



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Übersetzen im Gesundheitswesen:
Erwartungen, Anforderungen, Probleme

Verfasserin

Aida Balic, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 060 342 363

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Übersetzen Englisch Bosnisch/Kroatisch/Serbisch

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Budin

Vorwort

Die Medizin ist ein Fachgebiet von besonders großem Interesse: Hier treffen sehr häufig Fachleute auf Laien und es werden meist sehr heikle Themen behandelt. Wenn in diesem Umfeld unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen und Übersetzer/innen bzw. Dolmetscher/innen ins Spiel kommen, wird die Situation noch komplexer. Es ist eine große Herausforderung für den Übersetzer bzw. die Übersetzerin, einen (meist sehr heiklen) Fachtext adäquat zu übersetzen. Wie genau man dabei vorgeht, hängt natürlich ganz davon ab, für wen die Übersetzung bestimmt ist und wie die restlichen Gegebenheiten aussehen. Hier spielen viele Faktoren eine Rolle, die beachtet werden müssen und die den Übersetzer und die Übersetzerin vor eine große Herausforderung stellen und die in der vorliegenden Arbeit genauer behandelt werden sollen. Trotz der besonderen Sensibilität, die in diesem Fachgebiet notwendig ist und trotz aller Problematik gibt es in Österreich keine einschlägige Ausbildung für medizinische Übersetzung. Die vorliegende Arbeit soll daher die notwendige Theorie zusammentragen, die bei einer Ausbildung zum medizinischen Übersetzer bzw. zur medizinischen Übersetzerin relevant ist, und außerdem der Frage nachgehen, wie die Situation in Österreich aussieht und wie eine optimale medizinische Übersetzung aussehen sollte.

Durch das Verstehen der Theorie und das genaue Auseinandersetzen mit diversen Problemstellungen beim Übersetzen von medizinischen Texten soll hier ein Verständnis hergestellt werden, das Übersetzer und Übersetzerinnen bei ihrer Arbeit unterstützen soll. Besonders für Studierende, die gerade in die Welt des Fachübersetzens einsteigen, kann es von Nutzen sein, sich zunächst mit der Theorie zu beschäftigen und erst dann praktisch tätig zu werden. Durch das Fallbeispiel in der vorliegenden Arbeit soll auch der Einstieg in die Praxis erleichtert werden. Mit dieser Arbeit habe ich es für mich selbst möglich gemacht, mich mit der Theorie des medizinischen Fachübersetzens genauer zu beschäftigen und die Fachsprache der Medizin sowie die Theorie dazu näher kennen zu lernen. Dies schafft auch für mich selbst eine Grundlage, mit der ich in Zukunft weiterarbeiten kann und die ich weiter ausbauen möchte. Im Zuge meines Studiums hatte ich nicht ausreichend Gelegenheit, mich mit dem medizinischen Fachübersetzen auseinander zu setzen und aus diesem Grund entstand die hier vorliegende Masterarbeit. Ich hoffe, dass sie auch für andere eine Hilfestellung darstellt.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7
Kurzfassung	8
Abstract.....	9
1 Einleitung	10
2 Einführung: Fachsprachen.....	13
2.1 Fachsprachen allgemein.....	13
2.1.1 Fachsprache und Kultur.....	18
2.2 Fachsprachen der Medizin	23
2.2.1 Entwicklungsgeschichte der medizinischen Fachsprache	24
2.2.2 Medizinische Fachsprache in Theorie und Praxis	26
2.2.3 Medical English.....	29
2.2.4 Der kulturelle Aspekt in der Medizin.....	30
3 Das Erstellen von Fachtexten	33
3.1 Allgemein.....	33
3.2 Medical Writing – Verfassen von medizinischen Texten.....	36
4 Das Fachübersetzen	43
4.1 Fachübersetzen in Theorie und Praxis	43
4.2 Der kulturelle Aspekt beim Fachübersetzen	49
5 Das Übersetzen von medizinischen Texten.....	51
5.1 Die Geschichte der medizinischen Übersetzung.....	52
5.2 Medizinische Übersetzung in Theorie und Praxis	55
5.2.1 Die Ausbildung zum/zur medizinischen Übersetzer/in	58
5.2.2 Medizinisches Übersetzen Schritt für Schritt – eine mögliche Anleitung.....	62
5.2.3 Übersetzungsprobleme erkennen und lösen	65
6 Introduction to Dementia: Eine Beispielübersetzung.....	67
6.1 Die Textanalyse	67
6.1.1 Ausgangstextanalyse	69
6.1.2 Zieltextanalyse.....	72
6.2 Recherchedokumentation.....	75

6.2.1 Allgemein	75
6.2.2 Terminologische Schwierigkeiten	77
6.2.3 Recherchebeispiele	80
6.3 Introduction to Dementia: Übersetzung Englisch-Deutsch	83
6.3.1 Einleitung	83
6.3.2 Übersetzung	83
6.4 Terminologieliste	100
6.4.1 Einleitung	100
6.4.2 Terminologieliste	101
7 Conclusio	111
Nachwort	115
Literaturverzeichnis	116
Hauptliteratur	116
Nebenliteratur	119
Websites	119
Abbildungsverzeichnis	119
Anhang 1: Ausgangstext	121
Anhang 2: Lebenslauf	136

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich zu allererst bei meiner Familie und bei meinem Verlobten für ihre bedingungslose Liebe und Unterstützung bedanken. Vielen Dank an meine Eltern, ohne die ich diese Arbeit wahrscheinlich nie abgeschlossen hätte und die mich während meines gesamten Studiums in jeder Hinsicht unterstützt haben und immer für mich da waren. Danke auch an meine Schwester Esmina, die immer für mich da war wenn ich sie gebraucht habe und mich bei fachlichen Fragen im Bereich Gesundheitswesen unterstützt und mir so sehr geholfen hat, einige Unklarheiten, die bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit auftauchten, aus dem Weg zu räumen. Des Weiteren danke ich auch meiner kleinen Schwester Anita dafür, dass sie immer an mich glaubt und hinter mir steht.

Ein besonderer Dank gilt meinem Verlobten Emin, der mich während der anstrengenden Zeit bei der Erstellung der Arbeit immens unterstützt hat, viel Verständnis für mich gezeigt und mir vieles abgenommen hat, damit ich mich ausschließlich auf die Arbeit konzentrieren konnte. Ohne ihn hätte ich wahrscheinlich doppelt so lange gebraucht, um sie abzuschließen. Danke, dass du immer für mich da bist!

Außerdem danke ich meinem Betreuer, Herrn Univ.-Prof. Dr. Gerhard Budin, für seine Unterstützung und die wertvollen Ratschläge für die Erstellung der vorliegenden Arbeit, sowie für die prompte Beantwortung aller meiner Fragen. Vielen Dank!

Ich danke auch Frau Mag. Elisabeth Frank-Großebner, die mir großzügiger Weise ihre gekürzte Version des Textes *Introduction to Dementia* zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt und mir somit ermöglicht hat, die vorliegende Arbeit mittels eines interessanten Fallbeispiels abwechslungsreicher und spannender zu gestalten.

Last but not least möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Korrekturleser/innen Emin, Marijana und Sonja bedanken. Danke für die Zeit, die ihr euch genommen habt und für euer ehrliches und sehr wertvolles Feedback!

Kurzfassung

Kaum ein anderes Wissenschaftsgebiet hat seit jeher solch einen Reiz auf den Menschen ausgeübt wie es in der Medizin der Fall ist. Der menschliche Körper und die Gesundheit sind Themen, welche die Menschheit seit jeher beschäftigt haben und mit denen sich Fachleute schon immer sehr intensiv auseinandergesetzt haben. In kaum einem anderen Fachgebiet wurden so viele unterschiedliche Werke in verschiedenen Sprachen verfasst, wie dies in der Medizin der Fall ist. Durch ihre lange Geschichte und den seit jeher stattfindenden regen fachlichen Austausch zwischen den Kulturen hat auch die medizinische Fachübersetzung eine besondere Bedeutung. Nur durch die Übersetzung war und ist es möglich, Wissen auf internationaler Ebene weiterzugeben und somit sicherzustellen, dass dieses Fachgebiet immer weiter voranschreiten kann und dass nahezu täglich neue Erkenntnisse gewonnen werden können. Internationale Zusammenarbeit ist für diesen Fortschritt essentiell und aus diesem Grund kommt medizinischen Fachübersetzern und Fachübersetzerinnen eine besondere Bedeutung zu.

Umso interessanter bzw. verwunderlicher ist es, dass es im deutschsprachigen Gebiet keine explizite Ausbildung für die medizinische Fachübersetzung gibt und dass dieses Thema in der translationswissenschaftlichen Fachliteratur nach wie vor vernachlässigt wird. Ganz im Gegensatz dazu beschäftigt man sich in den USA, in Großbritannien und Spanien wesentlich intensiver mit diesem Gebiet. Einschlägige Ausbildungen und Master-Studiengänge in Spanien können ein Vorbild für mögliche Ausbildungsmodelle in Österreich sein. Die vorliegende Arbeit soll für den deutschen Sprachraum einen ersten Schritt in diese Richtung darstellen. Durch die umfassende Beschäftigung mit der medizinischen Fachsprache, dem Verfassen von medizinischen Fachtexten sowie mit der medizinischen Fachübersetzung wird zunächst ein theoretisches Grundwissen geschaffen, das auch im Rahmen einer Ausbildung zum/zur medizinischen Übersetzer/in weitergegeben werden sollte. Die Grundfrage, die dabei beantwortet werden soll, ist jene, wie eine medizinische Übersetzung auszusehen hat, welche theoretischen Grundlagen für eine Ausbildung zum/zur medizinischen Übersetzer/in von Bedeutung sind und wie eine solche Ausbildung aussehen könnte. Es werden zunächst die einzelnen Schritte in der Theorie ermittelt, dann im Fallbeispiel ausgeführt und schließlich in der Conclusio zusammengefasst. Die vorliegende Arbeit stellt also gleichzeitig eine mögliche Vorgehensweise bei der Entwicklung eines Studienplans für medizinische Übersetzung dar.

Abstract

Medicine is a scientific field like no other: it has always had a special appeal to humanity, since the human body and health represent topics that have always fascinated people. Scientists have always worked very intensely within this scientific field and nowhere else did they write such a high amount of scientific papers in many different languages like they did in the medical field. Medical translation has become very important thanks to the long history of scientific exchange in the medical field. Translation has always made and will always make it possible to give on knowledge across the borders, to make sure that this scientific field can go through such a huge progress, and that new findings can be made almost daily. International cooperation is essential for this progress and this is why medical translators play such an important role in this field.

Despite all of that, there is no explicit training for medical translators in German speaking countries and the subject of medical translation is still being widely ignored by German literature on translation theory. In contrast to that, the USA, Great Britain and Spain are examples for countries that are far more concerned about the important topic of medical translation. In Spain, there are specific educational institutions and even Master's degrees that can be obtained in medical translation and that should be a role model for possible trainings and courses in Austria.

This master thesis makes a first step in that direction for German speaking countries. It deals closely with medical language, medical writing and medical translation and offers basic knowledge of the theory, which is further deepened by a comprehensive case study and which also should be taught in the course of a master's degree. The fundamental issue to be dealt with in the course of the thesis was to provide an ideal step-by-step strategy for the translation of a medical text, to find the most important theoretical approach that should be taught in a master's degree, and to find an appropriate example of how a master's degree or a similar course for medical translation should look like. In order to obtain a solution to this issue, the single steps are determined in theory at first. Afterwards, the steps are carried out within the case study and, eventually, summarized in a conclusion chapter. Hence, this thesis suggests a step-by-step guide for a possible strategy for the translation of a medical text, stating that, however, there is no *perfect* or *ideal* way to carry out a translation, but that the strategy also depends on the respective translator, on the translation assignment, and on the framework situation. At the same time, the thesis suggests a possible approach for the creation of a curriculum in a master's degree for medical translation.

1 Einleitung

Beim Fachübersetzen im Bereich des Gesundheitswesens werden ganz bestimmte Anforderungen an den Übersetzer bzw. die Übersetzerin gestellt – Übersetzungsfehler können in diesem Gebiet verheerende Folgen haben. Natürlich kann dies auch in anderen Fachgebieten der Fall sein, doch beim Fachübersetzen im Gesundheitswesen wirken sich die Fehler häufig direkt auf die Gesundheit oder sogar das Leben des Patienten oder der Patientin aus. Deshalb ist es besonders wichtig, dass beim Übersetzen im medizinischen Bereich nur Experten und Expertinnen herangezogen werden, die über eine umfassende Ausbildung verfügen und im besten Fall auch bereits Berufserfahrung sammeln konnten. Mit den genauen Gründen für diese Anforderungen, mit den Anforderungen und Erwartungen der Auftraggeber/Auftraggeberinnen bzw. der Leser/Leserinnen in der Zielkultur an das Translat sowie mit den besonderen Problemstellungen, mit denen Fachübersetzer und Fachübersetzerinnen im Gesundheitswesen Tag für Tag konfrontiert sind, soll sich die vorliegende Arbeit genauer beschäftigen. Mithilfe der grundlegenden Theorie und eines Fallbeispiels zur genaueren Illustrierung der Praxis soll ermittelt werden, wie die optimale Vorgehensweise bei der Übersetzung von medizinischen Fachtexten aussehen könnte und welches Hintergrundwissen im Zuge einer Ausbildung im medizinischen Übersetzen von Nutzen sein könnte.

Die Arbeit soll als Einführung in die Thematik des Übersetzens im Gesundheitswesen, im Folgenden auch medizinische Übersetzung genannt, dienen und auf die Problematik und die Besonderheiten des Fachübersetzens in diesem Gebiet eingehen, sowie eine Wissensgrundlage liefern, die auch im Zuge einer Ausbildung zum/zur medizinischen Übersetzer/in geboten werden sollte. Dazu wird zunächst näher auf die einzelnen Fachsprachen eingegangen, es werden ihre Eigenheiten zusammengefasst und die Besonderheiten erläutert. Danach werden Einzelheiten zum Verfassen von Fachtexten bzw. medizinischen Texten geliefert. Im Anschluss daran wird das Fachübersetzen selbst näher beleuchtet und damit ein Übergang zum nächsten Kapitel mit dem Thema „Fachübersetzen im Gesundheitswesen“ geschaffen. In diesem Kapitel wird genauer auf die speziellen Anforderungen und Problemstellungen beim Übersetzen von Fachtexten aus dem medizinischen Bereich eingegangen. Dabei werden sowohl der Ausdruck *Gesundheitswesen* als auch der Ausdruck *Medizin* verwendet und sollen als Synonyme verstanden werden. Eine Differenzierung der beiden Ausdrücke würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit gehen.

Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt beim Übersetzen – wenn nicht sogar der zentrale Aspekt – ist die Kultur. Übersetzen wird nicht selten als *kultureller Transfer*

bezeichnet – also der Transfer eines Textes aus der Ausgangs- in die Zielkultur (vgl. Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 59ff). Dabei wird Kultur als „Ergebnis der Umgebung, in der wir leben, der Bedürfnisse, die in Bezug auf diese Umgebung befriedigt werden sollen und nicht zuletzt, der Art und Weise, wie wir mit diesen Bedürfnissen umgehen und über sie kommunizieren“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 60) gesehen. Die Kulturspezifität ist also ein Aspekt, der unser gesamtes Leben bestimmt und sich klarerweise auch in unserer Sprache, Sprech- und Schreibweise widerspiegelt. Da diese Kulturspezifität von Land zu Land und von Sprache zu Sprache unterschiedlich ist, muss sich der Übersetzer bzw. die Übersetzerin dessen zu jedem Zeitpunkt bewusst sein und bewusste Entscheidungen treffen, die sich auf das Translat auswirken. Lässt man den kulturellen Aspekt beim Übersetzen außer Acht, wird man keine geglückte Übersetzung produzieren können. Von einer *geglückten* Übersetzung spricht man, wenn die Kommunikationspartner und Kommunikationspartnerinnen den Sinn und die Bedeutung einer Aussage verstanden haben, d.h. wenn sie erfassen, was gemeint ist (vgl. Kadrić, 2009: 20). Ist die Übersetzung hingegen misslungen, manifestiert sich dies in Form von „Protest“ (Reiß/Vermeer, 1984: 106), d.h. der Kommunikationspartner oder die Kommunikationspartnerin reagieren in Form von Verwunderung, Verwirrung o.ä.

