andere wiederum als obsolet oder sogar als kontraindiziert betrachten. Ebenfalls als schwierig stellte sich die Suche nach den passenden Definitionen in Quellen für LaiInnen, die nicht in allen Fällen erfolgreich war. In der Praxis könnte man hier die Auftraggeberorganisation befragen, ob sie sich eine von der fachlichen Definition abgeleitete Zweitdefinition in kontrollierter Sprache vorstellen könnte. Ein weiteres Problem bei der Erstellung des vorliegenden Glossars stellte die Tatsache dar, dass für manche Termini im Deutschen keine oder nur kaum gebräuchliche Entsprechungen im Englischen vorhanden waren. Einer der Gründe dafür war, dass es manchmal im Englischen für einen Begriff keine Benennung gab. Ein Beispiel dafür wäre „Freilagerung“, das sich in vielen deutschsprachigen Texten zum Thema Dekubitus findet, in englischen Werken allerdings nur in Form von Umschreibungen auftritt. Einen weiteren Grund dafür stellt die Tatsache dar, dass es Praktiken im deutschsprachigen Raum gibt, die anscheinend im angloamerikanischen kaum oder keine Anwendung finden (z. B. die A-Lagerung). Solche Phänomene wären alle durchaus auch für andere Themengebiete der Pflege, auch hier muss diesbezüglich mit der jeweiligen Auftraggeberorganisation kommuniziert werden.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass Terminologiearbeiten in ähnlicher Gestaltung das Potential hätten, in der transkulturellen PatientInnenkommunikation ein weiteres Hilfsmittel, als Ergänzung zu den bereits vorhandenen, darzustellen und als solches eingesetzt zu werden. Dies bedeutet aber allerdings auch, dass deren Einsatzbereich relativ begrenzt ist, und daher von der Pflege bzw. von den Gesundheitsinstitutionen Feedback eingeholt werden müsste, ob das Interesse und der Bedarf überhaupt groß genug wären, um den in solchen Arbeiten gesteckten Aufwand rentabel zu machen. Den Grundstein dafür könnte im Rahmen einer (empirischen) Arbeit gelegt werden, deren Aufgabe einerseits sein könnte, zu erfragen, welche Arten von Hilfsmitteln (Wortlisten, Spitalswörterbüchern) in Fällen ohne eine der Form der Sprachmittlung zum Einsatz kommen, wie diese aussehen und wie oft sie verwendet werden, und andererseits den Bedarf für weiterer Hilfsmittel (z. B. Glossare in der Art dieser Arbeit) zu ermitteln.

Literaturverzeichnis

Monographien, Sammelbände, Artikel und Informationsmaterial

AAWC. 2012. *Quality of Care Wound Glossary*. Malvern: Association for the Advancement of Wound Care.

Adipositasverband Deutschland (Hg.) 2012². *Wegweiser bei Adipositas.* Bottrop: Adipositasverband Deutschland.

AG „Kollektive Patientenschulung". 2013. *Das Behandlungsteam informiert. Wissenswertes rund um Ihre Operation. Eine Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige.* Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg.

Anderl, Marion. 2012. *Language barriers in medical consultations? Doctors' beliefs about the role of English in doctor-patient communication in Vienna.* Universität Wien: Diplomarbeit.

Anderson, Douglas M.,/ Jefferson, Keith/Novak, Patricia/Elliott, Michelle A. 2000[29]. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary.* Philadephia/London/Toronto/Montreal/Sydney/Tokyo: Saunders.

Andrews, Margaret M. 2003[4]. Culturally Competent Nursing Care. In: Andrews, Marget M./Boyle, Joyceen S. (Hgg.) *Transcultural Concepts in Nursing Care.* Philadelphia/Baltimore/New York/London/Buenos Aires/Hong Kong/Sydney/Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.

APUPA. 2011. *Vorbeugung von Dekubitus. Informationsbroschüre für Betroffene und betreuende Personen.* Wien: Austrian Pressure Ulcer Prevention Association.

Assadian, O./Kramer, A./Piatek, S./Schulz, H.-U./Tautenhahn, J. 2006². Lokalbehandlung sekundär heilender Wunden. In: Lippert, Hans (Hg.) *Wundatlas. Kompendium der komplexen Wundbehandlung*. Stuttgart: Thieme, 85-92.

Bartholomeyczik, Sabine. 2005². Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege. In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hgg.) *Sprache und Pflege.* Bern: Huber, 19-32.

Bates-Jensen, Barbara. 2007³. Management by Wound Characteristics. In: Sussman, Carrie/Bates-Jensen, Barbara (Hgg.) *Wound Care. A Collaborative Practice Manual for Health Professionals.* Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 195-318.

Berger, Alfred/Hierner, Robert (Hgg.) 2005. *Plastische Chirurgie. Kopf und Hals.* Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Bergen, Peter. 2007². *Basiswissen Krankenhaushygiene*. Hannover: Kunz.

Berridge, Pat/Liddle, Catherine. 2010. *Fundamentals of nursing made incredibly easy!* London: Lippincott Williams & Wilkins.

Biesalski, Hans Konrad/Bischoff, Stepahn C./Puchstein, Christoph (Hgg.) 2010[4]. *Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer.* Stuttgart: Thieme.

Bischoff, Mark/Heisel, Jürgen/Locher, Hermann-Alexander. (Hgg.) 2007. *Praxis der konservativen Orthopädie*. Stuttgart: Thieme.

Bischoff, M./Kinzl, L./Mentzel M. 2007. Konservative Behandlung in der Unfallheilkunde. In: Bischoff, Mark/Heisel, Jürgen/Locher, Hermann-Alexander. (Hgg.) *Praxis der konservativen Orthopädie*. Stuttgart: Thieme, 372-397.

BMBF (Hg.) 2012. *Medikamente im Alter. Welche Wirkstoffe sind geeignet?* Berlin: BMBF.

BMG (Hg.) 2014. *Internationale statistische Klassifikation der Krank-heiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMG-Version 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bradley, John S. 2012[4]. Chemoprophylaxis. In: Long, Sarah S./Picker, Larry K./Prober, Charles. G. (Hgg.) *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 68-75.

Bristow, I./Turner, R. 2009[3]. Dermatogical Assessment. In: Yates, Ben. *Merriman's Assessment of the Lower Limb.* London: Churchill Livingstone, 164-201.

Brooker, Chris. 2008[16]. *Churchill Livingstone. Medical Dictionary.* Edinburgh/London/New york/Oxford/Philadelphia/St. Louis/Sydney/Toronto: Elsevier.

Bühlmann, Renate/Stauffer, Yvonne. 2007[2]. *Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege*. In: Domenig, Dagmar (Hg.) *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Huber, 275-285.

Busam, Klaus J. (Hg.) 2010. *Dermatopathology.* Philadelphia: Saunders.

Campbell, Steven C./Rini, Brian I. 2013. *Renal Cell Carcinoma. Clinical Management.* New York/Heidelberg/Dordrecht/London: Springer.

Children, Youth and Women's Health Service. o. J. *Chickenpox*. Adelaide: Government of South Australia.

Cohn, Stephen M. (Hg.) 2007. *Complications in Surgery and Trauma.* New York: Informa Healthcare.

Collin, Peter H. 2001[3]. *Dictionary of medicine.* Teddington: Collin.

Comerford, Karen C. 2007. *Fundamentals of Nursing Made Incredibly Easy!* Ambler: Lippincott Williams & Wilkins.

COPD-Deutschland. 2013. *Sauerstoff-Therapie … fördert die körperliche Belastbarkeit. Informationen für Betroffene und Interessierte.* Lindau: Crossmed.

Core Charity. 2011. *Information About Peptic Ulcers*. London: Core Charity.

Cornwall Foundation Trust. 2014. *Infection Prevention & Control. Working together to prevent the risk of infection.* St Austell: Cornwall Partnership NHS Foundation Trust.

Crohn's & Colitis Foundation of America. 2013. *Diet, Nutrition, and Inflammatory Bowel Disease.* New York: Crohn's & Colitis Foundation of America.

Culley, Lorraine. 1996. A critique of multiculturalism in health care: the challenge for nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 23, 564-570.

Culp, Stephen H./Wood, Cristopher G. 2013. Locally Advanced Renal Cell Carcinoma. In: Campbell, Steven C./Rini, Brian I. *Renal Cell Carcinoma. Clinical Management.* New York/Heidelberg/Dordrecht/London: Springer, 197-218.

Daintith, John (Hg.) 2004[5]. *Oxford Dictionary of Chemistry.* Oxford/New York: Oxford University Press.

Danzer, Susanne/Assenheimer, Bernd. 2007. *100 Fragen zur Wundbehandllung.* Hannover: Schültersche.

Darmann, Ingrid. 2000. *Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation.* Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

DEGS. 2012. *Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland 2012.* Berlin: Robert-Koch-Institut.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) 2004[2]. *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, 51-61.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg). 2008. *Sonderdruck Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse.* Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.

Deutschmann, Gerhard. 1994. *Pflege bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Wien/New York: Springer.

Deutschmann, Gerhard. 2005. *Die Haut und ihre Anhangsgebilde. Lehrbuch für Krankenpflegepersonal und andere Gesundheitsberufe.* Wien/New York: Springer.

DGfW. 2008[3]. *Sich regen bringt Segen. So schützen Sie sich vor Wundliegen. Ein Ratgeber für Angehörige und Betroffene.* Berlin: Congress compact.

Dickhaut, Sebastian/Sälzer, Sabine. 2005. *Leben. Das Hausbuch von GU.* München: Gräfe und Unzer.

Domenig, Dagmar (Hg.) 2007². *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Huber, 221-236.

Dornheim, Jutta. 1997. Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In: Uzarewicz, Charlotte/Piechotta, Gudrun (Hgg.) *Transkulturelle Pflege.* Berlin: VWB, 11-32.

DRACO. 2010. *Informationen zum Thema Dekubitus für Patienten und Angehörige.* Witten: DRACO.

Dreißig, Verena. 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus*. *Eine Studie zur Interation zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund.* Bielefeld: transcript.

DRK Krankenhaus GmbH Saarland. 2008. *Druckgeschwüre erkennen und vermeiden.* Saarlouis: DRK Krankenhaus GmbH Saarland.

Dröber, Angie/Vilwock, Ute/Anderson, Kenneth A./Anderson, Lois E. 2004³. *Springer Lexikon Pflege.* Wien/Berlin/Heidelberg: Springer.

Eckstein, Gerald. 2007. Alles für die Haut. In: Land Salzburg/SALK/Paracelsus-Universität Salzburg/Salzburger Gebietskrankenkasse. (Hg.) *Harninkontinenz. Fast immer heilbar*. Salzburg: Land Salzburg, Abteilung Soziales, 53.

Elsevier Gezondheitszorg/LEVV/Berning, Axel/Berning, Sonja. 2005. *Wörterbuch der Pflege. Englisch – Deutsch. Deutsch – Englisch.* München/Jena: Urban & Fischer.

FAA Civil Aerospace Medical Institute. 2004. *Hypoxia. The Higher You Fly… The Less Air In The Sky.* Oklahoma City: FAA.

Farrar, David (Hg.) 2011. *Advanced wound repair therapies*. Philadelphia: Woodhead.

Farrar, David. 2011. Introduction. In: Farrar, David (Hg.) *Advanced wound repair therapies*. Philadelphia: Woodhead.

FDA. o. J. *Preserve A Treasure. Know When Antibiotics Work.* Silver Spring: U.S. Department of Health and Human Services.

Feindt, Sybille. 2007. *Handbuch der podologischen Behandlungsmethoden.* München: Neuer Merkur.

Ferguson, Maree/Capra, Sandra/Bauer, Judy/Banks, Merrilyn. 1999. Development of a Valid and Reliable Malnutrition Screening Tool for Adult Acute Hospital Patients. *Nutrition* 15:6, 458-464.

Frey, Irmgard/Lübke-Schmid, Lenore/Wenzel, Walther (Hgg.) 2002[11]. *Krankenpflegehilfe. Alle Fächer für Ausbildung und Praxis.* Stuttgart/New York: Thieme.

Frischenschlager, Oskar. 2013. Was meint man mit Verständigung? In: Frischenschlager, Oskar/Hladschik-Kermer, Birgit (Hg.) *Gesprächsführung in der Medizin. Lernen, lehren, prüfen.* Wien: Facultas, 39-44.

Frischenschlager, Oskar/Hladschik-Kermer, Birgit (Hg.) 2013. *Gesprächsführung in der Medizin. Lernen, lehren, prüfen.* Wien: Facultas.

Fuchs-Buder, Thomas. 2008. *Neuromuskuläres Monitoring in Klinik und Forschung.* Heidelberg: Springer Medizin.

Füsgen, Ingrid/Füsgen, Ingo. 1996. *Chronische Wunden.* München: Quintessenz.

Giger, Joyce Newman/Davidhizar, Ruth. 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing.* 13:3, 185-188.

Granick, Mark S./Gamelli, Richard L. 2007. *Surgical Wound Healing and Management*. New York: Infroma Healthcare.

Granzow, Jay W./Boyd, J. Brian. 2010. Grafts, Local and Regional Flaps. In: Siemionow, Maria Z./Eisenmann-Klein, Marita (Hgg.) *Plastic and Reconstructive Surgery*. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer, 65-88.

Great Ormond Street Hospital. 2004. *Vasculitis. Information for patients and families.* London: GOSH NHS Trust.

Gupta, Devendra K. 2009. *Microskin Grafting for Vitiligo*. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.

Habermann, Monika. 1997. Vom Umgang mit dem Fremden – Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte/Piechotta, Gudrun (Hgg.) *Transkulturelle Pflege.* Berlin: VWB, 53-62.

Hafner, Jürg/Rusca, Jasna/Läuchli, Severin/Frey-Blanc, Catherine. o. J. *Das offene Bein (Ulcus cruris, Ulkus).* Zürich: Universitätsspital Zürich.

Hartmann, Michael. 2005. Anwendung von Medikamenten. In: Steidl, Thomas/Röcken, Friedrich (Hgg.) *Praxisleitfaden Kleintierassistenz. Band 1: Praxisassistenz.* Hannover: Schlütersche, 71-82.

Heepen, Günther H. 2009[6]. *Schüßler-Salze bei chronischen Beschwerden*. München: Gräfe und Unzer.

Heinzeller, Thomas/Büsing, Carl M. 2011. *Histologie, Histopathologie und Zytologie für den Einstieg*. Stuttgart/New York: Thieme.

Hellbardt, Mario/Schilling-Maßmann, Birgit. 2012². Adipositas – Wenn Übergewicht krankhaft wird. In: Adipositasverband Deutschland (Hg.) *Wegweiser bei Adipositas.* Bottrop: Adipositasverband Deutschland, 8-11.

Hellmann, Stefanie/Rößlein, Rosa. 2007. *Pflegepraktischer Umgang mit Dekubitus. Leitfanden und Formulierungshilfen.* Hannover: Schültersche.

Hess, Cathy Thomas. 2008[6]. *Skin and Wound Care.* Ambler: Lippincott Williams & Wilkins.

Hietanen, Helvi. 2006. Pressure Ulcer Patients' Quality of Life from a Nurse's Perspective. In: Romanelli, Marco/Clark, Michael/Cherry, George/Colin, Denis/Defloor, Tom (Hgg.) *Science and Practice of Ulcer Management.* London: Springer, 7-10.

Hladschik-Kermer, Birgit. 2013. Strukturierungshilfen. In: Frischenschlager, Oskar/Hladschik-Kermer, Birgit (Hg.) *Gesprächsführung in der Medizin. Lernen, lehren, prüfen.* Wien: Facultas, 188-197.

Hoehl, Mechthild/Kullick, Petra. 2008³. *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.* Stuttgart/New York: Thieme.