Da der kulturelle Aspekt ein entscheidender Faktor bei der professionellen Übersetzung ist und sich in jedem Text wiederfindet, wird in dieser Arbeit auch ausführlich darauf eingegangen – sowohl auf den kulturellen Aspekt in eigenständigen Fachtexten als auch auf den kulturellen Aspekt beim translatorischen Handeln.

In weiterer Folge sollen in der vorliegenden Arbeit anhand eines Fallbeispiels die vorher zusammengetragenen Fakten aus der Theorie zumindest zu einem kleinen Teil auch in der Praxis bildlich dargestellt werden. Dabei wird auch eine mögliche Vorgehensweise für die Übersetzungsarbeit im Zuge von Lehrveranstaltungen eines Lehrgangs für medizinische Übersetzung präsentiert. Die Arbeit umfasst daher neben dem Theorieteil auch einen praktischen Teil mit einer vollständigen Übersetzung des Textes *Introduction to Dementia* aus dem Englischen ins Deutsche, einer Textanalyse (Auftrags- und Zieldokumentation), einer Recherchedokumentation und einer an den Ausgangstext angelehnten Terminologieliste. Damit soll die Schritt-für-Schritt-Anleitung für das medizinische Übersetzen in die Praxis umgesetzt und näher untersucht werden.

Das Ziel eines Übersetzungsprozesses soll immer sein, eine stilistisch adäquate und markttaugliche Übersetzung zu produzieren und sich dabei der möglichen Stolpersteine und Problemstellungen bewusst zu sein, sodass man sie sicher umgehen und sich gleichzeitig gewandt und fachlich adäquat ausdrücken kann. Dazu ist es notwendig, den Text zu analysieren und eine Auftragsanalyse zu erstellen. Diese hilft dem/der Überset-

zer/in bei zahlreichen Entscheidungsfragen – beispielsweise ist es wichtig, das Zielpublikum zu kennen, um eine stilistisch und terminologisch adäquate Übersetzung produzieren zu können. Außerdem hilft die Analyse dabei, den Sinn und Zweck des Textes zu erfassen und somit eine Übersetzung zu produzieren, welche den Vorstellungen des Auftraggebers/der Auftraggeberin entspricht und seine Erwartungen und Anforderungen erfüllt. Aus diesem Grund wird im Fallbeispiel als Erstes eine Analyse präsentiert, wie sie bei jeder Übersetzung meistens automatisch im Kopf des Übersetzers oder der Übersetzerin abläuft. Im hier vorliegenden Fall wurde die Analyse in Anlehnung an das von Christiane Nord (1988) ausgearbeitete Analysemodell angefertigt, jedoch in einer komprimierten Form, da eine ausführliche und genauere Analyse den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Auf einzelne Problemstellungen wird in der Recherchedokumentation genauer eingegangen, welche der Übersetzung ebenfalls vorausgeht, da der Großteil der Recherchearbeit im translatorischen Handeln meist auch der eigentlichen Übersetzung vorausgeht. Wie Stolze richtig festhält, muss dem Übersetzungsprozess immer Verständnis vorausgehen. Erst wenn man den Text versteht, kann man ihn übersetzen bzw. den Übersetzungsauftrag überhaupt annehmen (vgl. Stolze, 2009: 369f.). Um einen Text zu verstehen ist es notwendig, unklare Textstellen, Terminologie und fachspezifische Fakten zu recherchieren und sich in das Fachgebiet selbst einzuarbeiten. Deswegen spricht man der Recherchearbeit als Mittel für ein erfolgreiches translatorisches Handeln auch eine sehr hohe Bedeutung zu. Die Recherchedokumentation in dieser Arbeit beschreibt zunächst die Vorgangsweise beim Übersetzen und den Übersetzungsprozess selbst etwas näher. Im Anschluss daran werden einzelne Textstellen näher erläutert, die im Zuge der Übersetzungsarbeit genauerer Recherche bedurften oder auf andere Art und Weise Probleme darstellten oder erwähnenswert waren. So soll den Lesern und Leserinnen die Problematik beim Übersetzen von medizinischen Fachtexten vom Englischen ins Deutsche (und auch umgekehrt) näher gebracht werden. Um die Übersetzung nachvollziehbarer zu gestalten, enthält diese Arbeit nach dem übersetzten Text eine Terminiologieliste, welche die wichtigsten Begriffe beinhaltet, die im Text vorkommen. Dabei wurden nur die deutschen und englischen Termini angeführt und auf Quellenangaben verzichtet. Die Quellen sind im Literaturverzeichnis unter dem Punkt Nebenliteratur zu finden. In den folgenden Kapiteln wird die Theorie präsentiert, die auch im Rahmen einer Ausbildung für medizinische Übersetzung behandelt werden sollte. Dabei wird das Wissen nach und nach aufgebaut und durch das Praxisbeispiel gefestigt, außerdem wird in einem eigenen Kapitel näher auf die Ausbildung für medizinische Übersetzung eingegangen.

2 Einführung: Fachsprachen

2.1 Fachsprachen allgemein

Der Begriff *Fachsprache* ist sehr breit gefächert und wird von Experten und Expertinnen unterschiedlich definiert. Eine der allgemein gültigen Definitionen ist jene von Hoffmann:

„Fachsprache – das ist die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um eine Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.“ (Hoffmann, 1985: 53)

Aus dieser Aussage geht klar hervor, dass sich Fachsprache auf bestimmte Bereiche bezieht, die fachlich begrenzt werden können, die sich also nicht auf das alltägliche Leben beziehen. Im Gegensatz zur Fachsprache gibt es noch die Gemeinsprache – also jene Sprache, die im Alltag verwendet wird und von allen Personen, die des Sprechens und des Verstehens mächtig sind, verstanden und gesprochen werden kann.

Da es keine klare Regelung gibt, wo die Gemeinsprache endet und die Fachsprache beginnt, kommt es hier häufig zu Abgrenzungsproblemen. Das Mittel der Fachkommunikation ist – wie bereits erwähnt – die Fachsprache. Es ist wichtig zu differenzieren, was die Fachtexte als solche auszeichnet, welche spezifischen Unterschiede es bei Texten aus verschiedenen Fachbereichen gibt, welche Rolle sprachliche Charakteristika in der jeweiligen Kommunikationssituation haben und wie die einzelsprachlichen Besonderheiten aufgrund von Kulturunterschieden voneinander unterschieden werden müssen (vgl. Stolze, 2009: 42).

Die Fachsprache hat eine bestimmte Funktion und dient der Wissenschaft als Kommunikationsmittel für verschiedene Publikationen und andere fachspezifische Textsorten.

„Das Wissen von den Dingen oder die humanorientierte Erfahrung ist zwar auch ohne Sprache möglich, aber jede Wissenschaft tritt uns immer als sprachlich definiertes und klassifiziertes Wissen entgegen. Sprache ist dabei zwar Voraussetzung der Kommunikation in den Wissenschaften, doch die Fachsprachen sollen diese Wirklichkeit ordnen, definieren und klassifizieren helfen.

Fachwissen lässt sich nur durch fachliche Kommunikation repräsentieren“ [...] „und wird so weiter auf- und ausgebaut. Das wissenschaftliche Sprechen dient der Erkenntnis des jeweiligen Gegenstands oder Sachverhalts und der Mitteilung des Erkannten, und so entwickelt die Sprache der Wissenschaften und Handwerke ein Zeichensystem für komplexe Beziehungen mit dem Ziel der größtmöglichen Verallgemeinerung.“ [...] „Der Aufbau und das Abrufen von systematischem Wissen ist also nur über Versprachlichung möglich.“ (Stolze, 2009: 42f)

Diese „Versprachlichung“ ist – mit anderen Worten ausgedrückt – die Fachsprache in einem bestimmten Fachgebiet. Ohne Fachsprache wäre es nicht möglich, fachliches Wissen weiterzugeben oder über fachliche Themen zu kommunizieren. Laut Stolze ist jedoch bemerkenswert, dass „zur Beschreibung des fachlichen Wissens zunächst die Gemeinsprache verwendet wird. Die Fremdsprachen sind aus der Gemeinsprache heraus entstanden.“ (Stolze, 2009: 43). Stolze führt außerdem an, dass Gemeinsprache eine „usuelle oder präskribierte Varietät“ ist, die in einer Sprachgemeinschaft „überregional und transsozial als allgemeines Verständigungsmedium dient“ (Stolze, 2009: 43) und die Wurzel ist, aus der die Fachsprachen entstanden sind. Die Fachsprachen haben sich in weiterer Folge sehr schnell weiterentwickelt bzw. tun dies nach wie vor, sodass diverse Fachlexika sehr schnell veralten und der Wortschatz der Fachsprachen seit Langem weitaus umfangreicher ist als der der Gemeinsprache (vgl. Stolze, 2009: 43). Fachsprache und Gemeinsprache hängen eng miteinander zusammen – das Verhältnis zwischen beiden wird als „bipolare Relation gesehen, die sich wechselseitig in dynamischem Austausch befindet“ (Stolze, 2009: 45).

Für Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ist die Gemeinsprache jene umfassende Sprache, die allgemeine Bereiche der Welt thematisiert. Gruppen, die sich „innerhalb einer Kultur mit besonderen Ausschnitten der bereits kulturspezifisch interpretierten Realität befassen“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 125), haben spezifische kollektive Ziele (z.B. Erkenntnisgewinn, wirtschaftlichen Gewinn u.a.) und wollen auch darüber kommunizieren, vor allem innerhalb der Interessensgruppe mit ihren Fachkollegen/-innen. Dafür brauchen sie spezielle Begriffe und Wörter, welche sie zum Teil aus der Gemeinsprache beziehen (Wörter) und dann neu bilden (Begriffe). Die Besonderheit dabei ist, dass sich die Fachsprache sehr präzise ausdrückt. Während in der Gemeinsprache viele Wörter mehrere Bedeutungen haben, hat in der Fachsprache jedes Wort eine präzise Bedeutung, die meist mit expliziten Definitionen bestimmt wird (vgl. Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 125f). Das bedeutet, dass bestimmtes Wissen vorausgesetzt wird, um in einer Fachsprache kommunizieren zu können:

„Wie die Zugehörigkeit zu einer Kultur- oder Sprachgemeinschaft voraussetzt, dass man weiß, was ‚gemeint‘ ist (d.h. dass man Zugang zum kulturspezifischen Wissen und der dazugehörigen sprachlichen Benennung hat), so setzt auch die Zugehörigkeit zu einem Fachkollektiv voraus, dass man weiß, was ‚gemeint‘ ist. Mit anderen Worten, Fachleute identifizieren ein Wort mit *einer* spezifischen, vom Fachkollektiv explizit oder implizit vereinbarten Bedeutung. Diese Bedeutung gibt das fachspezifische Wissen über einen Aspekt des Realitätsausschnitts wieder, der als Fachgegenstand aus der objektiven Realität durch die fachspezifische Interpretation ‚herausgelöst‘ wurde.“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 127)

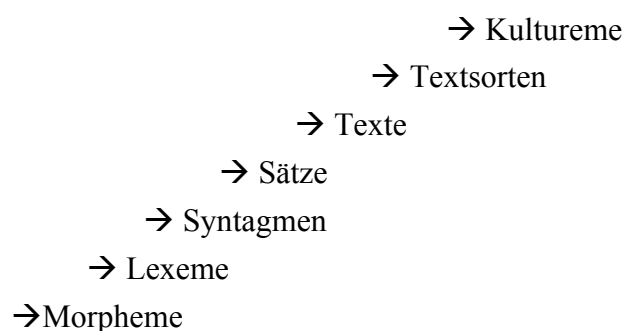
Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke streichen außerdem hervor, dass Fachsprache durch gemeinsame Benennungen (Wörter) mit der Gemeinsprache verbunden ist, sich aber dadurch von dieser entscheidet, dass sie die Benennungen zu präzisen, eindeutig definierten Begriffen zuordnet. Fachtexte sind demnach ein Ausdruck außersprachlicher Realität, die „durch eine gesellschaftliche Sub-Gruppe für besondere Zwecke auf besondere Weise interpretiert wird“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 127).

Laut Hoffmann sind die sprachlichen Mittel selbst nicht das Besondere an der Fachsprache, sondern die Auswahl und die Zusammenstellung von denselben:

„Jede Fachsprache wäre unter diesen Umständen ein relativ selbstständiges Kommunikationsmittel und verhielte sich zur Gesamtsprache wie das *Besondere* zum *Allgemeinen*; ihre Besonderheit läge aber nur in der Auswahl und Zusammenstellung der sprachlichen Mittel zu einem speziellen Zweck, nicht in den sprachlichen Mitteln selbst.“ (Hoffmann, 1985: 50)

Diese Definition impliziert, dass in der Fachsprache keine besonderen sprachlichen Mittel verwendet werden, was jedoch eher anzufechten ist, da die Fachsprache, wie bereits erwähnt, aus der Gemeinsprache entstanden ist und sich danach selbstständig weiterentwickelt hat: sie entwickelte und entwickelt weiterhin eigene Lexeme, Termini etc. und ist so gesehen auch in dieser Hinsicht *besonders*.

Neben der Tatsache, dass in Fachtexten gewisse Varietäten koexistieren – nämlich das Gemein-sprachliche und das Fachliche – gibt es laut Stolze außerdem noch die „Koexistenz verschiedener Ebenen, die linguistisch bei den Einzelsprachen untersucht werden“ (Stolze, 2009: 45). Diese Ebenen gliedert Stolze wie folgt:



(vgl. Stolze, 2009: 45)

Diese Gliederung der Ebenen einer Sprache ist eine große Unterstützung beim Analysieren und Beschreiben von Fachtexten. Die spezielle Fachterminologie (Lexeme) gehört zu den fachsprachlichen Merkmalen, ebenso etwaige Abbildungen und außerdem

bestimmte Besonderheiten sprachlicher und stilistischer Natur, also Syntagmen, Sätze und Textsorten, die bei einer Übersetzung ebenfalls relevant sind und analysiert werden müssen. Des Weiteren sind Texte von ihrem Fachgebiet abhängig, Textsorten variieren je nach Kommunikationssituation und Kultureme (Kulturspezifika) liefern Informationen in Hinblick auf das kulturelle Umfeld, welches auch die Fachkommunikation beeinflusst (vgl. Stolze, 2009: 45f).

Bei einer Analyse geht man also zunächst von den kleinsten Einheiten – den Morphemen und Lexemen – aus und arbeitet sich dann voran. Die Textanalyse nach Nord (1988) schließt dies mit ein, nämlich mit der Frage „Mit welchen Worten?“ (siehe Ausgangstextanalyse Kapitel 6.1.1). Diese Einheiten haben als erste Einfluss auf das fachliche und sprachliche Niveau eines Fachtextes. Je mehr fachsprachliche Termini in einem Text vorhanden sind, desto fachlicher wird er: sein „Fachsprachlichkeitsgrad“ (Stolze, 2009: 46) steigt.

In weiterer Folge werden bei der Analyse Syntagmen und Sätze genauer untersucht. Je nach Länge und Beschaffenheit der Sätze eines Fachtextes variiert auch sein sprachlicher Schwierigkeitsgrad. Beim in dieser Arbeit präsentierten Fallbeispiel handelt es sich beispielsweise auf der Wortebene um einen gehobenen Fachtext: es werden zahlreiche medizinische Fachtermini angeführt, die die Recherchearbeit vor dem Übersetzen relativ arbeitsaufwändig machen. Auf der Satzebene hingegen ist der Text eher im einfacheren Bereich anzufinden: Die Texte sind relativ kurz gehalten und sind auch kaum ineinander verschachtelt oder auf sonstige Art und Weise komplex.

Der nächste zu analysierende Aspekt sind die Textsorten. Eine Textsorte alleine bestimmt nicht unbedingt den Schwierigkeitsgrad eines Textes. Sie gibt dem Übersetzer bzw. der Übersetzerin aber weitere Hinweise auf die Art und Weise, wie das Translat aussehen soll bzw. welche Funktion und Wirkung es in der Zielsprache erfüllen soll.