Hoffmann-La Roche/Urban & Fischer (Hgg.) 2003[5]. *Roche Lexikon Medizin.* München/Jena: Urban & Fischer.

Hoeffner, Ellen G.2011. Cholesteatoma of the External Auditory Canal. In: Hoeffner, Ellen G./Mukherji, Shuresh Kumar. *Temporal Bone Imaging*. New York: Thieme.

Hoeffner, Ellen G./Mukherji, Shuresh Kumar. 2011. *Temporal Bone Imaging*. New York: Thieme.

Höger, Peter H. 2011³. *Kinderdermatologie. Differenzialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Schattauer.

Hutchinson, Rob. 2009. Secretion Management. In: Strickland, Jennifer M. (Hg.) *Palliative Pharmacy Care.* Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 121-126.

Integra. 2003. *Treatment Options Within Reach. Information for Patients and their Families.* New Jersey: Integra LifeSciences Corporation.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. o. J. *Glossar.* Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Jewelewicz, Dory/Goldberg, Dean/Barquist, Erik. 2007 Complications of Gastric Surgery. In: Cohn, Stephen M. (Hg.) *Complications in Surgery and Trauma.* New York: Informa Healthcare, 111-134.

Jünemann, Klaus-Peter. 2013. *Harn- und Stuhlinkontinenz (Blasen- und Darmschwäche). Informieren Sie sich.* Kassel: Deutsche Kontinenz Gesellschaft.

Kahla-Witzsch, Heike/Platzer, Olga. 2007. *Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden.* Stuttgart: Kohlhammer.

Kamphausen, Ulrich/Menche, Nicole/Protz, Kerstin/Brandt, Ina. 2011[5]. Heilmethoden und Aufgaben der Pflegenden bei der Therapie. In: Menche, Nicole (Hg.) *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.* München: Urban & Fischer, 585-658.

Kellnhauser, Edith/Schewior-Popp, Susanne/Sitzmann, Franz/Geißner, Ursula/Gümmer, Martina/Ullrich, Lothar (Hgg.) 2004[10]. *Thiemes Pflege. Professionalität erleben.* Stuttgart/New York: Thieme.

Kent, Michael. 2006[3]. *The Oxford Dictionary of Sports Science & Medicine.* Oxford/New York: Oxford University Press.

Kerscher, Martina. 2009[2]. *Dermatokosmetik.* Frankfurt am Main/Wiesbaden/Darmstadt: Steinkopff.

Kimmig, Wolfgang/Hadschiew, Ina. 2010[7]. Dermatochirurgische Therapieverfahren. In: Moll, Ingrid (Hg.) *Dermatologie.* Stuttgart: Thieme, 48-55.

Kirschnick, Olaf. 2010[4]. *Pflegetechniken von A – Z.* Stuttgart/New York: Thieme.

Kneedler, Julia A./Dodge, Gwen A. (Hgg.)1994[3]. *Perioperative Patient Care. The Nursing Perspective.* Burlington: Jones & Bartlett.

Knippa, Audrey/Sommer, Sheryl. 2010[7]. *Fundamentals for Nursing*. Leawood: Assessment Technologies Institute.

Könighoff, Melanie/Brandenburger, Timo. 2007[2]. *Kurzlehrbuch Biochemie*. Stuttgart/New York: Thieme.

Krause, T./Anders, J. 2003. *Dekubitus. Informationen über eine Untersuchung zu den Ursachenzusammenhängen der Entstehung von Druckgeschwüren. Eine Broschüre für Angehörige pflegebedürftiger Menschen*. Hamburg: Albertinen-Haus.

Kumar, Vinay/Abbas, Abul K./Fausto, Nelson/Mitchell, Richard N. 2007[8]. *Robbins Basic Pathology.* Philadelphia: Saunders.

Kuno, Elke. 2004[10]. Miktionsstörungen – Urininkontinenz. In: Kellnhauser, Edith/Schewior-Popp, Susanne/Sitzmann, Franz/Geißner, Ursula/Gümmer, Martina/Ullrich, Lothar (Hgg.) *Thiemes Pflege. Professionalität erleben.* Stuttgart/New York: Thieme, 272-278.

Landau, Sidney I./Bogus, Ronald J./Brantley, Sheila C./Davis, Samuel/Nolan, Barbara, Shafer, Kathleen D. (Hgg.) 2004. *The New International Webster's Student Dictionary. International Encyclopedic Edition.* Köln: Bellavista.

Land Salzburg/SALK/Paracelsus-Universität Salzburg/Salzburger Gebietskrankenkasse. (Hgg.) 2007. *Harninkontinenz. Fast immer heilbar*. Salzburg: Land Salzburg, Abteilung Soziales.

Leininger, Madeleine. 1978. Transcultural Nursing: ANew and Scientific Subfield of Study in Nursing. In: Leininger, Madeleine (Hg.) . *Transcultural Nursing: Concepts, theories and Practices*. New York: Wiley & Sons, 8–12.

Leininger, Madeleine (Hg.) 1978. *Transcultural Nursing: Concepts, theories and Practices*. New York: Wiley & Sons.

Leininger 2002³a: Leininger, Madeleine. 2002³. Transcultural Nursing and Globalization of Health Car: Importance Focus, and Historical Aspects. In: Leininger, Madeleine/McFarland, Marilyn R. (Hgg.) *Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice.* New York et al.: McGraw-Hill, 3-44.

Leininger 2002³b: Leininger, Madeleine. 2002³. Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements. In: Leininger, Madeleine/McFarland, Marilyn R. (Hgg.) *Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice.* New York et al.: McGraw-Hill, 45-70.

Leininger 2002³c: Leininger, Madelein. 2002³. The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method. In: Leininger, Madeleine/McFarland, Marilyn R. (Hgg.) *Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice.* New York et al.: McGraw-Hill, 71-98.

Leininger, Madeleine/McFarland, Marilyn R. (Hgg.) 2002³. *Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice.* New York et al.: McGraw-Hill.

Leisten, Edith. 2013. *Osteoporose: Handeln bevor der Knochen bricht. Das Handbuch für Betroffene und Interessierte.* Norderstedt: Books on Demand.

Liem, Torsten. 2010[6]. *Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch.* Stuttgart: Haug.

Long, Sarah S./Picker, Larry K./Prober, Charles. G. (Hgg.) 2012[4]. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone.

Lübke-Schmid, Lenore. 2002[11]. Krankenpflegehilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. In: Frey, Irmgrad/Lübke-Schmid, Lenore/Wenzel, Walther (Hgg.) *Krankenpflegehilfe. Alle Fächer für Ausbildung und Praxis.* Stuttgart/New York: Thieme, 333-517.

Lück (Hg.) 2008. *Wege der Positionierung. Illustrierte Lagerungsbeispiele.* Rhombo Medical: Bocholt.

Mantovani, G./Anker, S. D./Inui, A./Morley, J. E./Rossi Fanelli, F./Scevola, D./Schuster, M. W./Yeh, S.-S. (Hgg.) 2006. *Cachexia and Wasting. A Modern Approach.* Milano/Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Marcovitch, Harvey. 2010[42]. *Black's Medical Dictionary.* London: A & C Black.

Martin, Elizabeth A. 2004[4]. *Oxford Dictionary of Nursing.* Oxford/New York: Oxford University Press.

Matolycz, Esther. 2009. *Kommunikation in der Pflege.* Wien/New York: Springer.

Mayo Clinic. 2011. *Mayo Clinic's Guide to Living with A Spinal Cord Injury*. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education.

McCandless, David W. (Hg.) 2009. *Metabolic Encephalopathy.* New York: Springer.

McCloskey Dochterman, Joanne/Bulechek, Glora M. 2004[4]. *Nursing Interventions Classification (NIC).* St. Louis: Mosby.

McDonnel, Gerald/Russel, A. Denver. 1999. Antiseptics and Disinfectants: Activity, Action and Resistance. *Clinical Microbiological Reviews* 12:1, 147-179.

McNutt, Neil Scott/Fung, Maxwell A. 2010. Panniculitis. In: Busam, Klaus J. (Hg.) *Dermatopathology.* Philadelphia: Saunders.

Menche, Nicole (Hg.) 2011[5]. *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.* München: Urban & Fischer.

Menche, Nicole/Keller, Christine. 2011[5]. Beobachten, Beurteilen und Intervenieren. In: Menche, Nicole (Hg.) *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.* München: Urban & Fischer, 281-536.

Menche, Nicole/Mensdorf, Birte/Schmidt, Doris/Stock, Martin/Zimmer, Michael. 2005. Therapeutische Strategien in der Chirurgie. In: Schmidt, Doris/Zimmer, Michael (Hgg.) *Chirurgie. Basislehrbuch Gesundheit und Krankheit.* München/Jena: Urban & Fischer, 16-37.

Moll, Ingrid (Hg.) 2010[7]. *Dermatologie.* Stuttgart: Thieme.

Moore, Zena/Cowman, Seamus. 2012. Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers. *Nursing Times* 108:4, 22-24.

Mosti, Giovanni/Mattaliano, Vincenzo. 2007. The Debridement of Chronical Vascular Leg Ulcers. In: Granick, Mark S./Gamelli, Richard L. (Hgg.) *Surgical Wound Healing and Management.* New York: Infroma Healthcare,117-130.

Naumann, Frank. 1993. Kommunikationsprobleme beim Aufeinandertreffen von Kulturen. In: Wessel, Karl-Friedrich/Naumann, Frank/Lehmann/Monika (Hgg.) *Migration.* Bielefeld: Kleine, 94-100.

OAC. 2014. *Understanding Obesity. An educational resource provided by the Obesity Action Coalition.* Tampa: OAC.

Ohio State University Medical Center. 2011. *Enzyme Debriding Dressing.* Columbus: Ohio State University Medical Center.

Olendorf, Donna. 1999. *The Gale encyclopedia of medicine.* Farmington Hills: Gale Research.

OSF Saint Francis Medical Center. *Preventing Pressure Ulcers. A Patient and Family Education Guide*. Peoria: OSF Saint Francis Medical Center.

Österreichisches Wörterbuch. 2006[40]. Herausgegeben im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Wien: ÖBV.

Pallua, Norbert/von Bülow, Silvester. 2005. Halsdefekte. In: Berger, Alfred/Hierner, Robert (Hgg.) *Plastische Chirurgie. Kopf und Hals.* Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 399-418.

Panfil, Eva-Maria. 2004². Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.* Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, 51-61.

Pearson, M. 1986. The politics of ethnic minority health studies. In: Rathwell, T./Phillips, D. (Hgg.) *Health, Race and Ethnicity.* London: Croom Helm: London, 100-116.

Plogmann, S. 1996. Die Norton-Skala als ein Instrument der Dekubitusprophylaxe im Rhamen der Qualitätsssicherung. *Krankenpflege Journal* 34, 490-498.

Pöchhacker, Franz. 1997. *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.* Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung.

Price, Kathleen M./Cortis, Joseph D. 2000. The way forward for transcultural nursing. *Nurse Education Today* 20, 233-243.

proCompliance. 2005. *Basisinformation zum Aufklärungsgespräch. Eingriffe bei Bauchwandbrüchen.* Erlangen: proCompliance Verlag.

Pschyrembel. 2004[260]. *Klinisches Wörterbuch*. Berlin/New York: de Gruyter.

Pschyrembel. 2013[265]. *Klinisches Wörterbuch 2014*. Berlin/New York: de Gruyter.

Puchowicz, Michelle A./Koppaka, Smruta A./LaManna, Joseph C. 2009. Brain Metabolic Adaptions to Hypoxia. In: McCandless, David W. (Hg.) *Metabolic Encephalopathy.* New York: Springer.

Ramundo, Janet/Gray, Mikel. 2008. Enzymatic Wound Debridement. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 35:3, 273-280.

Rathwell, T./Phillips, D. (Hgg.) 1986. *Health, Race and Ethnicity.* London: Croom Helm: London, 100-116.

Reger, Steven I./Ranganathan, Vinoth K./Orsted, Heather L./Ohura, Takehiko/Gefen, Amit. 2010. Scherkräfte und Reibung im Kontext. In: Wounds International (Hg). *Dekubitusprophylaxe. Druck, Scherkräfte, Reibung und Mikroklima im Kontext. Ein Konsensdokument.* Übersetzung von RWS Group. London: Wounds International, 11-18.

Reimer, T. 2010[4]. Kardiale Kachexie. In: Biesalski, Hans Konrad/Bischoff, Stepahn C./Puchstein, Christoph (Hgg.) *Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer.* Stuttgart: Thieme, 475-479.

Reinboth, Christian. 2014. *Wunddokumentation und Wundfotografie*. Hamburg: Diplomica.

Reuter, Peter. 2005². *Springer Wörterbuch Medizin.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Reuter, Peter/Reuter, Christine. 1996. *Medizinisches Wörterbuch. Deutsch-Englisch.* Stuttgar/New York: Thieme.

Rice, Jane. 2002[9]. *Medications and Mathematics for the Nurse.* Albany: Delmar.

Rippon, Mark/White, Richard/Davies, Philipp. 2007. Skin adhesives and their role in wound dressing. *Wounds UK* 3:4, 76-86.

Roberts, Steven M./James, Robert C./Franklin, Michael R. 2000². Hepatoxicity: Toxic Effects on the Liver. In: Williams, Phillip L./James, Robert C./Roberts, Steven M. (Hg.) *Principles of Toxicology. Enviromental and Industrial Application.* New York: Wiley, 111-129.

Romanelli, Marco/Clark, Michael/Cherry, George/Colin, Denis/Defloor, Tom (Hgg.) 2006. *Science and Practice of Ulcer Management.* London: Springer.

Rösch, B. 2007. Koaxales Femurende. In: von Laer, Lutz (Hg.) *Das verletzte Kind. Komplikationen vermeiden, erkennen, behandeln.* Stuttgart: Thieme, 68-74.

Royal College of Nursing. 2001. *Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001.* London: Royal College of Nursing.

Royal Orthopaedic Hospital. 2013. *Your guide to XIAPEX®*. Birmingham: Royal Orthopaedic Hospital.

Schmidt, Simone. 2012². *Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Schröder, Gerhard. 2004[10]. Dekubitusprophylaxe. In: Kellnhauser, Edith/Schewior-Popp, Susanne/Sitzmann, Franz/Geißner, Ursula/Gümmer, Martina/Ullrich, Lothar (Hgg.) *Thiemes Pflege. Professionalität erleben.* Stuttgart/New York: Thieme, 191-197.

Sergi, Giuseppe/Bonometto, Pietro/Coin, Alessandra/Enzi, Giuliano. 2006. Body Composition: Physiology, Pathophysiology and Methods of Evaluation. In: Mantovani, G./Anker, S. D./Inui, A./Morley, J. E./Rossi Fanelli, F./Scevola, D./Schuster, M. W./Yeh, S.-S. (Hgg.) *Cachexia and Wasting. A Modern Approach.* Milano/Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Schmidt, Doris/Zimmer, Michael (Hgg.) 2005. *Chirurgie. Basislehrbuch Gesundheit und Krankheit.* München/Jena: Urban & Fischer.

Schnepp, Wilfried/Walter Ilsemarie (Hgg.) 2010. *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl.* Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Seidl, Elisabeth/Walter, Ilsemarie. 2010. Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegepersonen. In: Schnepp, Wilfried/Walter Ilsemarie (Hgg.) *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl.* Wien/Köln/Weimar: Böhlau, 13-84.

Shai, Avi/Maibach, Howard I. 2005. *Wound Healing and Ulcers of the Skin. Diagnosis and Therapy – The Pracitcal Approach.* Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Shippee-Rice, Raelene V./Fetzer, Susan J./Long, Jennifer V. (Hgg.) 2012. *Gerioperative Nursing Care. Principles and Practices of Surgical Care for the Older Adult.* New York: Springer.