Kultureme sind ein besonders wichtiger Aspekt in der Translationswissenschaft. Sie setzen jedem Text einen bestimmten Stempel auf und markieren ihn als einen Text aus einer bestimmten Kultur. Die Kultureme sind es, die eine gute Übersetzung ausmachen – sie entscheiden darüber, ob ein Text in der Zielkultur als „geglückt“ angenommen wird, oder ob er Protest verursacht, da er sich nicht in die Kultur integriert. Im Gegensatz zu den restlichen Ebenen eines Textes sind Kultureme nicht unbedingt ein Indikator für die Fachsprachlichkeit eines Fachtextes. Sie sind jedoch trotzdem ein besonders wichtiger Faktor, der einen Text und seine Wirkung auf den Leser bzw. die Leserin ausübt. Näheres zu Kultur und Fachtext siehe Kapitel 2.1.1.

Fachsprache ist häufig das Medium bei der Vermittlung von (Fach-)Wissen, wobei die Kommunizierbarkeit von fachlichen Inhalten als *Fachinformation*, der Mitteilungsprozess fachlicher Inhalte als *Fachkommunikation* bezeichnet werden. Dazu zählen laut Fluck z.B. Instruktionen einer betrieblichen Ausbildung im Bergbau („Berufsfachsprachen“), das Einarbeiten in die Fachsprache der Biologie im Sachunterricht einer allgemeinbildenden Schule („Schulfachsprachen“), die Hinführung zur juristischen Fachsprache während des Jusstudiums („Studienfachsprachen“, „Wissenschaftssprachen“) oder die Beschäftigung mit einem Sachfach im Rahmen einer ÜbersetzerInnen/DolmetscherInnen-Ausbildung („Fachfremdsprache“). In diesen Fällen sind Lernen und Sprache/Spracherwerb eng miteinander verknüpft, denn mit dem Erlernen fachlicher Inhalte geht in den meisten Fällen gleichzeitig auch der Erwerb der jeweiligen Fachsprache einher. (Fach-)Sprachliches Handeln ist ein wichtiger Bestandteil in der Ausbildung, wobei der Fremdspracherwerb meist in der Muttersprache erfolgt, wobei heute immer mehr fachliche Ausbildungen in Fremdsprachen gehalten werden (vgl. Fluck, 1992: 1).

Fluck führt in seinem Werk außerdem aus, wie sehr der Umfang der Fachsprachen und die Nachfrage nach Fachkommunikation gewachsen sind und immer weiter wachsen. Laut ihm liegt die Funktion der Sprachvermittlung im fachsprachlichen Bereich sowohl in der Mutter- als auch in der Fremdsprache „in der Befriedigung eines besonderen gesellschaftlichen und individuellen Bedarfs im Hinblick auf die“ [...] „Thematisierung und Darstellung fachlicher Bedeutungsgehalte in Form der Fachkommunikation.“ (Fluck, 1992: 3).

Fluck gliedert die Fachkommunikation in vier Bereiche:

- „ausbildungsbezogene Fachkommunikation
- berufspraxisbezogene Fachkommunikation
- wissenschaftsbezogene Fachkommunikation
- öffentlichkeitsbezogene Fachkommunikation“ (Fluck, 1992: 3)

Nach dieser Einteilung gibt es – wie bereits ausgeführt – zunächst Kommunikationssituationen, die ausbildungsbezogen sind, also in der Schule/Ausbildung stattfinden. Wie beschrieben werden dabei während der schulischen Ausbildung Fachsprachen erlernt, indem verschiedene Fachgebiete durchgearbeitet und gelernt werden. In der berufsbezogenen Fachkommunikation findet die Kommunikation im beruflichen Umfeld statt. Hier ist die Fachsprache bereits spezifischer und wird beispielsweise bei verschiedenen Instruktionen in technischen Berufen angewandt. Wissenschaftsbezogene Fachkommunikation findet an der Universität statt – hier gibt es, je nach Studienrichtung,

verschiedene Fachgebiete, in denen sehr ausführlich in der Fachsprache kommuniziert wird. Als Beispiele können hier die Rechtssprache im Jusstudium oder die medizinische Fachsprache im Medizinstudium angeführt werden. Öffentlichkeitsbezogene Fachkommunikation findet statt, wenn beispielsweise politische Wahlergebnisse öffentlich präsentiert werden und dabei die Fachsprache der Politik zur Anwendung kommt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Fachsprachen für das Vermitteln von Wissen und die Kommunikation in verschiedenen Fachgebieten von großer Bedeutung sind. Sie sind aus der Gemeinsprache entstanden und haben sich danach immer weiter entwickelt, sodass im Laufe der Zeit selbstständige (Fach-)Sprachsysteme entstanden sind.

Fachsprachen werden nicht nur im klassischen Sprachunterricht (beispielsweise für Übersetzer/innen und Dolmetscher/innen) vermittelt – es gibt zahlreiche andere Möglichkeiten, wie sie erlernt werden: In der Schule und während einschlägiger fachlicher Studien erlernen Schüler und Schülerinnen bzw. Studierende nicht nur die fachlichen und sachlichen Inhalte, sondern auch die dazugehörigen Fachsprachen. Des Weiteren lernen Berufstätige auch im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn immer dazu, nicht nur sachliche Inhalte sondern auch die dazugehörige Fachsprache. Ohne diese wäre die Kommunikation in fachlichen Kreisen kaum möglich, deswegen ist sie auch sehr bedeutend für die Wissenschaft und alle Fachdisziplinen.

2.1.1 Fachsprache und Kultur

Wie bereits erwähnt ist der kulturelle Aspekt ein besonders wichtiger intratextueller Faktor, der einen bestimmten Text in eine bestimmte Gesellschaft einbettet und umgekehrt durch gewisse Eigenschaften einer bestimmten Kultur bzw. Gesellschaft zugeordnet werden kann. Auch in der Theorie vom translatorischen Handeln (Holz-Mänttari, 1984) wird der kulturelle Aspekt als zentral angesehen. Auf den kulturellen Aspekt beim Übersetzen soll jedoch in den folgenden Kapiteln noch genauer eingegangen werden. Dieses Kapitel soll sich nur mit dem kulturellen Aspekt in Fachtexten und bei der Fachkommunikation beschäftigen.

Zunächst ist dabei die Frage zu klären, was der Begriff *Kultur* überhaupt bedeutet. Dieser Frage sind bereits zahlreiche Theoretiker nachgegangen und es existieren umfassende Theorien zum Thema und Definitionen für den Begriff *Kultur*. Es gibt jedoch keine einheitliche, allgemein anerkannte Definition für Kultur, da die Bedeutung je nach Kontext und Benutzer variiert (vgl. Maletzke, 1996: 15). In Anlehnung an Ma-

letzke wird der Begriff *Kultur* auch in der vorliegenden Arbeit im Sinne der modernen Kulturanthropologie verwendet:

„In der Kulturanthropologie ist Kultur im wesentlichen zu verstehen als ein System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen, Wertorientierungen, die sowohl im Verhalten und Handeln der Menschen als auch in ihren geistigen und materiellen Produkten sichtbar werden. Ganz vereinfacht kann man sagen: Kultur ist die Art und Weise, wie die Menschen leben und was sie aus sich selbst und ihrer Welt machen.“ (Maletzke, 1996: 16)

Laut Maletzke gibt es verschiedene „Strukturmerkmale“ oder Kategorien, „in denen sich Kulturen voneinander abheben und die in ihrer strukturierten Gesamtheit das spezifische Profil einer Kultur bilden“ (Maletzke, 1996: 42). Diese kulturellen Strukturmerkmale sind:

- *Nationalcharakter und Basispersönlichkeit*: Menschen einer Nation ähneln sich in den Grundmustern ihres Erlebens und Verhaltens sowie ihrer Persönlichkeit und heben sich so von Menschen anderer Nationen ab. Hier besteht die Gefahr, dass allgemeine Klischees angewandt werden bzw. Verallgemeinerungen entstehen, die nicht so einfach auf eine gesamte, komplex gegliederte Nation zutreffen können.
- *Wahrnehmung*: Wahrnehmung ist ein sehr komplexer Prozess, bei dem die gesamte Erfahrung und Persönlichkeit eines Menschen mit einfließt und der nie neutral oder passiv ist. Der Mensch ist aktiv und gestaltend daran beteiligt, daher ist Wahrnehmung sozial und kulturell geformt. Das bedeutet, dass Menschen unterschiedlicher Kulturen die Welt auf ganz unterschiedliche Art und Weise wahrnehmen. Beispiele: Wahrnehmung von Farben, Farbensymbolik, Tastsinn, Geruchssinn,
- *Zeiterleben*: In den verschiedenen Kulturen wird die Zeit völlig unterschiedlich wahrgenommen. Pünktlichkeit wird z.B. in Österreich und Deutschland sehr hohe Bedeutung beigemessen, während man in Lateinamerika grundsätzlich 45 Minuten zu spät kommt.
- *Raumerleben*: Es gibt verschiedene Raumkonzepte in den verschiedenen Kulturen. Während bei uns die Objekte wahrgenommen werden, sind es in Japan die Zwischenräume, denen mehr Beachtung geschenkt wird. Privatem Raum wird unterschiedlich viel Wert beigemessen und auch die Raumgestaltung, räumliche Orientierung und interpersonale Distanz werden unterschiedlich gehandhabt.
- *Denken*: Menschen aus verschiedenen Kulturen denken nicht nur Unterschiedliches, sie denken auch auf unterschiedliche Art und Weise. Aufgrund von diesen Unterschieden entstehen die meisten Kommunikationsschwierigkeiten – viele

Menschen gehen davon aus, dass die menschlichen Denkweisen überall gleich sind und dass alle Menschen so denken, wie man selbst dies tut. Dadurch sind Missverständnisse vorprogrammiert.

- *Sprache*: Als Instrument der Kommunikation und als Trägerin der Erfahrungswelt ist Sprache besonders wichtig. Hier entstehen Kommunikationsschwierigkeiten, wenn Personen aus unterschiedlichen Kulturen mit unterschiedlichen Sprachen die Sprache der jeweils anderen Person nicht sprechen.
- *Nonverbale Kommunikation*: Hier spielen Mimik, Gestik und Paralinguistik eine wichtige Rolle. Die Mimik ist in den verschiedenen Kulturen völlig unterschiedlich – Lachen, Kopfschütteln, Nicken, bestimmte Handzeichen haben die unterschiedlichsten Bedeutungen und können zu gravierenden Missverständnissen führen, wenn zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen.
- *Wertorientierungen* sind Maßstäbe für eine Ordnung und Gewichtung der Welt – auch hier gibt es diverse Unterschiede, die sich mehr oder weniger stark auswirken.
- *Verhaltensmuster* (Sitten, Normen, Rollen) sind, ebenso wie Sprache etc. immer abhängig von der jeweiligen Kultur. Jede Kultur hat ihre eigenen Sitten und Normen, die sich auf unterschiedliche Art und Weise bemerkbar machen.
- *Soziale Gruppierungen und Beziehungen*: Hier gibt es auch viele unterschiedliche Gruppierungen, wie z.B. Familien, Klassen etc., die in verschiedenen Kulturen eine unterschiedlich hohe Rangstellung haben. Auch der *Status* verschiedener Gruppen und Personen wird ganz unterschiedlich gehandhabt.
(vgl. Maletzke, 1996: 42ff)

Laut Maletzke sind diese Strukturmerkmale als Komponenten zu verstehen, „die untereinander funktional verbunden sind und ihren Stellenwert erst im Gesamtzusammenhang, in der Struktur des Ganzen finden“ (Maletzke, 1996: 42). Aus diesem Grund werden, wenn man die Strukturmerkmale einzeln betrachtet, Teilaspekte isoliert, die eigentlich nicht isoliert werden dürften. Erst wenn man alle Aspekte als ein Ganzes betrachtet, erhält man ein Bild von einer bestimmten Kultur. Diese Aspekte sind es schlussendlich auch, die sich in Fachtexten wiederfinden und so Einfluss auf den Autor oder die Autorin üben, ohne dass er oder sie es bewusst wahrnimmt.

Es ist interessant zu wissen, dass der kulturelle Aspekt in literarischen Texten meist wesentlich offensichtlicher ist als in fachlichen, denen aufgrund dessen häufig (zu Unrecht) der Faktor Kultur gänzlich abgesprochen wird. Dies hat verschiedene Ursachen, die in der Verschiedenheit der beiden Textsorten zu finden sind. Als erstes ist hier der *Gegenstandsbereich* zu erwähnen: In Fachtexten umfasst dieser „klar definierte

Ausschnitte der fachspezifischen Wirklichkeit“ (Reinart, 2009: 155), während in der Literatur alle möglichen Bereiche, sowohl aus allgemeinen als auch aus wissenschaftlichen Feldern, abgedeckt werden. Des Weiteren ist das Zielpublikum unterschiedlich: Bei Fachtexten ist dieses im Vorherein bereits bestimmbar, während bei literarischen Texten die Leserschaft kaum eingegrenzt werden kann, auf jeden Fall aber (was Wissens- und Verstehensvoraussetzungen betrifft) wesentlich heterogener ist als die von Fachtexten. Außerdem ist der Umgang mit Sprache sehr unterschiedlich: bei literarischen Texten dürfen Autoren und Autorinnen durchaus innovativ sein, während von Fachtexten erwartet wird, dass sie gewisse etablierte Gestaltungsmuster einhalten. Hier wird der Inhalt vor die Form des Textes gestellt. Auch was die sprachliche Komplexität angeht sind literarische Texte den Fachtexten voraus – literarische Fachtexte haben eine hohe sprachliche Komplexität, bei Fachtexten ist dies sehr unterschiedlich, wobei eine gewisse Informations- oder Terminologiedichte häufig als das Kennzeichen für echte Fachtexte gesehen wird. Auch die Auslegungsmöglichkeiten sind ein wichtiger Punkt, der literarische von fachlichen Texten unterscheidet: während fehlende Interpretationseindeutigkeit eine Eigenschaft der Literatur ist, wird sie bei Fachtexten als *Defekt* gesehen. Eine weitere Tatsache ist, dass Verfasser/innen von Fachtexten häufig anonym bleiben, während Autor/innen von literarischen Texten fast immer bekannt gegeben werden. Dazu kommt, dass literarische Texte von nahezu unbegrenzter Gültigkeit sind, während Fachtexte meistens äußerst kurzlebig sind. Auch die *Entstehungsbedingungen* von literarischen und fachlichen Texten unterscheiden sich voneinander: während literarische Texte häufig über sehr lange Zeit hinweg erstellt werden, entstehen Fachtexte oft unter sehr hohem Zeitdruck - Produktdokumentationen müssen zeitgleich mit dem Produkt an den Markt kommen, Forschungsergebnisse in wissenschaftlichen Arbeiten sollen so schnell wie möglich veröffentlicht werden. Dies hat auch Auswirkungen auf die Übersetzung: bei literarischen Texten wird diese erst in Auftrag gegeben, wenn die Texte fertiggestellt sind. Bei Fachtexten hingegen wird die Übersetzung häufig bereits in Auftrag gegeben, während der Text noch nicht vollständig ist („Simultanübersetzen“) (vgl. Reinart, 2009: 155ff).

All diese Faktoren wirken sich auf die beiden Textsorten aus und bringen Eigenschaften mit sich, welche literarische bzw. fachliche Texte als solche kennzeichnen und einen Text in eine bestimmte Kultur einbetten. In jeder Kultur gehen die Autoren und Autorinnen dabei anders mit den jeweiligen Umständen um und dadurch werden zahlreiche Nuancen in die Texte eingebracht, die als *kulturelle Aspekte* bezeichnet werden können. Dass in literarischen Texten dabei wesentlich mehr Spielraum für das Einbringen von kulturellen Faktoren vorhanden ist, mag dabei zwar stimmen, schließt jedoch

die Tatsache, dass auch in Fachtexten ausreichend Einflüsse aus der jeweiligen Kultur zu finden sind, nicht aus.

Wie sich diese Faktoren in unterschiedlichen Kulturen auswirken, hängt natürlich immer von der Kultur selbst und auch vom Autor bzw. von der Autorin ab – in der schnelllebigen westlichen Welt beispielsweise wird mit Zeitdruck anders umgegangen als in Ländern, in welchen von Natur aus alles eher langsam und gemächlich abläuft. Dies hat zum Teil auch mit der Kommunikationsweise der Menschen in diesen Kulturen zu tun. In östlichen Ländern (z.B. China) läuft Kommunikation sehr kontextbezogen ab – es ist vieles impliziert und wird nicht direkt angesprochen. Man erwartet aber vom Gesprächspartner, dass er versteht, was gemeint ist. Hall spricht hier von „high context communication“ (Hall, 1976: 70ff). In westlichen Ländern (Europa, Amerika) hingegen kommuniziert man eher kontextarm, spricht alles direkt und genau an und so entstehen lebhaftere Diskussionen, bei welchen nicht um den heißen Brei geredet wird. Hall nennt diese Art von Kommunikation „low context communication“ (Hall, 1976: 70ff).

Der Frage, wie sich nun kulturelle Aspekte in der Fachsprache bzw. in Fachtexten äußern, ist Reinart in ihrem Werk „Kulturspezifika in der Fachübersetzung“ (Reinart, 2009) nachgegangen. Laut ihr gilt Fachkommunikation nicht so sehr als Bestandteil einer spezifischen Kultur, sondern als *kulturneutrale Größe*. Fachleute in Wirtschaft, Forschung und Technik bilden dabei eine *Diakultur* mit sehr ähnlichen Wissensbeständen. Durch die Globalisierung rücken die Kulturen immer näher zusammen – das Wissen wird immer weiter verbreitet und das *Weltwissen* wird mehr und mehr zu einem *weltlich geteilten Wissen*. So erhöht sich der kulturübergreifende Anteil des Weltwissens kontinuierlich (vgl. Reinart, 2009: 272f).

Der kulturelle Aspekt in fachlichen Texten macht sich beispielsweise in Bedienungsanleitungen technischer Geräte bemerkbar. Während die Anleitungen in Ländern, wo man weniger Erfahrung im Umgang mit Technik im Allgemeinen hat, sehr detailliert geschrieben sind, wären solche Anleitungen für Benutzer aus dem mitteleuropäischen Raum, die täglich mit unterschiedlichsten Geräten umgehen (müssen), zu genau und zu umständlich (vgl. Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 53).

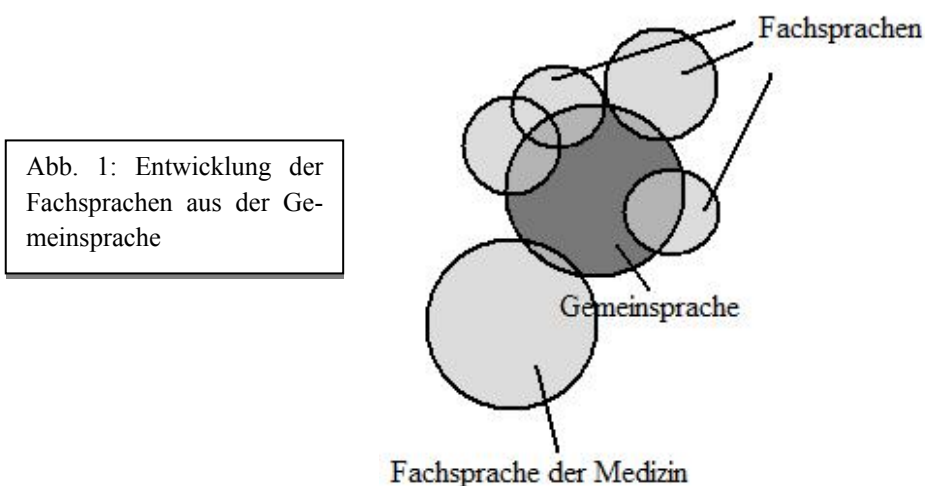
2.2 Fachsprachen der Medizin

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Eigenheiten der Fachsprachen näher erläutert und der Einfluss der Kultur auf die Fachsprache kurz analysiert. Im Folgenden soll nun genauer auf die Fachsprache der Medizin eingegangen werden. Die Medizin ist ein Fachgebiet, in welchem die Fachsprache besonders hohe Bedeutung hat: Gespräche unter Ärzten und Ärztinnen sind zumeist gespickt mit fachlichen Termini, die lateinische Sprache spielt dabei eine besonders wichtige Rolle und bringt dadurch auch viele spezifische sprachliche Mittel mit sich, die von Laien nicht verstanden werden.

Wie im vorangegangenen Kapitel erläutert wurde, verwenden Fachsprachen meist sprachliche Mittel der Gemeinsprache, aus denen Begriffe für die Fachkommunikation gebildet werden. Bei der Medizin werden hingegen nicht nur Mittel der Gemeinsprache, sondern auch Mittel aus *anderen* Sprachen verwendet, nämlich hauptsächlich aus dem Griechischen und dem Lateinischen. Dadurch haben Patienten und Patientinnen oft Schwierigkeiten, ihre Ärzte bzw. Ärztinnen zu verstehen und ärztliche Befunde u.Ä. sind für Laien meist ein Mysterium. Weil sich die Fachleute im Gesundheitswesen also eines eigenen Vokabulars bedienen, steht die Medizin häufig in der Kritik (vgl. Holubar/Schmidt, 2007: 17).

„Die Verwendung medizinischer Termini bringt Distanz zwischen Patienten und Arzt, und ihr dosierter Gebrauch ist ebenso eine ärztliche Kunst wie die des Heilens. Selbst Mediziner haben Verständigungsprobleme, wenn sie aus verschiedenen Disziplinen kommen, da jedes Fachgebiet sein spezifisches Vokabular entwickelt hat.“ (Holubar/Schmidt, 2007: 17)

Wenn wir hier von der bereits erläuterten Theorie ausgehen, dass Fachsprachen aus der Gemeinsprache entstanden sind und sich danach weiterentwickelt haben, hat sich die Fachsprache der Medizin von der Gemeinsprache also besonders weit entfernt. Dies ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:



2.2.1 Entwicklungsgeschichte der medizinischen Fachsprache

Aufgrund der im vorhergehenden Kapitel angeführten Besonderheiten erscheint es sinnvoll, einen Blick auf die Geschichte der medizinischen Fachsprache zu werfen. Die ältesten Termini der Medizin entstanden in der griechischen Antike. Zu jener Zeit verwendeten die Ärzte und Ärztinnen eine sehr blumige Sprache, die zwar von den Patienten und Patientinnen an sich verstanden wurde, für sie aber kaum einen Sinn ergab. Die griechischen Ärzte leiteten für die Bezeichnung medizinischer Begriffe bildliche Vergleiche aus der Gemeinsprache ab. Im ersten Jahrhundert n.Chr. verfasste der Römer Aulus Cornelius Celsus eine Enzyklopädie aller Wissenschaften, darunter acht Bücher mit dem Titel *de medicina*. Dadurch blieb uns ein ganzes Kollektiv an lateinischen Termini erhalten. Des Weiteren trug Caius Plinius Secundus maior mit seinem Werk *naturalis historia* ebenfalls zur Schaffung eines lateinischen naturwissenschaftlichen Vokabulars bei. Der Hauptstrom der medizinischen Überlieferungen lief jedoch seit dem frühesten Mittelalter über den Orient auf syrisch und arabisch, also über islamische Mediziner. Der Islam hatte den Wortschatz der griechischen Antike übernommen und was schlussendlich nach Europa kam, waren die Übersetzungen arabischer Bezeichnungen. Erst in der Renaissance schenkte man dem griechischen Wortschatz in Europa wieder mehr Beachtung, arbeitete aber auch mit den ins Lateinische übersetzten arabischen Traktaten. Als der Kompilator der lateinischen Termini der Anatomie, wie sie noch heute verwendet werden, gilt Andreas Vesalius. Seit dem 18. Jahrhundert wurden dann vermehrt nationalsprachliche Bezeichnungen in die Terminologie aufgenommen, zum Teil auch in Form von nationalsprachlich modifizierten griechischen oder lateinischen Ausdrücken (vgl. Holubar/Schmidt, 2007: 19f).

Anhand dieses kurzen Überblicks der Geschichte der medizinischen Fachsprache erkennt man bereits, aus welchem Grund diese Fachsprache sich so weit von der Gemeinsprache entfernt hat. Einflüsse aus verschiedenen Kulturen und verschiedenen Sprachen haben bewirkt, dass sich die medizinische Fachsprache zu einem eigenen, sehr spezifischen Gebiet entwickelt hat. Lateinische, griechische, arabische Ausdrücke, lateinische Übersetzungen des Arabischen, nationalsprachliche Einflüsse: all dies macht die medizinische Fachsprache so besonders aber auch so komplex und für Laien sehr schwer verständlich. Dazu kommen eigene Buchstabensysteme, Deklinationen, Numeralia, unterschiedliche Steigerungsformen und andere grammatikalische Besonderheiten, die alles zusätzlich verkomplizieren¹.

¹ Nähere Informationen zur griechischen/lateinischen Grammatik siehe Holubar/Schmidt, 2007, 23-45

Die Entwicklung des neuzeitlichen Vokabulars der Medizin begann vor etwa 200 Jahren, als aufgrund des enormen Wissenszuwachses die Auffächerung der Medizin erfolgte. Dieser Prozess hält nach wie vor an und ist proportional zur Entwicklung der Fachsprache. Dabei gab es zu Beginn der Entwicklung außer den grammatikalischen Regeln nur wenige Grundsätze, nach welchen die Termini gebildet wurden. So konnten Sprachkenntnisse, Kreativität und auch kontemporäres Krankheitsverständnis in die medizinische Fachsprache mit einfließen. Im 19. Jahrhundert galt Latein als *lingua franca*, wodurch lateinische Wörter sehr häufig in neu gebildete Termini einfließen. Doch erst nachdem man anfangs, griechische mit lateinischen Wörtern zu kombinieren, kam es zu einer sprunghaften Zunahme des medizinischen Vokabulars. Lateinische Wörter sind sehr kurz und präzise, während das Griechische sehr viele Bildungsmöglichkeiten bietet. Dadurch entstanden Kompositionen, die häufig aus einem griechischen Substantiv und einem lateinischen Adjektiv bestanden. Erst die Forderung, Latein für anatomische Begriffe und Griechisch für pathologische Zustände zu verwenden, bot eine erste Orientierungshilfe bei der zuvor willkürlichen Wortbildung. Man begann also zum Beispiel, die Entzündung eines bestimmten Organs mit dem griechischen Stamm des Wortes und der Endung *-itis* zu bezeichnen. So kam es dazu, dass der Magen *venter* genannt wird, die Magenschleimhautentzündung jedoch die Bezeichnung *Gastritis* trägt. Zahlreiche Tagungen der Nomenklatur-Kommission Ende des 19. und im 20. Jahrhunderts strebten die Vereinheitlichung der Termini der makroskopischen Anatomie an. So wurde die Entwicklung etwas geregelt, der Einfluss des Griechischen und Lateinischen blieb aber und ist in der klinischen Terminologie auch heute noch allgegenwärtig. Zum Teil wurden sogar Wörter gebildet, in denen Latein und Griechisch kombiniert wurde, z.B. Radiologie (*radius* = der Strahl, lat.; *-ologie* = griech. Endung) oder Neonatologie (*neo* = griech. neu, *natus* = lat. geboren). Bei jeder Neubildung medizinischer Fachbegriffe werden Sprachkenntnisse griechischen bzw. lateinischen Ursprungs benötigt. Sind die gebildeten Namen zu lang, werden häufig Akronyme gebildet, z.B. erworbenes Immundefizienz-Syndrom = AIDS (vgl. Holubar/Schmidt, 2007: 47ff).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts ist Englisch die *lingua franca* der Wissenschaften, da sie beste Voraussetzungen für eine breite Anwendung bietet: durch den großen Wortschatz und die leichte Erlernbarkeit und Handhabung bietet sie sich dafür geradezu an. Dies bringt auch Nachteile mit sich, beispielsweise den Mangel an Stil des wissenschaftlichen Englisch und die Verkümmern der ursprünglichen griechischen und lateinischen Termini. Ungeachtet dieser Tatsachen wächst die Fachsprache und ändert sich zusammen mit dem Fachwissen. Da sich aber anatomische Strukturen, Symptome und Befindlichkeiten der Patienten und Patientinnen kaum verändern, bleibt ein gewisses Basisvokabular erhalten (vgl. Holubar/Schmidt, 2007: 47ff).

2.2.2 Medizinische Fachsprache in Theorie und Praxis

Die Medizinische Fachsprache ist eine Art *Sondersprache*, in welcher rasche und exakte Verständigung über sehr komplexe Sachverhalte von großer Bedeutung ist. Aus diesem Grund greift man häufig auf die gräkolateinischen Bezeichnungen zurück, welche eine solche Kommunikation durch ihre erreichbare Präzision und Kürze ermöglichen (vgl. Karenberg, 2007: 7).

Medizinische Fachbegriffe werden aus einem oder mehreren der folgenden Bestandteile gebildet:

- Wortstamm als *Kern* des Wortes
- Bindevokale zur Erleichterung der Aussprache, ohne Bedeutung für das Wort
- Suffixe zur Schaffung von Kategorien (z.B. -itis für Entzündungen), Bildung von passenden Adjektiva zu den Nomina oder Ableitung von Nomina aus Verben, außerdem erkennt man anhand von Suffixen, ob es sich bei einem Terminus um ein Verb, ein Nomen oder ein Adjektiv handelt
- Präfixe zur Modifizierung des Sinnes des nachfolgenden Wortstammes durch Einschränkung und Spezifizierung der Bedeutung (z.B. *Polyarthrit*is)

Die meisten medizinischen Termini enthalten dabei mindestens einen Wortstamm und ein Suffix. Es gibt aber weitere zahlreiche Möglichkeiten, wie zum Beispiel zwei oder mehrere Wortstämme und Bindevokale bei komplexeren Termini, eines oder mehrere Präfixe und ein Suffix. Außerdem kann auch eine Flexionsendung Bestandteil eines medizinischen Terminus sein (vgl. Karenberg, 2007: 8ff).

Lateinische bzw. latinisierte Begriffe machen den Großteil der anatomischen und klinischen Termini aus. Es werden dabei sowohl einzelne Substantive, als auch längere Ausdrücke bestehend aus Adjektiven und Substantiven (z.B. „*Musculus abductor pollicis brevis*“ = „der kurze wegführende Muskel des Daumens“) sowie komplexe Begriffe (Komposita aus Präfixen, Grundwörtern und Suffixen) verwendet, die eine Fachsprache bilden, welche mehr als reine Nomenklatur ist. Für eine sinnvolle und unmissverständliche Fachkommunikation müssen die Termini „korrekt zusammengestellt, dekliniert, deutlich ausgesprochen und gut verstanden werden“ (Gadebusch Bondio/Bettin, 2007: 10). Auf diese Art und Weise wird eine unmissverständliche Kommunikation in Fachkreisen sichergestellt und eine Übertragung der Fachterminologie in die Alltagssprache ermöglicht, sodass auch Laien verstehen, was gemeint ist. Die Sprache der Medizin spielt seit jeher eine wichtige Rolle – bereits Platon (427-348 v.Chr.) und der Arzt-Philosoph Galen von Pergamon (129-ca. 210 n.Chr.) forderten die

Verwendung eindeutiger Begriffe in der Fachsprache der Medizin, was eine wissenschaftliche Tätigkeit als solche charakterisiert und die Grundlage jeder Wissenschaft darstellt (vgl. Gadebusch Bondio/Bettin, 2007: 10).

Dass die korrekte Anwendung der Fachsprache in der Medizin besonders wichtig ist, wird bei Gadebusch Bondio und Bettin klar herausgestrichen. Sie ist die Bedingung für die wissenschaftliche Beweisführung und Kommunikation und auch die Grundlage für das Lehren und Lernen von medizinischen Erkenntnissen, was ohne die korrekte Benennung und Erklärung der Fachtermini nicht möglich wäre. Die Sprache dient als Instrument für das Erlangen und die Weitergabe von Wissen, sowohl bei der Kommunikation mit Patienten und Patientinnen als auch beim Experten- und Expertinnenaustausch. (vgl. Gadebusch Bondio/Bettin, 2007: 11).