Shippee-Rice, Raelene V./Long, Jennifer V./Fetzer, Susan J. 2012. Musculoskeletal. In: Shippee-Rice, Raelene V./Fetzer, Susan J./Long, Jennifer V. (Hgg.) *Gerioperative Nursing Care. Principles and Practices of Surgical Care for the Older Adult.* New York: Springer, 287-319.

SickKids. o. J. *Gastrostomy Tube: Common Problems.* Toronto: Hospital for Sick Children.

Siemionow, Maria Z./Eisenmann-Klein, Marita (Hgg.) 2010. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.

Simkin, Penny/Whalley, Janet/Keppler, Ann/Durhem, Janelle/Bolding, April. 2010[4]. *Pregnancy, Childbirth and the Newborn. The Complete Guide.* Minnetonka: Meadowbrook Press.

Sørensen, Kristine/Van den Broucke, Stephan/Fullam, James/Doyle, Gerardine/Pelikan, Jürgen/Slonska, Zofia/Brand, Helmut. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80, 1-13.

Spirig. o. J. *Neurodermitis. Informationen für Patienten und Angehörige.* Augsburg: Spirig Pharma.

Spital Bülach. o. J. *Die Dupuytren'sche Erkrankung. Krankhaftes Zusammenziehen des Bindegewebes der Handinnenflächen mit Einschränkung der Streckung von Fingergelenken.* Bülach: Spital Bülach.

Stadler, Rudolf. 2012. *Schwarzer Hautkrebs. Informationen für Patienten und Angehörige.* Grenzach-Wyhlen: Roche Pharma.

Stratis Health. 2007. *Pressure Ulcer Quality Resources Kit*. Bloomington: Stratis Health.

Stedman, Thomas Lanhrop. 2000[27]. *Stedman's medical dictionary.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Steidl, Thomas/Röcken, Friedrich (Hgg.) 2005. *Praxisleitfaden Kleintierassistenz. Band 1: Praxisassistenz.* Hannover: Schlütersche.

Stuker, Rahel. 2007². Professionelles Übersetzen. In: Domenig, Dagmar (Hg.) *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Huber, 221-236.

Striebel, Hans Walter. 2008. *Operative Intensivmedizin. Sicherheit in der klinischen Praxis.* Stuttgart: Schattauer.

Strickland, Jennifer M. (Hg.) 2009. *Palliative Pharmacy Care.* Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists.

Sussman, Carrie/Bates-Jensen, Barbara (Hgg.) 2007³. *Wound Care. A Collaborative Practice Manual for Health Professionals*. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Takahashi, Makotot/Dealy, Carol/Black, Joyce/Gefen, Amit. 2010. Druck im Kontext. In: Wounds International (Hg). *Dekubitusprophylaxe. Druck, Scherkräfte, Reibung und Mikroklima im Kontext. Ein Konsensdokument.* Übersetzung von RWS Group. London: Wounds International, 2-10.

Tiwari, VK/Mishra, Anshumali. 2012. Surgical Closure of Wounds. In: Tiwari, VK/Sarabahi, Sujata. (Hgg.) *Principles and Practice of Wound Care.* New Delhi/London/Panama City: Jaypee, 86-97.

Tiwari, VK/Sarabahi, Sujata. (Hgg.) 2012. *Principles and Practice of Wound Care.* New Delhi/London/Panama City: Jaypee.

Tri-Affiliate Obesity Prevention Workgroup. 2012. *The Role of State Public Health in Obesity Prevention*. Johnstown: ASPHN.

Troncoso, Juan C. 2010. Global Vascular and Metabolic Injuries of the Brain. In: Troncoso, Juan C./Rubio, Ana/Fowler, David R. (Hgg.) *Essential Forensic Neuropathology*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 122-129.

Troncoso, Juan C./Rubio, Ana/Fowler, David R. (Hgg.) 2010. *Essential Forensic Neuropathology*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Uzarewicz, Charlotte/Piechotta, Gudrun (Hgg.) 1997. *Transkulturelle Pflege.* Berlin: VWB.

van Oort, Maarten. 2010². Enzymes in bread making. In: Whitehurst, Robert J./van Oort, Marten. (Hgg). *Enzymes in Food Techhnology.* Chichester/Ames: Wiley-Blackwell, 103-143.

Victorian Quality Council. 2004. *Preventing Pressure Ulcers. An information booklet for patients.* Melbourne: Victorian Government Department of Human Services.

Voggenreiter, Gregor/Dold, Chiara. 2004. *Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln.* Stuttgart: Thieme.

von Laer, Lutz (Hg.) 2007. *Das verletzte Kind. Komplikationen vermeiden, erkennen, behandeln.* Stuttgart: Thieme.

Vossen, S./Nowak, T./Steinke, T./Luther, B. 2005. Wundheilung. Mechanismen, Interventionen und Praxistipps zum diabetischen Fuß. *Apothekenmagazin* 23:3, 40-47.

Wagenseil, Carsten. 2010. *Modernes Wundmanagement mit hydroaktiver Wundtherapie.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Wessel, Karl-Friedrich/Naumann, Frank/Lehmann/Monika (Hgg.) 1993. *Migration.* Bielefeld: Kleine.

White, Lois/Duncan, Gena/Baumle, Weny. 2011. *Foundations of Nursing.* Clifton Park: Delmar.

Whitehurst, Robert J./van Oort, Marten. (Hgg). 2010². *Enzymes in Food Techhnology.* Chichester/Ames: Wiley-Blackwell, 103-143.

Wied, Susanne/Warmbrunn, Angelika. 2003. *Pschyrembel Wörterbuch Pflege.* Berlin/New York: de Gruyter.

Williams, Phillip L./James, Robert C./Roberts, Steven M. (Hg.) 2000². *Principles of Toxicology. Enviromental and Industrial Application.* New York: Wiley.

Willital, Günther H./Holzgreve, Alfred. 2006[6]. *Definitive chirurgische Erstversorgung*. Berlin: de Gruyter.

WOCN Society. 2006. *Guidance On OASIS Skin and Wound Status M0 Items*. Mount Laurel: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.

Worthen, Dennis B. (Hg.) 2004. *Dictionary of Pharmacy.* New York/London/Oxford: Pharmaceutical Products Press/Haworth Reference Press.

Wounds International (Hg). 2010. *Dekubitusprophylaxe. Druck, Scherkräfte, Reibung und Mikroklima im Kontext. Ein Konsensdokument.* Übersetzung von RWS Group. London: Wounds International.

Wundzentrum Hamburg (Hg.) 2012. *Wundwissen einfach – praktisch. Informationen für Betroffene und Angehörige.* Hamburg: Wundzentrum Hamburg.

Yates, Ben. 2009³. *Merriman's Assessment of the Lower Limb*. London: Churchill Livingstone.

Zielke-Nadkarni, Andrea. Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte/Piechotta, Gudrun (Hgg.) *Transkulturelle Pflege.* Berlin: VWB, 99-114.

Internetquellen

Almirall. 2013. Alles über Sensibilitätsstörungen bei MS. In: http://www.meinalltagmitms.de/symptom/sensibilitaetsstoerungen-ms, Stand: 20.08.2014.

American Heart Association. 2012. Silent Ischemia and Ischemic Heart Disease. In: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/PreventionTreatmentofHeartAttack/Silent-Ischemia-and-Ischemic-Heart-Disease_UCM_434092_Article.jsp, Stand: 31.08.2014.

Antwerpes, Frank. 2009. Wundrand. In: http://flexikon.doccheck.com/de/Wundrand, Stand: 26.08.2014.

Antwerpes, Frank/Merz, Sebastian/Prinz, Dominic/Graf von Westphalen, Georg. 2011. Debridement. In: http://flexikon.doccheck.com/de/Debridement, Stand: 25.08.2014.

AOK. o. J. Wunden. In: http://www.aok.de/nordost/gesundheit/wunden-220663.php, Stand: 16.09.2014.

Astellas Pharma. o. J. Rötung. In: http://www.neurodermitis-im-griff.de/patienten_service_glossar/glossary-detail/roetung/?type=0, Stand: 27.08.2014.

Belsey, Scott. 2014. Glossary. In: www.laparoscopic.md/glossary, Stand: 13.08.2014.

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen. o. J. Débridement. In: http://www.bgu-tuebingen.de/gesundheits-abc/gesundheits-abc.html, Stand: 25.08.2014.

Beth Israel Deaconess Medical Center. 2013. Debridement of a Wound, Infection, or Burn. In: http://www.bidmc.org/YourHealth/Medical-Procedures.aspx?ChunkID=14803, Stand: 22.08.2014.

Beyermann, Kirsten. o. J. Handchirurgie A–Z. In: http://www.hand-chirurgie.org/handchirurgie-a-bis-z.html, Stand: 05.09.2014.

Biogen Idec. 2014. Menschen und Mobility. In: http://www.ms-life.de/ms-leben/mobilitaet/, Stand: 16.08.2014.

BMG. o. J. Behandlung mit Antibiotika - Information für Patientinnen und Patienten. In: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/Behandlung_mit_Antibiotika_Information_fuer_Patientinnen_und_Patienten, Stand: 13.09.2014.

BMJ Group Medical Reference. 2012. Obesity – Obesity Glossary. In: http://www.webmd.boots.com/diet/tc/obesity-obesity-glossary, Stand: 31.08.2014.

Brannon, Heather. 2014a. Maceration. In: http://dermatology.about.com/library/bldefmaceration.htm, Stand: 10.09.2014.

Brannon, Heather. 2014b. Skin Anatomy. In: http://dermatology.about.com/cs/skinanatomy/a/anatomy.htm, Stand: 12.08.2014.

BMG o. J. Thrombus. In: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/t/Blutgerinnsel_HK.html, Stand: 17.08.2014.

Bundesamt für Gesundheit. o. J. Lederhaut (Corium). In: http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=163, Stand: 17.08.2014.

Castro, Joseph. 2014. How Do Enzymes Works? In: http://www.livescience.com/45145-how-do-enzymes-work.html, Stand: 12.08.2014.

Cerner Multum. 2012. Collagenase topical. In: https://www.sanfordhealth.org/HealthInformation/Healthwise/Topic/d01315a1, Stand: 14.08.2014.

Davies, Joanna. 2013. Wasting Syndrome (Cachexia). In: http://www.tpims.org/disease-research/wasting-syndrome-cachexia, Stand: 13.08.2014.

Deutsche Gefäßliga. 2013. Glossar - B -. In: http://www.deutsche-gefaessliga.de/index.php/glossar/17-glossar/41-glossar-b, Stand: 21.08.2014.

Diadermine. 2014. Die Oberhaut (Epidermis). In: http://www.diadermine.de/diadermine/de/de/home/ihre-haut/struktur-der-haut/die-oberhaut--epidermis.html, Stand: 12.08.2014.

Dobrowolski, Christine. 2014. Wound Healing. In: http://www.northcoastfootcare.com/pages/Wound-Healing.html, Stand: 17.08.2014.

Eberlein, T/Brunner, U/Zimpfer, F/Andriessen, A/Assadian, O/Augustin, M/Bauernfeind, G/Gerber, V/Hoffmann, M/Hunziker, T/Jünger, M/Risse, A/Wozniak, G/Abel, M. 2006. Wundbeurteilung und Wundinterpretation. In: http://www.tricks-zur-wundversorgung.de/resources/Wundbeurteilung$2BArtikel$2Bzfw.pdf, Stand: 26.08.2014

Eisenbud, David/Hunter, Heather/Kessler, Linda/Zulkowski, Karen. 2003. Hydrogel Wound Dressings: Where Do We Stand in 2003? In: http://www.o-wm.com/content/hydrogel-wound-dressings-where-do-we-stand-2003, Stand: 06.08.2014.

Eldridge, Lindsey. 2014a. What are capillaries? In: http://lungcancer.about.com/od/glossary/g/capillaries.htm, Stand: 13.08.2014.

Eldridge, Lindsey. 2014b. Hypoxia. Symptoms, Causes, and Treatment. In: http://lungcancer.about.com/od/Respiratory-Symptoms/a/Hypoxia.htm, Stand: 13.08.2014.

EndoGastric Solutions. 2014. Glossary. In: http://www.gerdhelp.com/patient-resources/glossary/, Stand: 23.08.2014.

Evangelisches Klinikum Niederrhein. o. J. Neurologie verständlich erklärt. In: http://www.evkln.de/wir-ueber-uns/kliniken/neurologie/erlaeuterungen-haeufiger-erkrankungen/, Stand: 31.08.2014.

Farr, Gary. 2003. What Are Blood Vessels? In: http://www.becomehealthynow.com/mira2_front/printpage.php?id=695, Stand: 13.09.2014.

Feichter, Martina. 2012. Mull (Gaze). In: http://www.netdoktor.de/Krankheiten/Wundversorgung/Therapie/Mull-Gaze-10225.html, Stand: 09.08.2014.

Feichter, Martina. 2013. Dekubitus. In: http://www.netdoktor.de/krankheiten/dekubitus/, Stand: 01.09.2014.

Geriatrische Gesundheitszentren Graz. o. J. Glossar. M–Z. In: http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/500, Stand: 17.08.2014.

Grifols. 2014. Disease glossary. K–Z. In: http://www.novartisdiagnostics.com/diseaseeducation/diseaseglossary/disease-glossary-page3.shtml, Stand: 09.08.2014.

Guthrie, Catherine. 2004. Fighting Inflammation. In: http://experiencelife.com/article/fighting-inflammation/, Stand: 12.08.2014.

Hartmann. 2014. Wundreinigung. In: http://www.hartmann.de/124821.php, Stand: 13.09.2014.

Hauser, Barbara. o. J. Grosse Wunden bei Hunden: Wundheilung und –behandlung. In: http://www.svk-asmpa.ch/hund/wunde/wunde3.htm, Stand: 22.08.2014.

Health Service Executive. 2013. Antibiotics don't work on colds and flu. In: http://www.hse.ie/eng/health/hl/hcaiamr/antibiotics/anti/, Stand: 13.09.2014.

Hefferson, Steven. 2011. What Are Systemic Proteolytic Enzymes and How Can You Benefit from Them? In: http://www.losethebackpain.com/proteolyticenzymes.html, Stand: 09.08.2014.

Heisler, Jennifer. 2011. What is Debridement? In: http://surgery.about.com/od/glossaryofsurgicalterms/g/What-Is-Surgical-Debridement-Debride.htm, Stand: 25.08.2014.

Heisler, Jennifer. 2014. Types of Drainage From a Surgical Wound. In: http://surgery.about.com/od/aftersurgery/a/Types-Of-Drainage-Exudate-From-A-Surgical-Wound.htm, Stand: 12.09.2014.

Helmholtz Zentrum München. 2012. Infektionen. In: http://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/infektionen/index.html, Stand: 13.08.2014.

Hodges, Andrew. 2009a. Wound. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199546572.001.0001/acref-9780199546572-e-1348, Stand: 16.09.2014.

Hodges, Andrew. 2009b. Wound healing. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199546572.001.0001/acref-9780199546572-e-1350, Stand: 16.09.2014.

HPFY Stores. 2014. What is an Alternating Pressure Mattress? In: http://www.hpfystores.com/ArticleView.aspx?ArticleID=40, Stand: 03.09.2014.

Human med. o. J. Glossar. In: http://www.aquashape.info/de/fragen_antworten/glossar, Stand: 12.08.2014.

Idaho Public Television. 2014. Glossary. In: http://idahoptv.org/dialogue4kids/season10/senses/glossary.cfm, Stand: 20.08.2014.

IGAP. 2014a. Dekubitusprophylaxe – Hilfsmittel. In: http://www.dekubitus.de/dekubitusprophylaxe-hilfsmittel.htm, Stand: 03.07.2014.