Neben den Termini gräkolateinischen Ursprungs gibt es in der Medizin auch Bestandteile anderer Herkunft. Karenberg führt hier verschiedene Beispiele an:

- Deutsche Wörter wie z.B. *Herd*, *Flimmern* oder *Unstimmung*, die in der Fachsprache der Medizin eine andere Bedeutung haben als in der Gemeinsprache
- Fremdwörter wie z.B. *Inspiration*, *Kultur* oder *Medium*, die in der Gemeinsprache sehr häufig vorkommen, in der medizinischen Fachsprache jedoch eine ganz präzise Bedeutung haben
- Wörter wie z.B. *Lavage*, *Shunt* oder *Influenza* aus den lebenden Fremdsprachen Französisch, Englisch und Italienisch, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in die Fachsprache der Medizin eingeflossen sind und dort eine spezifische Bedeutung erhielten
- Abkürzungen wie z.B. *EKG*, *i.v.* oder *Prion* und Slang- oder Jargon-Ausdrücke, die zum Teil aus Fachtermini hervorgegangen sind
- Sogenannte *Eponyme*: Bezeichnungen von Symptomen und Krankheiten, Proben, Reaktionen, Behandlungsverfahren etc., die nach Eigennamen gebildet werden, zumeist nach jenen ihrer Erstbeschreiber oder Erstbeschreiberinnen. Beispiele dafür sind die Alzheimer-Krankheit, beschrieben im Jahre 1906 vom deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer, der Apgar-Index, entwickelt im Jahre 1953 von der amerikanischen Narkoseärztin Virginia Apgar, oder die Eustachische Röhre, benannt nach dem italienischen Finder und Anatomen Bartolomeo Eustachio um 1550.

Der Vorteil dieser Eponyme besteht in der Kürze und Präzision, welche mit einer beschreibenden Bezeichnung nicht möglich wäre. Die Nachteile sind, dass Eigennamen-Bezeichnungen keine Deskription des benannten Zustands enthalten und international häufig nicht einheitlich gebraucht werden (z.B. Röntgenstrahlen heißen auf Englisch X-rays).

- Eine weitere Form von medizinischen Termini sind sogenannte *Akronyme*. Sie werden aus den Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter gebildet und ergeben so ein künstlich erzeugtes und gut sprechbares Wort. Beispiele: LASER (Light amplification by the stimulated emission of radiation) oder AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Akronyme finden heutzutage immer häufiger Anwendung in der Medizin.
- Des Weiteren gibt es wie in jeder Sprache auch in der medizinischen Fachsprache *Synonyme* und *Antonyme*. Bei Synonymen sind es dabei häufig unterschiedliche Schwerpunkte bei der Begriffsbildung, welche zur Entstehung dieser führen. Als Beispiel seien hier die Synonyme *Pfeiffer-Drüsenfieber* und *Mononucleosis infectiosa* genannt. Die erste Bezeichnung wird aus dem Eigennamen des Finders, den erkrankten Körperteilen sowie dem Leitsymptom gebildet. Die zweite (lateinische) Bezeichnung benennt zuerst die befallenen Körperzellen und dann die Art der Erkrankung. Beispiele für Antonyme sind *benigne/maligne* (gutartig/bösartig) und *akut/chronisch* (schnell verlaufend/langsam verlaufend) (vgl. Karenberg, 2007: 19ff).

Diese Beispiele zeigen die Vielschichtigkeit der medizinischen Fachsprache sehr deutlich. Häufig wird angenommen, dass diese nur aus lateinischen Bezeichnungen besteht, vor allem von Personen, die wenig Zugang zur Medizin und zur Fachsprache haben und sich weniger mit dieser Thematik beschäftigen. Doch wie man in diesem Kapitel gesehen hat, entstammt die Fachsprache der Medizin einer Reihe unterschiedlicher Sprachen und Einflüsse: sowohl Latein, als auch Griechisch und Arabisch wirkten sich auf die heutige medizinische Fachterminologie aus. Dazu kommen Einflüsse aus lebenden Sprachen wie Englisch, Französisch und Italienisch sowie nationalsprachliche Modifizierungen, Benennungen nach Eigennamen, Akronymen etc. All dies macht die medizinische Fachsprache zu dem, was sie heute ist: eine besonders vielseitige, komplexe und präzise Sprache, die seit Jahrhunderten im Wandel begriffen ist und sich auch heute noch immer weiter entwickelt und entwickeln wird.

Es gibt heutzutage umfangreiche Lehrbücher, die sich allein mit der medizinischen Fachsprache beschäftigen. Diese schaffen eine Basis, anhand welcher sich alle Interessierten die gesamte Fachsprache der Medizin im Selbststudium aneignen können. Für Übersetzer und Übersetzerinnen ist dies eine sehr gute Gelegenheit, sich über ihre Ausbildung hinaus mit dieser Fachsprache auseinander zu setzen.²

² Für den Einstieg in die Terminologie siehe z.B. Karenberg, 2007

2.2.3 Medical English

Die Fachsprache der Medizin und auch andere Fachsprachen im Allgemeinen sind im kontinuierlichen Wandel begriffen und es ist besonders wichtig, immer auf dem aktuellsten Stand zu sein, wenn man erfolgreich kommunizieren möchte. Leider ist die medizinische Fachsprache aber auch eine Disziplin, in der man mit dem Wissensstand besonders leicht den Anschluss verlieren kann, da sie sich so schnell ändert und weiterentwickelt. Mit der Weiterentwicklung und mit jeder neuen Erkenntnis kommen auch neue Termini dazu und heutzutage spielt dabei die englische Sprache eine besonders wichtige Rolle. Es werden immer mehr neue Termini *technici* gebildet und Englisch als „lingua franca“ bzw. „internationale Verständigungssprache“ (Lippert-Burmester/Lippert, 2008: 228) der Neuzeit bietet sich immer öfter für die neuen Bezeichnungen an. Aus diesem Grund und auch weil im hier präsentierten Fallbeispiel eine Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche angefertigt wurde, soll in diesem Kapitel etwas genauer auf das *medical English* eingegangen werden.

Wie bereits ausgeführt, waren Latein und Altgriechisch die ursprünglichen Sprachen der Medizin. Dies schloss jedoch die breite Masse aus, die diese beiden Sprachen nicht beherrschte. Mit dem Wunsch nach Demokratie kam auch die Forderung auf, dass Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen in der Sprache ihres Volkes schreiben sollten, damit jede/r ihre Werke lesen konnte. Dies behinderte jedoch die internationale Verständigung. Nachdem Latein ausgestorben war, begann ein Wettstreit der nationalen Sprachen um die Nachfolge als neue medizinische Sprache. Um 1900 lagen Deutsch und Französisch noch vorne, aber nach dem Zweiten Weltkrieg stand fest, dass Englisch den Wettstreit gewonnen hatte und die neue Sprache der Medizin werden sollte. So wurde Englisch nicht nur in Politik und Wirtschaft, sondern auch in der Medizin zur internationalen Verständigungssprache. Führende medizinische Fachzeitschriften, auch solche, die z.B. in Deutschland gedruckt werden, erscheinen in englischer Sprache. Internationale medizinische Kongresse werden ebenfalls auf Englisch geführt, unabhängig vom Land, in welchem sie abgehalten werden. Der große Vorteil liegt darin, dass Englisch weltweit von den meisten Menschen gesprochen wird – entweder als Mutter- oder als Zweitsprache. Für Personen, die die deutsche Fachsprache der Medizin und Grundkenntnisse des Englischen beherrschen, sollte das Erlernen von *medical English* daher kein großes Problem darstellen (vgl. Lippert-Burmester/Lippert, 2008: 228).

Sieht man sich englische Lehrbücher zur medizinischen Terminologie³ genauer an, so erkennt man, dass es zum Deutschen nicht allzu viele Unterschiede bei der Bildung der einzelnen Termini gibt. Auch im Englischen sind gräkolateinische Bezeichnungen von großer Bedeutung, Bezeichnungen werden auf die gleiche Art und Weise gebildet wie im Deutschen – mit Präfixen, Wortstämmen, Suffixen etc. Unterschiede zwischen Englisch und Deutsch sind bei gräkolateinischen Bezeichnungen eher rar. Hauptunterschiede gibt es natürlich in der Aussprache und geringfügig auch in der Schreibweise. So wird das deutsche Suffix *-pathie* im Englischen zu *-pathy* oder das Präfix *dis-* wird zu *dys-*. Der Grund für die geringen Unterschiede liegt darin, dass das Lateinische immer noch die Grundlage des medizinischen Fachwortschatzes für alle westlichen Sprachen ist. Der gräkolateinische Fachwortschatz wird in den Ländern zum Teil in der Original-lateinischen Fassung verwendet oder teilweise der Landessprache angepasst. Im Deutschen wird dabei häufig das „c“ zu „k“ (z.B. *gynaecologus* – Gynäkologe), während das Englische den lateinischen Wortstamm zur Gänze übernimmt (*gynaecologist* bzw. im Amerikanischen *gynecologist*). Was die Wortstämme betrifft sind die deutsche und die englische medizinische Fachsprache einander sehr ähnlich, wobei das Englische dem Lateinischen sogar noch treuer bleibt als das Deutsche. Die größten Veränderungen an den lateinischen Wortstämmen nehmen Spanisch, Portugiesisch und Italienisch vor. In diesen Sprachen wird bei der Bildung der Termini wesentlich mehr verändert. (vgl. Lippert-Burmester/Lippert, 2008: 228).

2.2.4 Der kulturelle Aspekt in der Medizin

Wie in jedem anderen Fachgebiet spielt der kulturelle Aspekt auch in der medizinischen Fachsprache und der Medizin als Disziplin an sich eine sehr wichtige Rolle. Gerade in der Medizin findet die Kommunikation auf unterschiedlichsten Ebenen statt und gerade hier gibt es kulturelle Besonderheiten, die besonders klar hervortreten und häufig das gesamte Handeln von Ärzten und Ärztinnen bestimmen. In vielen Kulturen ist es beispielsweise die Beziehung zwischen Patienten bzw. Patientinnen und ihren behandelnden ÄrztInnen, die großen Einfluss auf die Kommunikation und die ärztliche Behandlung hat. Wie in Kapitel 2.1.1 bereits erläutert wurde, haben Menschen unterschiedlicher Kulturen meist auch ganz unterschiedliche Wahrnehmungsweisen, was Raum, Zeit, Handeln etc. betrifft. Diese Theorie kann man weiterführen und sagen, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen auch Schmerzen anders wahrnehmen und empfinden, sie haben unterschiedliche Ansichten von *Krankheit* und *Gesundheit* und sie drücken ihr Befinden auch auf ganz unterschiedliche Art und Weise aus. Dies kann anhand des Beispiels *Schmerz* näher erläutert werden: Sprechen wir in unserer Kultur von

³ Vgl. dazu Shiland, Betsy J., 2006

stechenden oder *pochenden* Schmerzen, so wissen alle Angehörigen dieser Kultur, was wir meinen. In anderen Kulturen gibt es wiederum ganz andere Bezeichnungen für Schmerzen. Im Bosnischen/Kroatischen/Serbischen gibt es z.B. das Wort *žigovi*, welches im Deutschen so nicht existiert und beim Übersetzen Probleme bereiten könnte, wenn man die Kultur nicht kennt und nicht weiß, was für Schmerzen damit gemeint sind. Hierbei handelt es sich um eine Art stechenden, in regelmäßigen Abständen von einigen Sekunden bis Minuten wiederkehrenden Schmerz. Ein Beispiel aus der Umgangssprache: während im Deutschen *der Magen knurrt*, wenn man Hunger hat, macht dies im Bosnischen/Kroatischen/Serbischen umgangssprachlich *der Darm*.

Ein Beispiel für das Englische wäre der Ausdruck *being sick* oder *feeling sick*, was im amerikanischen Englisch *krank sein* oder *sich krank fühlen* bedeutet. Im britischen Englisch hingegen bedeutet *being/feeling sick* zwar auch *krank sein/sich krank fühlen*, kann jedoch auch bedeuten, dass einem übel ist oder dass man erbrechen muss. In Großbritannien sagt man hier eher *being/feeling ill*. Dazu kommen beispielsweise auch Unterschiede bei der Ansprache von Chirurgen und Chirurginnen: Während man diese in Nordamerika mit *Dr.* anspricht, werden sie im Vereinigten Königreich mit *Mr* oder *Ms* angeredet. Diese Vorgangsweise ist historischen Ursprungs: Chirurgen und Chirurginnen in der Geschichte waren keine ausgebildeten *Doktoren/innen*, sondern „skilled tradesmen“ (vgl. Schiller, 2008: 3).

Anhand dieser Beispiele wird der kulturelle Unterschied zwischen Kulturen, die räumlich noch gar nicht so weit auseinander liegen, deutlich. Noch größer ist der Unterschied zwischen beispielsweise unserer und der asiatischen oder der arabischen Kultur. Darauf soll hier allerdings nicht genauer eingegangen werden, da sich die vorliegende Arbeit eher auf die europäische Kultur bzw. in Anlehnung an das Fallbeispiel auf Unterschiede zwischen Englisch und Deutsch konzentriert. In diesem Zusammenhang folgt ein Auszug aus dem in der vorliegenden Arbeit präsentierten Fallbeispiel:

Im Ausgangstext *Introduction to Dementia* werden im folgenden Satz verschiedene Erkrankungen angeführt (siehe Anhang): „*Death is often caused by pneumonia or other secondary problems such as sepsis (severe infection of the blood) or pulmonary embolism (a blood clot in the lungs).*“ In diesem Satz sind drei unterschiedliche Krankheitssymptome aufgelistet: *pneumonia* (ohne nähere Erläuterung in der Klammer), *sepsis* und *pulmonary embolism* (beide jeweils mit Erläuterung in Klammern). Der Grund dafür, dass *pneumonia* nicht näher erläutert wird, liegt darin, dass dieses Wort im Englischen auch in der Gemeinsprache verwendet wird, und nicht nur in der Fachsprache. Im Deutschen hingegen wird die Entsprechende Übersetzung des fachlichen Begriffes, *Pneumonie*, in der Gemeinsprache kaum verwendet – es findet nur Anwendung in der

Fachsprache. Bei der Übersetzung muss der/die Übersetzende daher eine Entscheidung treffen: Soll das Wort *pneumonia* als *Lungenentzündung* übersetzt werden oder aber als *Pneumonie* mit einer Erläuterung in der Klammer? Im vorliegenden Fall wurde die Version *Pneumonie (Lungenentzündung)* gewählt, um die Struktur zu vereinheitlichen, so dass alle drei Fachbegriffe stehen bleiben und eine Erläuterung in der Klammer erhalten. So wird eine Einheitlichkeit geschaffen, die den Leser bzw. die Leserin nicht verwirrt, aber auch keine Auslassung oder Hinzufügung von Worten/Begriffen darstellt. Weiß man jedoch als Übersetzer/Übersetzerin nicht, dass es diesen kulturellen Unterschied gibt, wird man versucht sein, entweder nur *Pneumonie* hinzuschreiben und damit Verständnisschwierigkeiten bei Lesern und Leserinnen zu riskieren oder nur *Lungenentzündung* zu verwenden und damit eine (kleine, aber dennoch vorhandene) stilistische Schwäche zuzulassen.

Anhand des präsentierten Beispiels sieht man, wie wichtig es ist, die kulturellen Aspekte von Fachsprachen und deren Verwendung in verschiedenen Kulturen zu kennen. Beim Übersetzen sollte man dabei immer bewusste Entscheidungen treffen, um Missverständnissen und Verständnisschwierigkeiten vorzubeugen.

Ein weiteres Beispiel für den kulturellen Aspekt in der Medizin ist der sogenannte *Schamanismus* und andere Heilmethoden, welche mit dem Glauben zusammenhängen. Im Islam gehen viele Menschen beispielsweise zu ‚Heilern‘, um Heilung für (häufig psychische) Erkrankungen zu suchen, welche durch die herkömmlichen Methoden der Medizin nicht behandelt werden können. Hier gibt es eine Vorgangsweise, bei der Blei gegossen und daraus bestimmte Zustände herausgelesen werden. Durch das Trinken des Wassers, in welches das Blei gegossen wurde, und durch regelmäßiges Beten sollen die Erkrankten geheilt werden. Inwieweit diese Verfahren Erfolg zeigen, ist nicht offiziell bekannt, aber der Erfolg hängt hier sehr eng mit der Wahrnehmung und dem Glauben zusammen. Natürlich werden unheilbar Kranke nicht geheilt, aber es gibt immer Ausnahmen und medizinische Wunder, bei denen es doch noch zu einer Heilung kommt. Als Außenstehende sehen Menschen aus anderen Kulturen diese Vorgänge sicherlich mit einer großen Portion Skepsis, die in den meisten Fällen wohl auch berechtigt ist. Menschen, die daran glauben, sind jedoch von der Wirkung überzeugt und nehmen diese Heilungsmethoden auch sehr ernst. Solche Methoden gibt es auch in Europa, konkrete Fälle sind der Verfasserin bekannt und kommen zum Beispiel bei der islamischen Bevölkerung Bosniens Herzegowinas auch heute noch vor. Welche Auswirkungen die erwähnten Methoden auf die Fachsprache der Medizin haben, ist noch nicht ausreichend erforscht, aber traditionelle Medizin und traditionelle Heilungsrituale gibt es auch heute noch auf der ganzen Welt und diese Aspekte dürfen bei der Kommunikation mit Patienten und Patientinnen nicht außer Acht gelassen werden.

3 Das Erstellen von Fachtexten

Im folgenden Kapitel soll in aller Kürze auf das Erstellen von Fachtexten eingegangen werden, um das Verständnis für die Natur fachlicher Texte zu vertiefen und so die bestmöglichen Voraussetzungen für das Erstellen von guten Übersetzungen zu schaffen. Um eine Übersetzung möglichst zufriedenstellend produzieren zu können, muss man wissen, wie Fachtexte in der Zielsprache erstellt werden. Auch wenn der Übersetzungsprozess kein Schaffungsprozess im Sinne einer völligen Neuerschaffung ist, soll eine Übersetzung so authentisch wie möglich sein und nicht unbedingt als solche erkannt werden. Dies gelingt nur, wenn man die Kulturspezifika kennt und weiß, wie sie richtig angewandt werden. Im Folgenden soll auf das Verfassen von Fachtexten im Allgemeinen sowie von medizinischen Fachtexten im Konkreten eingegangen werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf deutschen und englischen Texten.

3.1 Allgemein

Das Verfassen von Fachtexten ist eine besondere Disziplin. Die Verfassenden sind meist Fachleute, die keine einschlägige Ausbildung in der Textproduktion haben, sondern in ihrem Fachgebiet gut ausgebildet sind und ihr Wissen weitergeben möchten. Es gibt heutzutage zahlreiche Anleitungen für das Verfassen von wissenschaftlichen Texten, die den Autoren und Autorinnen eine Hilfestellung beim Erstellen ihrer Texte bieten. Als Übersetzer/Übersetzerin muss man jedoch auch in der Lage sein, qualitativ hochwertige und stilistisch einwandfreie Fachtexte zu produzieren. Bei dieser Rolle ist es eher so, dass der Übersetzer bzw. die Übersetzerin über ein umfangreiches Wissen verfügt, was die Textproduktion angeht, jedoch nicht unbedingt das fachliche Wissen für ein bestimmtes Fach mitbringt. Um einen Fachtext schreiben oder übersetzen zu können, muss man sich jedoch in das jeweilige Fachgebiet einarbeiten, denn ohne einschlägiges Wissen kann kein guter Text verfasst werden. Dabei muss in erster Linie das Zielpublikum durch den verfassten bzw. übersetzten Text zufriedengestellt werden:

„Die Spezifik der Fachtextproduktion besteht darin, daß der Autor eines Fachtextes seinen Leser bereits beim Schreiben des Textes antizipieren muss. Das bedeutet, beim Verfassen von Fachtexten der Adressatenspezifika eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen.“ [...] „Die Versprachlichung von fachlichen Sachverhalten wird wesentlich vom Adressaten bestimmt, für den der Text geschrieben wird.“ [...] „Während in der Kommunikation zwischen Fachleuten die Fachausdrücke eine hohe semantische Dichte aufweisen, müssen im Lehrprozeß die hinter den semantisch komplexen Fachwörtern stehenden Sachverhalte mit Ausdrücken, die weniger verdichtetes Wissen beinhalten, erläutert werden, und in der Popularisierung von Fachwissen muß eine Umschreibung der Fachausdrücke mit Hilfe von Alltagslexik erfolgen. Der Autor hat zu entscheiden, welche inhaltliche Verdichtung des im Text thematisierten Wissens er vorzunehmen hat.“ (Jahr, 1996: 173).

Der Hauptaspekt beim Verfassen von Fachtexten liegt also darin, dass der Text *verstanden* wird. Das Herstellen von Verständnis ist generell ein zentraler Punkt beim Schreiben von Texten jeder Art und natürlich auch beim Übersetzen. Es gibt mehrere Faktoren, die darauf Einfluss haben, ob ein Text verstanden wird oder nicht. Als Erstes ist hier der Textaufbau zu erwähnen. Ein klar gegliederter Aufbau von Inhalten, welcher der Struktur des behandelten Gegenstandes entspricht, spielt eine entscheidende Rolle bei der Verständlichkeit von fachlichen Texten. Die Sachverhaltsstrukturierung und Textorganisation hängen dabei eng zusammen: Das behandelte Thema bestimmt die Textstruktur, die Sachstruktur eines fachlichen Sachverhalts bestimmt die semantische Makrostruktur des Textes und die semantische Makrostruktur wiederum hat Einfluss auf die Verständlichkeit. Ein weiterer für die Verständlichkeit eines Textes wichtiger Faktor ist der Einfluss von Wissensvoraussetzungen. Ein Fachtext muss so gestaltet sein, dass dem Zielpublikum eine widerspruchsfreie, kohärente Wissensstruktur geboten werden kann. Dies kann nur erreicht werden, wenn das Publikum nur mit Fachausdrücken konfrontiert wird, welche ihm bekannt sind bzw. wenn eventuell unbekannte Termini näher erläutert werden. Das Niveau des Textes muss also an jenes der Leser und Leserinnen angepasst werden (vgl. Jahr, 1996: 155ff).

Das Anpassen des Textes an den Leser/die Leserin gilt natürlich nicht nur für die formalen und inhaltlichen Kriterien, sondern auch für andere Aspekte der Textgestaltung: sowohl die Makro- als auch die Mikrostruktur müssen dabei beachtet werden und – besonders wichtig – der kulturelle Aspekt darf nicht außer Acht gelassen werden. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich erläutert wurde, gibt es in jeder Kultur ganz bestimmte Textsortenkonventionen, welche beachtet und eingehalten werden müssen. Diese Textsortenkonventionen unterscheiden sich von Kultur zu Kultur und sollten daher genau erforscht werden, um Missverständnissen und Verwirrungen vorzubeugen. Als Beispiel für solche Konventionen seien hier der Nominal- und der Verbalstil angeführt: Während in deutschen Fachtexten immer der Nominalstil angewandt wird und die Texte eher unpersönlich gehalten werden, herrscht im Englischen der Verbalstil vor und die Texte sprechen den Leser bzw. die Leserin viel häufiger direkt an.

Rogers gibt in ihrem Werk (2007) sogenannte „document standards“ an, welche beim Erstellen von Fachtexten beachtet werden sollten. Diese Standards fassen sehr gut zusammen worauf es besonders ankommt und sollen aus diesem Grund im Folgenden angeführt werden:

- *Purpose*: Die Intention des Textes muss klar sein und muss eindeutig sein, Doppeldeutigkeiten sollen vermieden werden.
- *Conformity*: Der Text muss gegebene Formatkriterien erfüllen, beispielsweise für Gesundheitsbehörden, Marketingzwecke, Bücher etc.
- *Accuracy*: Die Formulierung muss grammatikalisch korrekt, prägnant, sorgfältig und deutlich sein.
- *Consistency*: Terminologie sollte einheitlich und adäquat angewandt werden.
- *Logic and flow*: Der Text soll fließend geschrieben sein, eine klare Aussage treffen und einem eindeutigen Gedankenstrang folgen.
- *Context*: Die Aussage des Textes soll im Kontext von anerkannter Literatur präsentiert werden und soll anerkannten institutionellen oder behördlichen Werten entsprechen.
- *Structure*: Es soll eine klare Struktur gewählt werden (mit Überschriften, Subunterschriften, Tabellen, Abbildungen etc.)
- *Data presentation*: Wichtige Daten sollten klar präsentiert werden, wenn notwendig mithilfe von Tabellen und Abbildungen. (vgl. Rogers, 2007: 4)

Neben den formalen Kriterien für das Verfassen von Fachtexten kommt es natürlich auch auf den Inhalt der Texte an. Außerdem haben die einzelnen Fachgebiete auch eigene Konventionen und Kriterien, die eingehalten werden müssen. Diese hängen vom jeweiligen Fachgebiet ab und sollen im Folgenden für das Fachgebiet der Medizin näher ausgeführt werden.

3.2 Medical Writing – Verfassen von medizinischen Texten

„In medical writing, there is no danger in being too precise – only in being imprecise.” (Schwager, 1991: xii)

In diesem kurzen Satz von Schwager (1991) steckt bereits einer der wichtigsten Aspekte, der das Verfassen von medizinischen Texten ausmacht: Präzision. Genauigkeit spielt bei diesen Texten eine sehr wichtige Rolle, denn es geht hier um den menschlichen Körper, um die Gesundheit des Menschen und in Extremfällen sogar um Leben und Tod. Auslassungen und Kürzungen können folgeschwere Konsequenzen nach sich ziehen, aber es gibt auch eine Reihe anderer Aspekte, die beachtet werden müssen. Beispielsweise muss – wie im vorangegangenen Kapitel bereits ausgeführt wurde – immer Rücksicht auf das Zielpublikum genommen werden. Diese und einige weitere Faktoren, die beim Erstellen von medizinischen Texten eine Rolle spielen, sollen im Folgenden behandelt werden. Zunächst soll jedoch noch auf den Begriff *medizinische Fachtexte* eingegangen werden. In der vorliegenden Arbeit sind damit alle Texte gemeint, die medizinische Fragen thematisieren. Dies können sowohl Texte von Fachleuten für Fachleute sein (z.B. Artikel in Fachzeitschriften, Fachbücher, Enzyklopädien, Lexika etc.), oder auch Texte von Fachleuten für Laien (ärztliche Befunde, Packungsbeilagen, informative Artikel in Gesundheitszeitschriften, aber auch Enzyklopädien, Lexika etc.). Die vorliegende Arbeit soll sich nicht auf eine bestimmte Textsorte konzentrieren, sondern auf das Erstellen von medizinischen Fachtextsorten unterschiedlicher Art eingehen und somit einen ersten Überblick schaffen.

Die Hauptaufgabe von Autoren und Autorinnen ist, Kommunikation herzustellen. Verfasser/innen von medizinischen Texten haben zusätzlich die Aufgabe, ohne Zweideutigkeiten zu kommunizieren (vgl. Schwager, 1991: 186). Dabei müssen medizinische Termini immer präzise angewandt werden, Tippfehler müssen vermieden werden: ein kleiner Tippfehler kann bereits eine Bedeutungsänderung bewirken, vgl. dazu z.B. phosphorus vs. phosphorous im Englischen (vgl. Schwager, 1991: 123). Dadurch, dass so kleine Fehler gleich die Bedeutung eines Satzes verändern und damit den Leser bzw. die Leserin verwirren können, ist es besonders wichtig, sich vor dem Verfassen bzw. auch vor dem Übersetzen von medizinischen Texten in die Theorie des Verfassens von medizinischen Texten einzuarbeiten und dadurch eine Grundlage zu schaffen, auf der weiter aufgebaut werden kann. Denn es kommt nicht nur auf die theoretischen Grundlagen, sondern auch auf die sprachlichen Fähigkeiten der Verfasser/innen an. Auch Fachtexte erfordern eine gewisse Kreativität, so auch medizinische Texte, die zurzeit einen Boom erleben.

In der Geschichte wurden wissenschaftliche Arbeiten aus der Medizin nur von Personen verfasst, die auch die Studien dazu durchgeführt hatten und ExpertInnen auf ihrem Fachgebiet waren. Erst seit etwa zehn Jahren haben die Menschen angefangen zu erkennen, dass das Schreiben von medizinischen Texten eine besondere Fähigkeit ist und dass das einschlägige Fachwissen beim Verfassen von medizinischen Texten die Effizienz der Kommunikation steigern kann. Mittlerweile wird das *medical writing* allgemein als grundlegende Fähigkeit der wissenschaftlichen Kommunikation anerkannt. Dadurch ist die Nachfrage nach Autoren/Autorinnen von medizinischen Texten in den letzten Jahren enorm angewachsen (vgl. Stuart, 2007: vii).

Um einen ersten Überblick über das Verfassen unterschiedlicher medizinischer Fachtexte zu geben, soll im Folgenden eine Auswahl von verschiedenen Textsorten kurz vorgestellt und erläutert werden. Da medizinische Autoren und Autorinnen heutzutage mehr gefragt sind denn je und da die Wissenschaft der Medizin und mit ihr die medizinische Sprache sich immer weiter entwickeln und wachsen, ist das Tätigkeitsfeld des medizinischen Autors bzw. der medizinischen Autorin eine Disziplin, die in letzter Zeit ganz besonders in das Blickfeld der wissenschaftlichen Arbeit gerückt ist. Aus diesem Grund muss diesem Thema in der vorliegenden Arbeit ebenfalls Beachtung geschenkt werden, denn wenn man die Grundlagen des Erstellens von medizinischen Fachtexten sowie die kulturellen Gegebenheiten der Zielkulturen kennt, für die man übersetzt, wird man beim Übersetzen keine großen Schwierigkeiten mehr haben.

Wenn man von Fachtexten spricht, denkt man meistens an besonders komplizierte, technische, für Laien kaum verständliche Texte, die gespickt mit Fachjargon und fachlichen Termini sind und vor komplexen, verschachtelten Sätzen geradezu übergehen. Doch gerade diese Eigenschaften sind es, die es beim Verfassen medizinischer Texte eher zu vermeiden gilt. Um gute wissenschaftliche Arbeiten zu schreiben, ist es notwendig, neue Erkenntnisse so zu beschreiben, dass sie logisch, klar und verständlich aufgebaut sind. Vom übertriebenen Gebrauch von Fachjargon wird abgeraten: unnötige Termini technici und komplizierte Sätze sollen möglichst vermieden werden. Der Aufbau soll auch an das Zielpublikum angepasst werden – soll die Arbeit benotet werden, sollte die Vorgehensweise gut dargestellt sein, man sollte gründlich argumentieren können, warum man genau so vorgegangen ist und man sollte eindeutig klar machen, dass man das Thema verstanden und die zugrundeliegende Literatur gelesen hat. Die Struktur sollte dem „IMRAD“ Prinzip folgen: *Introduction, Methods, Results*, sowie *Discussion*. Es ist wichtig, einen passenden Titel für die Arbeit zu finden. Dieser sollte kurz und prägnant, eindeutig und informativ sein. Ein Abstract sollte den Inhalt der Arbeit kurz und prägnant zusammenfassen, die Methoden müssen logisch und verständlich darge-

stellt werden, für die Präsentation der Ergebnisse sollten möglichst viele Grafiken und Tabellen verwendet werden, um sie nachvollziehbar vorstellen zu können, eine Diskussion sollte darstellen, ob die Untersuchungsergebnisse die eigene Hypothese belegen oder widerlegen und schlussendlich sollte eine Conclusio verfasst werden, in welcher die aus der Arbeit gezogenen Schlussfolgerungen dargestellt werden (vgl. Kouimtzi, 2007: 63ff). Die Anleitungen für den Aufbau der wissenschaftlichen medizinischen Arbeit sind dieselben wie jene für jedes andere Fachgebiet, daher wird hier nicht näher darauf eingegangen.