IGAP. 2014b. Dekubitusprophylaxe – Lagerungstechniken. In: http://www.dekubitus.de/dekubitusprophylaxe-lagerungstechniken.htm, Stand: 04.07.2014.

Ilius, Karlheinz. o. J. Antiseptika. In: http://info.medikamente-per-klick.de/medikamentenglossar/antiseptikum/, Stand: 01.09.2014.

Imaginis. 2007. Breast Cancer Glossary of Medical Terms. In: http://www.imaginis.com/glossary/breast-cancer-glossary-of-medical-terms-24, Stand: 12.08.2014.

ImuPro. o. J. Glossar. In: http://www.imupro.at/glossar/, Stand: 31.08.2014.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. 2011. Was ist eine Entzündung? In: http://www.gesundheitsinformation.de/was-ist-eine-entzuendung.2137.de.html, Stand: 12.08.2014.

Interpret. 2012. Glossar zum interkulturellen Dolmetschen. In: http://www.inter-pret.ch/was-ist-eigentlich.html, Stand: 07.04.2014.

Ireland, Robert. 2010a. Collagenase. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199533015.001.0001/acref-9780199533015-e-911, Stand: 15.09.2014.

Ireland, Robert. 2010b. Dermis. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199533015.001.0001/acref-9780199533015-e-1223, Stand: 15.09.2014.

Ireland, Robert. 2010c. Ulcer. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199533015.001.0001/acref-9780199533015-e-4548, Stand: 15.09.2014.

Jackson, René A./Kaczowski, Crystal H. 2014. Wound care. In: http://www.surgeryencyclopedia.com/St-Wr/Wound-Care.html, Stand: 16.09.2014.

Jaychem Industries. o. J. Antiseptics. In: http://www.nzhealthe.co.nz/knowledge/antiseptics, Stand: 01.09.2014.

JFK Medical Center. o. J. Glossary: http://www.jfkwoundhealing.org/index.php/glossary, Stand: 06.09.2014.

JK Secret Cosmeceutics. 2011. Skincare Glossary. In: http://www.jksecret.com/product-info/skincare-glossary/, Stand: 08.09.2014.

Jones, JC/Auerbach, Paul. 2007. What's Causing My Skin to Be Red?. In: http://www.healthline.com/health/skin-redness, Stand: 27.08.2014.

Kent, Michael. 2003. Incontinence. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198631477.001.0001/acref-9780198631477-e-924, Stand: 15.09.2014.

Konrad, Tanja. 2013. Exsudat. In: http://www.der-querschnitt.de/archive/fachbegriff/exudat, Stand: 13.09.2014.

Knappschaftsklinikum Saar. o. J. Klinik für Gefäßchirurgie. In: http://www.kk-puettli-gen.de/Inhalt/Fachbereiche/Klinik_fuer_Gef%C3%A4%C3%9Fchirurgie/_Leistungsspektrum4.asp, Stand: 25.08.2014.

Köhler, Susanna/Blanck, Nathalie. 2009. Enzyme – kleine Helfer mit großer Wirkung. In: http://www.gesundheit.de/medizin/naturheilmittel/naturheilmethoden/enzyme-kleine-helfer-mit-grosser-wirkung, Stand: 17.08.2014.

Krankenhaus Landshaut-Achdorf. o. J. Hauttransplatation. Hautverpflanzung. In: http://www.lakumed.de/achdorf/fachbereiche/plastische_handchirurgie/Hauttransplantation_Plastische_Chirurgie_Landshut_Niederbayern.html, Stand: 05.09.2014.

Kravitz, Len. o. J. Cellulite: Everything You Want to Know and More. In: http://www.drlenkravitz.com/Articles/cellulite.html, Stand: 17.08.2014.

Lackie, John. 2010. Fascia. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199549351.001.0001/acref-9780199549351-e-3436., Stand: 15.09.2014.

Langenstraß, Markus. 2014. Dekubitusmatratze. In: http://www.gesundheitsberater-berlin.de/kliniken/geratechecks/dekubitusmatratze, Stand: 03.09.2014.

Linguamed. 2009. Wundheilung ist ein störbarer Prozess. In: http://www.gesundheitswerkstatt.de/wundheilung.html, Stand: 13.08.2014.

LKH Leoben. 2006. Thrombose. In: http://www.lkh-leoben.at/cms/beitrag/10052964/2113838/?qu=, 03.09.2014.

Machens, Sibylla/Schmid, Sandra. 2014. Infektionen erkennen und behandeln. In: http://www.apotheken-umschau.de/Infektion, Stand: 13.08.2014.

Macmillan Cancer Support. 2013. Skin grafts for skin cancer. In: http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Skin/Treatingskincancer/Skingrafts.aspx, Stand: 05.09.2014.

Mater Misericordiae Health Services Brisbane. 2014. Women's health – urinary incontinece. In: http://brochures.mater.org.au/Home/Brochures/Mater-Mothers-Hospital/Urinary-incontinence, Stand: 26.07.2014.

Mayo Clinic. 2012. Fecal incontinence. In: http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fecal-incontinence/basics/definition/con-20034575, Stand: 22.08.2014.

Mayo Clinic. 2014. Bedsores (pressure sores). In: http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bedsores/basics/causes/con-20030848, Stand: 23.08.2014.

MMI. 2014. Wundheilung. In: http://www.meine-gesundheit.de/wundheilung, Stand: 30.07.2014.

Moon, Kylie. 2013. Wound Care. In: http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Wound_care/, Stand: 26.08.2014.

Murray, Jeff/Murray, Jo. 1999. Glossary of Terms. In: http://www.boa-subspecies.com/glossary.htm, Stand: 23.08.2014.

Myers, Catherine E. 2006. Thrombus. In: http://www.memorylossonline.com/glossary/thrombus.html, Stand: 17.08.2014.

National Multiple Sclerosis Society. o. J.a. Glossary. In: www.nationalmssociety.org/Glossary, Stand: 03.08.2013.

National Multiple Sclerosis Society. o. J.b. Pressure Sores. In: http://www.nationalmssociety.org/Resources-Support/Living-with-Advanced-MS/Pressure-Sores, Stand: 03.08.2014.

National Rosacea Society. 2014. All About Rosacea. In: http://www.rosacea.org/patients/allaboutrosacea.php, Stand: 18.07.2014.

Nemours. 2011. Blister, Callusses, and Corns. In: http://kidshealth.org/teen/your_body/skin_stuff/blisters.html#, Stand: 11.08.2014.

NHS. 2012. Urinary Incontinence. In: http://www.nhs.uk/conditions/Incontinence-urinary/pages/introduction.aspx, Stand: 13.08.2014.

NHS. 2013. How plastic surgery is performed. In: http://www.nhs.uk/Conditions/Plastic-surgery/Pages/how-it-is-performed.aspx, Stand: 05.09.2014.

Nonnenmacher, Albrecht. 2013. Blase (Bulla, Hautblase). In: http://gesundpedia.de/Blase_%28Bulla,_Hautblase%29, Stand: 11.08.2014.

Nonnenmacher, Albrecht. 2014. Ischämie. In: http://symptomat.de/Isch%C3%A4mie, Stand: 31.08.2014.

NYU Langone Medical Center. o. J. What is a Chronic Wound? In: http://wound.med.nyu.edu/patients/what-chronic-wound, Stand: 07.09.2014.

O'Connor, Pat. 2006. Wound Glossary. In: http://www.lymphedemapeople.com/phpBB3/viewtopic.php?f=44&t=1089, Stand: 26.08.2014.

Omneda.2014. Glossar. R. In: http://www.onmeda.de/medikamente/glossar/R/Ringer-L%F6sung.html, Stand: 23.08.2014.

Ontario Ministry of Agricultur, Food & Rural Affairs. 2009. Glossary. In: http://www.omafra.gov.on.ca/IPM/english/glossary.html, Stand: 01.09.2014.

Opti-Dent. 2014. Kollagenasen. Collagenase. In: http://www.zahn-lexikon.com/index.php/k/33-a-z/k-lexikon/2315-kollagenasen-collagenase, Stand: 14.08.2014.