Eine der häufigsten medizinischen Textsorten, die regelmäßig verfasst werden, sind **Reviews**, also Rezensionen bzw. Bewertungen von klinischen Studien o.ä. Das Ziel dieser Texte ist es zumeist, einen weiten Überblick über eines oder mehrere Gesundheitsthemen zu schaffen, sei es als Beurteilung eines einzelnen Medikamentes für ein kleineres Mitteilungsblatt oder als umfassendes Schriftstück zum Umgang mit Krankheiten für ein internationales Fachblatt. Vor dem Verfassen eines solchen Textes sollte zunächst das Thema festgelegt werden. Dabei müssen einige Fragen gestellt werden, welche die Richtung des Textes bestimmen. Als erstes sollte man sich fragen, warum man dieses Thema diskutieren möchte und was damit genau erreicht werden soll, also was der Zweck des Beitrags ist. Außerdem sollte man sich dessen bewusst werden, für wen der Text verfasst wird (Frage nach dem Zielpublikum). Zu guter Letzt sollte man die Länge und die Schlüsselaussagen des Beitrags festlegen. Des Weiteren sollte vor dem Erstellen eines klinischen Reviews sichergestellt werden, dass das Thema nicht bereits ausreichend behandelt wurde bzw. dass es einen gewissen Wert für die medizinische Literatur hat. Es ist nicht erforderlich, einen Text zu schreiben, der für die Medizinwissenschaft irrelevant ist. Natürlich sollte man sich vor dem Verfassen eines medizinischen Textes mit der Terminologie vertraut machen und zunächst die Datenbanken der relevanten Sprache durchsuchen. Für das Englische bieten sich beispielsweise *Medline* oder die *Cochrane Library* an, die im Internet zu finden sind. (Für das Deutsche wurden im Zuge der vorliegenden Arbeit bereits einige Möglichkeiten angesprochen.) Für das Sammeln von fachrelevanten Informationen werden verschiedene Studien durchgeführt, beispielsweise gibt es systematische Reviews, bei denen eine bestimmte klinische Fragestellung vertiefend aufgearbeitet wird. Des Weiteren gibt es sogenannte *randomisierte, kontrollierte Studien*, bei denen Medikamente nach Zufallsprinzip an unterschiedliche Gruppen verteilt werden (*randomisiert*) und dann mit einer Kontrollgruppe (*kontrolliert*) verglichen werden, die mit der bisher erfolgreichsten Methode, oder aber mit Placebo, behandelt wurde. Außerdem gibt es noch Kohortenstudien, bei denen die untersuchten Personen alle zu einer bestimmten Kohorte (Gruppe) gehören und die meistens prospektiv sind. Diese und zahlreiche weitere Methoden ermöglichen

38

es dem medizinischen Autor bzw. der medizinischen Autorin, eine Grundlage für ihre Arbeiten zu schaffen, mit der die Ergebnisse hinreichend belegt werden können. Voraussetzung dafür ist die richtige Aufbereitung der Ergebnisse. Wie bereits erwähnt, erreicht man dies durch möglichst viele Grafiken, Tabellen etc. sowie durch eine gründliche Auswertung der Daten. (vgl. Barnett/Iheanacho/McManus, 2007: 75ff).

Eine weitere häufig vorkommende Textsorte, bei der medizinische Autoren bzw. Autorinnen gefragt sind, sind sogenannte Fallberichte. Dabei handelt es sich um detaillierte retrospektive Beschreibungen von Krankheits- bzw. Behandlungsverläufen, die relativ kurz gehalten und meistens sehr interessant sind, sodass sie einen sehr guten Einstieg in das Verfassen von medizinischen Texten bieten. Der Zweck von Fallberichten ist, Informationen weiterzugeben und das Lehren und Lernen im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege zu unterstützen. Diese Textsorte spielt deshalb eine sehr wichtige Rolle, auch weil es die Fallberichte sind, die als erste von neu aufgetauchten Erkrankungen oder unerwarteten Nebenwirkungen von Medikamenten berichten. Ob ein Fallbericht nun auf eine neue Behandlungsmethode oder auf eine bisher unbekannte Nebenwirkung aufmerksam macht – in jedem Fall kann seine Veröffentlichung dazu führen, dass Ärzte und Ärztinnen vermehrt auf beschriebene Symptome bei den eigenen Patienten und Patientinnen achten und durch eigene Berichte zum Wissensstand beitragen, oder dass neue Behandlungsmethoden in Betracht gezogen werden. Außerdem spielen Fallberichte eine große Rolle bei der Ausbildung von medizinischem Personal – es ist meist einfacher, aus praktischen Berichten zu lernen als aus der Theorie. Auch beim Verfassen von Texten dieser Sorte sollte sich der Autor bzw. die Autorin zuvor einige Fragen stellen. Zunächst sollte man sich des Grundes bewusst werden, warum der Fallbericht geschrieben werden soll. Die Antwort auf diese Frage ist von großer Bedeutung, da sie den Stil des Textes und die Information, die er enthalten soll, bestimmt. Je nach Zweck werden dann unterschiedliche Fragen bzw. die Antworten auf diese Fragen für die Erstellung des Berichtes relevant. Für die bessere Illustration soll im Folgenden ein Beispiel näher untersucht werden, nämlich das Verfassen eines Fallberichtes, der als Unterrichtsmaterial dienen soll. Die erste Frage, die man sich beim Verfassen eines solchen Berichtes stellen sollte, ist – wie bei allen anderen Texten – jene nach dem Zielpublikum. Ein Bericht für den Unterricht in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege wird ein anderes Niveau und andere Schwerpunkte aufweisen als ein Fallbericht für Studierende aus dem Bereich Medizin. Für die Gesundheits- und Krankenpflege ist es relevant, wie eine Krankheit verläuft und wie sie behandelt werden muss. Für (werdende) Ärzte und Ärztinnen könnten hingegen andere Aspekte von größerer Bedeutung sein, beispielsweise welche Behandlungsmethode gewählt werden soll. Als nächstes sollte die Frage gestellt werden, auf welche Art und Weise das Informationsmaterial

am besten präsentiert werden kann. Durch den Aufbau kann man bedeutenden Einfluss auf den Lernprozess nehmen: Es kann beispielsweise zunächst ein Bericht verfasst und im Anschluss daran ein Fragenkatalog samt Lösungsteil angehängt werden, anhand dessen die Lernenden ihr Wissen vertiefen können. Schlussendlich sollte auch noch eine Entscheidung darüber gefällt werden, welche Informationen der Bericht enthalten soll. Es sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass ausreichend Information zur Verfügung gestellt wird, sodass die Lernenden die Materie verstehen und in weiterer Folge auch anwenden können. In jedem Fall sollte beachtet werden, dass eine gewisse Zeit zwischen der Erstellung und der Veröffentlichung eines Berichtes vergeht. In der Zwischenzeit könnten bereits neue Erkenntnisse gewonnen worden sein, welche z.B. dazu führen, dass die Lernenden die gestellten Fragen anders beantworten. Zu diesem Punkt sollte daher in jedem Bericht eine Stellungnahme verfasst werden. Zu guter Letzt sollte der Text – wie jeder andere auch – einer objektiven Person zum Korrekturlesen überlassen werden, um eventuelle Fehler oder vergessene Aspekte herauszufiltern und eine objektive Meinung über die eigene Arbeit zu erhalten, bevor sie veröffentlicht wird (vgl. Dodds, 2007: 97ff).

Eine weitere Gruppe von medizinischen Textsorten sind Texte für den Medizinjournalismus sowie für Massenmedien. Dazu gehören beispielsweise Leitartikel, Leserbriefe, Artikel für Fachzeitschriften und Zeitungen, Pressemitteilungen, sowie Werbetexte⁴. Im Folgenden soll auf eine dieser Textsorten, nämlich auf die Leitartikel, genauer eingegangen werden, da diese eine der wichtigsten Textsorten aus dieser Gruppe sind und ein interessantes Aufgabengebiet für den medizinischen Autor bzw. die medizinische Autorin darstellen. Natürlich sind auch die restlichen genannten Textsorten sehr interessant und bedeutend, jedoch würde die Beschreibung jedes einzelnen Gebietes den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aus diesem Grund wird hier auf die weiterführende Literatur (Stuart, 2007) verwiesen.

Im medizinischen Bereich werden Leitartikel von führenden Experten bzw. Expertinnen im jeweiligen behandelten Fachgebiet verfasst und es handelt sich dabei häufig um einen Kommentar zu einem Manuskript, welches zu demselben Thema erscheinen soll und dem Verfasser/der Verfasserin des Leitartikels bereits bekannt ist, oder um ein Vorwort für ein Journal, ein Buch oder einen Bericht. Im Gegensatz zu Leitartikeln in Tageszeitungen, welche von einer sehr großen Anzahl von Personen gelesen werden, werden medizinische Leitartikel von einem wesentlich kleineren Publikum rezipiert, welches jedoch ein besonderes fachliches Interesse an dem im Artikel behandelten Thema hat und sich meist auch wesentlich genauer und länger mit dem Text beschäftigt

⁴ Vgl. zu den genannten Textsorten Stuart, 2007: 125-214

als Leser und Leserinnen von Leitartikeln in Tageszeitungen. Trotz dieser Unterschiede haben beide Sorten von Leitartikeln eines gemeinsam: sie sind eindrucksvoll, provokativ und meist auch umstritten. Sie sollen die Rezipienten und Rezipientinnen dazu bewegen, sich eine Meinung zu einem Thema zu bilden oder ihre Meinung dazu zu ändern. Es sollen zum Beispiel auch komplexe Themen verständlich erläutert und veraltete Ansichten neu aufgearbeitet werden. Die Verfasser/Verfasserinnen von Leitartikeln werden meist vom Redakteur bzw. von der Redakteurin einer Zeitschrift aus einer Gruppe von potentiellen Autoren/Autorinnen ausgewählt. Dabei wird meistens der Versuch unternommen, international bekannte Fachleute für den Artikel zu gewinnen, die über umfangreiche Kenntnisse in dem zu behandelnden Gebiet verfügen und so meist sehr kontroverse Texte verfassen werden.

Beim Verfassen von Leitartikeln gibt es mehrere Möglichkeiten, in welche Richtung der Text gehen kann. Beispielsweise kann er bestärkend, also positiv und in Zustimmung zu einer Untersuchung, einer/einem Autor/in oder einem Themengebiet, oder aber kritisch, also negativ, sowie erklärend/aufklärend oder überzeugend geschrieben sein. Erklärende Leitartikel präsentieren und erklären ein komplexes Thema und überzeugende Artikel untersuchen Zahlen und Fakten, um eine Lösung für ein Problem zu finden. Meist umfassen Leitartikel mehrere dieser Möglichkeiten, doch sollte nur eine davon die vorherrschende sein. Als Autor bzw. Autorin eines Leitartikels sollte man sich deshalb vor dem Verfassen des Textes darüber im Klaren sein, welche Richtung man einschlagen möchte. Der Text sollte auf den eigenen Erfahrungen und Erkenntnissen beruhen – stellt sich also heraus, dass man nicht über ausreichend fachliches Wissen verfügt, um einen adäquaten Text zu verfassen, sollte man ihn am besten gar nicht erst schreiben und den Redakteur bzw. die Redakteurin so früh wie möglich darüber informieren, sodass rechtzeitig ein neuer Autor/eine neue Autorin gesucht werden kann. Beschließt man aber, den Artikel zu verfassen, so sollte man als nächstes die Struktur des Textes festsetzen. Es gibt dabei kein *richtig* oder *falsch*, es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Argumente einem logischen Aufbau folgen und dass eventuelle Vorgaben der Redaktion eingehalten werden. Eine sehr häufig gewählte Struktur bei Leitartikeln, die als Vorwort für ein Werk dienen sollen, befolgt die Reihenfolge: 1. unerfüllter Bedarf, 2. Auswirkungen einer Erkrankung, 3. existierende Behandlungsmethoden, 4. bewährte Vorgehensweisen, 5. Vorausblick in die Zukunft. Beim Verfassen sollte man dann eine Reihenfolge einhalten, die sicherstellt, dass alle notwendigen Aspekte beachtet werden. Dabei sollte man zunächst sicherstellen, dass die Vorgaben der Redaktion vorhanden sind und eingehalten werden können (z.B. Länge, Deadline etc.). Als nächstes sollten die Artikel/Kapitel eines Buches gelesen werden, auf welche sich der Leitartikel beziehen soll. Danach sollte der eigene Blickwinkel deutlich gemacht wer-

den, dabei ist Objektivität eher erwünscht als subjektive Äußerungen. Die Lektüre von bereits veröffentlichter Hintergrundliteratur stellt sicher, dass die eigene Meinung durch Zahlen und Fakten belegt werden kann. Im Anschluss daran sollte die bereits erwähnte Struktur des Textes bestimmt werden und erst dann kann der Text verfasst werden. Der Artikel sollte dabei nicht zu radikal verfasst sein, ohne adäquate unterstützende Fakten liefern zu können, er sollte aber auch nicht farblos und uninteressant gestaltet werden. Im besten Fall ist ein Leitartikel kurz, ausdrucksstark und interessant gestaltet (vgl. Clark, 2007: 127ff). Der Aufbau, Wahl des Titels, Korrekturlesen etc. folgen in der vorliegenden Arbeit bereits erläuterten Mustern und werden daher nicht mehr wiederholt.

Anhand von den präsentierten Beispielen von medizinischen Texten kann man bereits ein Muster erkennen, welches medizinische Arbeiten miteinander verbindet. Die wichtigsten Aspekte sind eine gute Vorbereitung, das Bewusstsein über den Inhalt, der präsentiert werden soll, sowie das Anpassen der Texte an das Zielpublikum. Die meisten Empfehlungen treffen auch für das Verfassen von Texten aus vielen anderen Fachgebieten zu und können als eine erste Einleitung verwendet werden, doch gibt es in der Medizin viele verschiedene Textsorten, die bestimmte Konventionen und Intentionen haben, denen man in jedem Fall gerecht werden muss. Die hier präsentierten Beispiele geben nur einen ersten Überblick – das Verfassen von medizinischen Texten ist ein ganzes Fachgebiet für sich und eine umfassende Abhandlung mit allen möglichen Textsorten alleine würde schon eine sehr umfassende wissenschaftliche Arbeit füllen. Für die vorliegende Arbeit und für Übersetzer bzw. Übersetzerinnen ist es jedoch relevant zu wissen, dass es verschiedene Textsorten gibt, welche unterschiedliche Erwartungen erfüllen und gegebenenfalls auch an die Zielkultur angepasst werden müssen. Es gibt zum Beispiel auch medizinische Werbetexte, etwa für bestimmte Medikamente. Werbung wird in jeder Kultur anders aufgefasst und hat eine unterschiedliche Wirkung, da, wie in der vorliegenden Arbeit bereits erläutert wurde, Menschen aus unterschiedlichen Kulturen auch ganz unterschiedliche Wahrnehmungen von Krankheit und Gesundheit haben. Aus diesem Grund können manche Texte nicht einfach übersetzt werden, sondern müssen teilweise oder sogar zur Gänze umgeschrieben werden. Als Übersetzer bzw. Übersetzerin muss man sich dieser Unterschiede bewusst sein und auch wissen, wie die Texte in der Zielkultur ankommen, um eine adäquate Übersetzung verfassen zu können. Dabei unterscheiden sich Fachtexte, die von ExpertInnen für ExpertInnen verfasst wurden, in den einzelnen Kulturen weniger voneinander als beispielsweise medizinische Artikel für eine breitere LeserInnenschaft. Als Beispiel sei hier noch einmal auf das unterschiedliche Schmerzempfinden bzw. die unterschiedlichen Arten und Benennungen von Schmerz in den jeweiligen Kulturen genannt.

4 Das Fachübersetzen

4.1 Fachübersetzen in Theorie und Praxis

„Das Fachübersetzen ist heute unbestritten der zentrale Arbeitsbereich professionell tätiger Translatoren.“ [...] „Gleichzeitig bewirkt die globalisierte Verflechtung einen gewaltigen Anstieg des Übersetzungsvolumens besonders im fachsprachlichen Bereich. Die fachliche und wissenschaftliche Kommunikation auf internationaler Ebene ist ein Gebot der Stunde, und so rückt die interkulturelle Fachkommunikation (IKF) ins Zentrum des Interesses. Dem sollte die Ausbildung künftiger Übersetzerinnen und Übersetzer Rechnung tragen.“ (Stolze 2009: 11)

Wie Radegundis Stolze in ihrem Werk (2009) klar hervorhebt, spielt das Fachübersetzen eine besonders wichtige Rolle in der heutigen Übersetzungspraxis. Dies war schon immer der Fall – die Übersetzung war seit jeher von immenser Bedeutung in der Welt der Wissenschaft. Dies beweist allein die Tatsache, dass das wichtigste Werk, welches Einfluss auf die deutsche und auch auf die englische und französische Sprache hatte und als sprachliches Meisterstück gilt, eine Übersetzung ist. Es handelt sich dabei um die Bibel: im Englischen ist dies die King James Version, im Deutschen Martin Luthers Übersetzung und im Französischen jene von Calvin (vgl. Fischbach, 1993: 89).