Orthotics & Prosthetics Labs. 2014. Glossary. In: http://www.oplabs.net/patients/glossary, Stand: 08.09.2014.

Österreichische Apothekerkammer/Gesundheitsressort der Stadt Wien. 2005. Die Haut. In: http://oe1.orf.at/artikel/217380, Stand: 08.09.2014.

Oxford University Press. 2010[8]. Incontinence. In: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199557141.001.0001/acref-9780199557141-e-4958, Stand: 16.09.2014.

Oxford University Press. 2014. Gauze. In: http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/gauze, Stand: 16.09.2014.

Patterson Dental Supply. 2004. Granulation Tissue. In: http://www.breadentistry.com/files/pdf/OPG_gra_tis.pdf, Stand: 13.08.2014.

Radner, Susan. 2014. Fetal Senses. In: http://www.surebaby.com/pregnancy-and-birth/fetal-development/fetal-senses.php, Stand: 20.08.2014.

Reineken, Klaudia/Grüneberg, Ingrid. 2014. Glossar. In: http://www.kinderkrebsinfo.de/services/glossar/index_ger.html?preview=, Stand: 13.08.2014.

Rite Aid. 2014. Mother & Baby Care. In: http://www.riteaid.com.au/mother-and-baby-care/, Stand: 12.09.2014.

Roche. 2014. Glossar. In: https://www.roche.de/pharma/glossar.php?bereich=onko&key=Anfang&sid=2e019ee3d2e93250ac989cc94a423b6d#Anfang, Stand: 13.08.2014.

Rosenfeld Injury Lawyers. 2014a. Bed Sore Glossary. In: http://www.bedsorefaq.com/bed-sore-glossary/, Stand: 26.08.2014.

Rosenfeld Injury Lawyers. 2014b. What is exudate? In: http://www.bedsorefaq.com/what-is-exudate/, Stand: 12.09.2014.

Rosengart, Michael. 2014. PreHab Essentials: Mobility. In: http://www.prehabexercises.com/2014/03/18/prehab-essentials-mobility/, Stand: 16.08.2014.

Royal Children's Hospital Melbourne. o. J. Burns-plastics (Split skin graft). In: http://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Burnsplastics_Split_skin_graft/, Stand: 05.09.2014.

Scharf, Martin. o. J. Morbus Crohn. In: http://www.endoskopie-drscharf.at/gastroenterologie-wien/morbus-crohn/, Stand: 23.08.2014.

Schütt-Abraham, Ingrid. 2006. Wörterbuch für in meinen Artikeln verwendete Fachausdrücke. In: http://www.heynkes.de/isa/glossar.htm, Stand: 23.08.2014.

Seeburger, Wilfried. o. J. Medizinisches Lexikon. F. In: http://www.seeburger.net/index.php/f, Stand: 23.08.2014.

Sinis, Nektarios. o. J. Spalthaut/Vollhaut. In: http://www.sinis-plastische-chirurgie.de/de/spalthautvollhaut, Stand: 05.09.2014.

Sinowatz, Fabian. 2013. Hautkrebs-Behandlung. In: http://www.netdoktor.de/krankheiten/hautkrebs/behandlung/, Stand: 05.09.2014.

Stanford Hospital & Clinics. 2014. Overview of the Vascular System. In: http://stanfordhospital.org/clinicsmedServices/COE/surgicalServices/vascularSurgery/patientEducation/overview.html, Stand: 16.07.2014.

Steiermärkische Gebietskrankenkasse. o. J. Ambulatorium für Chirurgie. In: http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow;jsessionid=1E1E9B4D4836F4BF9B99AF373DD4CFAC.jbport_271_esvportal_a?contentid=10007.713394&action=e&windowstate=normal&viewmode=content&mode=view, Stand: 25.08.2014.

Todd, George J. 2014. Glossary of Cardiovascular Terms. In: http://www.vasculardoc.com/glossary.aspx, Stand: 23.08.2014.

University of Southern California/Rancho Lifestyle Redesign. 2013. Injury and Friction. In: http://www.usc.edu/programs/pups/articles-in-depth/injury-and-friction.html, Stand: 23.08.2014.

Vollmar, Horst C./Isfort, Jana/Schürer-Maly, Cornelia/Ratajczak, Kirstin/Koneczny, Nik. 2005. Dekubitus. Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende. In: http://www.patientenleitlinien.de/Dekubitus/dekubitus.html, Stand: 27.07.2014.

Waterlow, Judy. 2005. Waterlow Score Card. In: http://www.judy-waterlow.co.uk/the-waterlow-score-card.htm, Stand: 01.07.2014.

Wiese, Kirsten C. 2012. Glossar. In: http://www.hautpraxis-wiese.de/glossar/, Stand: 14.08.2014.

Witte, Felicitas. 2012. Chronische Wunden - die Behandlung. In: http://www.netdoktor.de/Krankheiten/Wundversorgung/Therapie/Chronische-Wunden-die-Behandl-10208.html, Stand: 05.09.2014.

York Law Corporation. 2008. Prevention of Bedsores. In: http://www.badbedsores.com/prevention.html, Stand: 10.09.2014.

Zeilberger, Karlheinz. 2009. Was sind Enzyme? In: http://www.netdoktor.de/Diagnostik+Behandlungen/Laborwerte/Enzyme-2148.html, Stand: 12.08.2014.

Anhang

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Terminologie der Pflege im Kontext der transkulturellen PatientInnenkommunikation mit dem Fokus auf das Thema Dekubitus. Am Beginn stehen Grundlagen der Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegekräften im Allgemeinen und die transkulturellen Pflege. Danach folgt ein Abschnitt zur Transkulturellen Pflegekommunikation, wobei der Fokus auf Strategien zum Überwinden von Sprachbarrieren liegt, gefolgt von einem Kapitel über den Dekubitus sowie dessen Ätiologie, Prävention und Therapie. Den Hauptteil dieser Arbeit stellt ein zweisprachiges Glossar (Deutsch–Englisch) zum Thema Dekubitus, das mögliche Bennenungen und Definitionen sowohl für die fachinterne als auch für die fachexterne Kommunikation darstellen soll und für den Einsatz als Hilfsmittel in der mündlichen und schriftlichen PatientInnenkommunikation (z. B. Informationsbroschüren) gedacht ist.

Lebenslauf

Name:	Patrick Shonoda, BA
Ausbildung:	*seit Oktober 2012:* MA-Studium „Übersetzen“ (Arbeitssprachen: Deutsch, Englisch, Russisch) an der Universität Wien
	Oktober 2008 bis Mai 2012: BA-Studium „Transkulturelle Kommunikation“ (Arbeitssprachen: Deutsch, Englisch, Russisch) an der Universität Wien; abgeschlossen mit dem Titel „Bachelor of Arts“ im Mai 2012
	September 2002 bis Juni 2007: Bundeshandelsakademie Wien 10, im Zweig: „Managementlehrer und Entrepeneurship – Qualitätsmanagement und Persönlichkeitsentwicklung“; abgeschlossen mit Reife- und Diplomprüfung im Juni 2007
Berufliche Erfahrung (Auszug):	*seit 19. August 2013:* Meta Communication – Monitoring russischer Medien, erstellen von deutsch- und englischsprachigen Kurzmeldungen, Übersetzung von Schlagzeilen
	seit Jänner 2009: diverse Lektorats- und später Übersetzungsarbeiten
	1. Feber 2011 bis 31. Juli 2011: Österreichische Akademie der Wissenschaften (Historische Kommission) – Transkription außenpolitischer Dokumente aus den 1930er-Jahren
	17. März 2008 bis 30. Dezember 2009: Forschungsstelle Josefsplatz – Lektoratsarbeiten, Registererstellung, Recherchen
Sprachkenntnisse:	Deutsch (A-Sprache)
	Englisch (B-Sprache)
	Russisch (C-Sprache)
	Schwedisch (Grundlagen; Niveau: A2)