Fachtexte verfolgen – wie im Zuge der vorliegenden Arbeit bereits erläutert wurde – spezielle Textsortenkonventionen und haben spezielle Eigenschaften, nach welchen man sie verschiedenen Kategorien zuordnen kann. So unterscheidet man beispielsweise zwischen Fachzeitschriftenartikeln, Patentschriften, Arztberichten, Völkerrechtlichen Übereinkünften, Gerichtsurteilen, Arbeitszeugnissen, Bedienungsanleitungen usw. (vgl. Stolze 2009: 216 ff.). Um sie als solche zu erkennen, muss man die verschiedenen Merkmale von Fachtexten untersuchen und so versuchen, diese von allgemeinsprachlichen Texten zu unterscheiden. Da die Grenze zwischen Allgemein- und Fachsprache nicht klar definiert ist, ist dies jedoch nicht ganz einfach. Die fachsprachlichen Merkmale, welche uns die Unterscheidung erleichtern, sind dabei eine spezielle Fachterminologie (Lexeme), ggf. auch Abbildungen, und spezielle sprachlich-stilistische Besonderheiten (Syntagmen, Sätze, Textsorten), welche auch bei der Übersetzung relevant sind und daher bei der Textanalyse immer mit einbezogen werden müssen (vgl. Stolze 2009: 46).

Wie bereits im Zuge der vorliegenden Arbeit umfassend ausgeführt wurde und wie auch von anderen Experten und Expertinnen immer wieder betont wird, spielt die Kultur bei jeder Übersetzung eine wichtige Rolle, so auch bei der Fachübersetzung. Die Kultur findet sich in Lexik, Syntax und Pragmatik verschiedener Fachtexte wieder und

darf bei einer professionellen Übersetzung unter keinen Umständen außer Acht gelassen werden.

Die Schwierigkeiten bei einer Übersetzung bestehen daher nicht nur darin, sich in ein bestimmtes Fachgebiet einarbeiten zu müssen, sondern auch in der Schwierigkeit, einen Text aus einer Kultur in eine andere zu übertragen, ohne jedoch zu viel zu verändern, da Auftraggeber und Auftraggeberinnen häufig keine allzu großen Abweichungen vom Ausgangstext dulden. Das bedeutet also, dass im Vorfeld von jeder Übersetzung zunächst eine Analyse ausgearbeitet werden sollte, um zu wissen, worauf besonders Rücksicht genommen werden muss (siehe dazu Kapitel 6.1). Natürlich muss so eine Analyse nicht schriftlich erfolgen – bei geübten Übersetzern und Übersetzerinnen läuft sie bereits während der Lektüre des Ausgangstextes automatisch im Kopf ab und fließt dann in die Übersetzung ein.

Außerdem muss bei einer Fachübersetzung natürlich auch eine Qualitätskontrolle sichergestellt sein. Der Übersetzer bzw. die Übersetzerin steht mit dem Namen hinter seiner bzw. ihrer Arbeit und wenn man im Berufsfeld der Fachübersetzung erfolgreich sein möchte, muss man stets qualitativ hochwertige Übersetzungen liefern. Qualität bedeutet in diesem Fall die Erfüllung definierter Erwartungen in Hinsicht auf Layout, Kohärenz, Terminologie, Textsorte und Stil (vgl. Stolze 2009: 383). Es müssen also alle Erwartungen erfüllt werden und außerdem muss jede Entscheidung des Übersetzers bzw. der Übersetzerin logisch begründbar sein.

Diese Aussage könnte insofern kritisiert werden, als dass die Erwartungen von Auftraggebern und Auftraggeberinnen oder auch die des Zielpublikums nicht notwendigerweise als ein Kriterium für Qualität gelten müssen. Häufig handelt es sich bei diesen um weniger sprachkundige Personen aus wissenschaftlichen Bereichen, welche sich auf den Übersetzer bzw. die Übersetzerin verlassen und die Übersetzungen deshalb gar nicht erst infrage stellen. Diese Personen haben meist keine definierten Erwartungen, sondern möchten schlicht und ergreifend ihren Text halbwegs verständlich in einer Fremdsprache präsentieren können. Eine fachliche Übersetzung muss jedoch vollständig verstanden werden, sie muss präzise Aussagen treffen, klar und deutlich geschrieben und sprachlich auf einem ausreichend hohen Niveau sein. Kulturelle Aspekte dürfen ebenfalls in keinem Fall außer Acht gelassen werden. Die Qualität einer Übersetzung sollte also nicht nach den Erwartungen von Auftraggebenden oder Zielpublikum gemessen werden, sondern vielmehr nach vordefinierten Kriterien, welche man in den Standardwerken nachlesen kann und welche auch hier bereits diskutiert wurden (Kürze, Präzision, Verständlichkeit, kultureller Aspekt, Aufbau etc.). Ein guter Übersetzer bzw. eine gute Übersetzerin wird sich dieser Kriterien stets bewusst sein und die Übersetzung

nach diesen sowie nach bestem Wissen und Gewissen erstellen, ungeachtet dessen, ob der/die Auftraggebende besonders hohe oder eher niedrige Erwartungen an das Translat hat. Dass die Vorgaben der Auftraggebenden dennoch eingehalten werden müssen, versteht sich von selbst, diese müssen jedoch keinen Einfluss auf die Textqualität haben.

Jede Fachübersetzung wird nach einem bestimmten Vorgehensmuster⁵ angefertigt, welches von ÜbersetzerIn zu ÜbersetzerIn zwar variiert, im Großen und Ganzen jedoch Allgemeingültigkeit hat. Kadric/Kaindl/Kaiser-Cooke (2005) und Snell-Hornby/Hönig/Kußmaul (2005) sind nur zwei Literaturbeispiele, in welchen der Translationsprozess sowie unterschiedliche Translationstypen beschrieben werden. Grundsätzlich kann man sagen, dass es sich beim Übersetzen um einen Prozess handelt, bei welchem durchwegs Entscheidungen getroffen werden müssen. In Anlehnung an den im vorliegenden Fallbeispiel (siehe Kapitel 6) präsentierten Prozess soll im Folgenden eine mögliche Vorgehensweise beschrieben werden. Der erste Schritt bei jeder Übersetzung ist der gründliche Lese- und Verständnisprozess. Nach dem Lesen sollte eine Analyse angefertigt werden, die das Verstehen des Inhalts erleichtert sowie den Übersetzer bzw. die Übersetzerin dabei unterstützt, wichtige Entscheidungen für den Übersetzungsprozess zu treffen: Wer ist das Zielpublikum, nach dem sich der Stil des Textes zu richten hat? Um welche Textsorte handelt es sich, gibt es diese Textsorte auch in der Zielkultur und welche Textsortenkonventionen müssen beachtet werden, welcher Übersetzungstyp kommt zur Anwendung (siehe unten)? Wenn es Unklarheiten bezüglich Zielpublikum, Erscheinungsort und -art etc. gibt, sollten diese mit dem Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin abgeklärt werden. Konnten alle notwendigen Fragen für die Textanalyse zufriedenstellend beantwortet werden⁶, kann die Recherchearbeit in Angriff genommen werden. Es müssen alle fachlichen Unklarheiten beseitigt sowie alle terminologischen Schwierigkeiten abgeklärt werden. Bevor man mit der Recherchearbeit beginnt, müssen zunächst alle notwendigen Materialien gesammelt und beschafft werden. Eventuell hat der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin Paralleltexte vorliegen, aber auch Fachzeitschriften und Fachbücher sind ausgezeichnete Quellen für Paralleltexte. Lexika, Enzyklopädien etc. können ebenfalls sehr hilfreich sein. Eventuell vorhandene Terminologiedatenbanken sollten ebenfalls in jedem Fall genutzt werden. Es empfiehlt sich, parallel zur Recherchearbeit eine eigene Terminologieliste zu erstellen, welche als Unterstützung bei der Übersetzung dienen soll. Damit spart man sich sehr viel Zeit, da man im Nachhinein nicht mehr jeden Terminus nachschlagen bzw. sogar mehrfach suchen muss, weil man sich nicht alles merken konnte. Außerdem baut man sich so im Laufe

⁵ Vgl. dazu Gouadec, 2007: 55-83

⁶ Genauerer zu den Fragen der Textanalyse ist in Kapitel 6.1 nachzulesen.

der Zeit eine eigene Terminologiedatenbank auf, die für alle weiteren Aufträge in diesem Fachgebiet weiterverwendet werden kann.

Erst wenn die Recherchearbeit erledigt und die Terminologieliste bzw. das Glossar erstellt sind, kann die eigentliche Übersetzungsarbeit beginnen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hat der Übersetzer bzw. die Übersetzerin ein fundiertes Grundwissen über das im Fachtext behandelte Thema erlangt und verfügt über einen ausreichend sicheren Grundstock an fachrelevanten Termini, um den Text ohne größere Schwierigkeiten übersetzen zu können. Durch ausreichend gefestigte Vorkenntnisse zu fachtextrelevanten Themen, wie sie in den Kapiteln 2 und 3 behandelt wurden, fällt es dem/der Übersetzer/in nicht schwer, ein qualitativ hochwertiges und an die Auftragsituation angepasstes Translat herzustellen. Nach der Erstellung der Übersetzung ist noch eine Nachbearbeitung inklusive Korrekturlesen und Formatierung durchzuführen.

Beim Übersetzen von Fachtexten gibt es zwei verschiedene Übersetzungstypen und es ist besonders wichtig, vor Beginn der Übersetzungsarbeit festzulegen, welcher Typ zur Anwendung kommen soll: die **dokumentarische** oder die **instrumentelle** Übersetzung. Die dokumentarische Übersetzung ist eine Vorgehensweise, bei welcher der Ausgangstext als Dokument behandelt wird, über welches in der Zielkultur berichtet werden soll. Dabei bleibt der Zieltext als Übersetzung erkennbar – es geht in diesem Fall nicht darum, den Text an die Textkonventionen der Zielkultur anzupassen, daher bildet die Übersetzung die Form und den Inhalt des Ausgangstextes möglichst genau ab. Je nach Verwendungszweck kann dabei z.B. der Wortlaut, die grammatikalische Struktur, der Inhalt oder der Stil übernommen werden. Es gibt vier verschiedene Formen der dokumentarischen Übersetzung: Die *Wort-für-Wort-Übersetzung*, bei der die Strukturen des Ausgangstextes (Wortart, Wortfolge etc.) unverändert übernommen werden. Diese Übersetzungsform kommt heute kaum noch vor, selten wird sie in der Linguistik für die Erforschung von Fremdsprachen verwendet. Dann gibt es die *Wörtliche Übersetzung*, bei welcher der genaue Wortlaut des Ausgangstextes wiedergegeben wird, wobei jedoch die grammatikalischen Regeln der Zielsprache beachtet werden. Des Weiteren gibt es die *Philologische Übersetzung*, bei welcher der Inhalt des Ausgangstextes mit grammatikalischen und stilistischen Mitteln der Zielsprache wiedergegeben wird, wobei jedoch die Satzstrukturen des Originals so genau wie möglich berücksichtigt werden. Schlussendlich gibt es die *Exotisierende Übersetzung*, bei der sowohl die formalen und inhaltlichen, als auch die situativen Merkmale des Ausgangstextes im Zieltext abgebildet werden. Diese Übersetzungsform kommt häufig bei der Literaturübersetzung, aber auch bei der Übersetzung von Urkunden vor (vgl. Kadric/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 95f).

Bei der instrumentellen Übersetzung handelt es sich um einen Übersetzungstyp, bei welchem der Zieltext „als Instrument für eine kommunikative Handlung in der Ziel-situation“ (Kadric/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 98) dient. In diesem Fall merkt man einer Übersetzung nicht an, dass es sich um eine solche handelt. Ein Beispiel dafür ist die Übersetzung eines Vertrages zwischen einem deutschen und einem englischen Unternehmen, der in beiden Ländern Gültigkeit haben soll. In diesem Fall müssen die Rechtssysteme des jeweiligen Landes berücksichtigt werden und die Texte sollen nicht als Dokumente angesehen werden, die darstellen, wie ein Vertrag in Deutschland aussieht, sondern es sollen zwei eigenständige Verträge sein. Für diesen Zweck sind auch andere Übersetzungsformen nötig als jene, die oben präsentiert wurden. Hier gibt es die *Paraphrasierende Übersetzung*, bei der es darum geht, „einen im Ausgangstext dargestellten Sachverhalt zu umschreiben bzw. mit einer Erklärung zu versehen, um ihn so dem Wissensstand, kulturellen Hintergrund und der Situation der Rezipientin angemessen zu vermitteln“ (Kadric/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 99). Des Weiteren gibt es die *Adaptierende Übersetzung*, bei der ein kulturspezifischer Sachverhalt aus dem Ausgangstext durch einen Sachverhalt aus der Zielkultur ersetzt und somit an die Zielkultur angepasst wird. Schließlich gibt es noch die sogenannte *Auslassung*, bei der für die Zielkultur nicht relevante Textausschnitte ausgelassen werden können (vgl. Kadric/Kaindl/Kaiser-Cooke, 2005: 98f).

Diese beiden Übersetzungstypen, sowohl die dokumentarische als auch die instrumentelle Übersetzung, sind auch für das Fachübersetzen relevant. Die dokumentarische Übersetzung kommt zum Einsatz, wenn beispielsweise Urkunden oder Zeugnisse übersetzt werden. Die instrumentelle Übersetzung hingegen wird bei Fachtextsorten angewandt, welche über bestimmte fachliche Themenstellungen berichten, Studienergebnisse präsentieren, als Lehrmaterial dienen, etc. Es ist besonders wichtig zu wissen, wie ein Text übersetzt werden soll, bevor man mit der Übersetzung beginnt. Meist ergibt sich die Art der Übersetzung bereits aus der Textsorte und dem Verwendungszweck selbst – eine Scheidungsurkunde aus England, die einem österreichischen Amt vorgelegt werden soll, wird in jedem Fall dokumentarisch übersetzt werden und eine fachliche Abhandlung auf Englisch, die dem deutschsprachigen Publikum zugänglich gemacht werden soll, muss auf jeden Fall instrumentell übersetzt werden. Sollte es doch noch aus irgendeinem Grund unklar sein, wie ein Text übersetzt werden soll, ist es die beste Lösung, den Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin über den Zweck, den der Zieltext erfüllen soll, zu befragen und dann eine Entscheidung zu treffen.

Ist die Übersetzungsarbeit selber abgeschlossen, folgt eine Nachbearbeitung bzw. Qualitätssicherung, ein besonders wichtiger Schritt im Übersetzungsprozess⁷. Im Zuge der Qualitätssicherung muss festgestellt werden, ob alle Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin erfüllt wurden und ob die Übersetzung auch die eigenen Kriterien erfüllt. Es ist auch sehr empfehlenswert, das Translat von einem Kollegen bzw. einer Kollegin Korrektur lesen zu lassen. Dieses Vier-Augen-Prinzip stellt sicher, dass keine Fehler oder stilistische Schwächen wie zu komplizierte Sätze o.ä. übersehen werden. Erst dann wird die fertige Übersetzung abgeliefert und gleichzeitig eine Honorarnote ausgestellt (sofern vereinbart bzw. je nach Vertrag). Es empfiehlt sich auch, den Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin um ein Feedback zu bitten und dieses im Hinblick auf mögliche zukünftige Aufträge auch ernst zu nehmen.

Der Ablauf des Übersetzungsprozesses wird in der Fachliteratur häufig beschrieben und es gibt zahlreiche unterschiedliche Wege. Bei der hier dargestellten Möglichkeit handelt es sich um eine Kombination unterschiedlichster Ratschläge aus der Literatur bzw. dem Unterricht im Zuge des Studiums. Im Endeffekt bleibt es aber jeder Übersetzerin bzw. jedem Übersetzer selbst überlassen, weitere Schritte hinzuzufügen oder oben angeführte Schritte auszulassen. Wichtig ist, dass eine qualitativ hochwertige Übersetzung produziert wird, welche die Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin und die eigenen Qualitätskriterien erfüllt. Der hier dargestellte Prozess bezieht sich auf die Übersetzung eines Fachtextes, wie es am häufigsten vorkommt. Spezielle Übersetzungen von beispielsweise Webseiten oder anderen technischen Gegebenheiten werden in dieser Arbeit nicht behandelt, da sich die vorliegende Arbeit auf das Übersetzen medizinischer Fachtexte konzentriert und Übersetzungen, die technische Besonderheiten beinhalten bzw. besonderes technisches Knowhow erfordern, außen vorgelassen werden.

Ein besonders wichtiger Aspekt der Fachübersetzung ist der Einfluss der Kultur. Wie bereits umfassend ausgeführt wurde, spielt die Kultur in Fachtexten eine ebenso wichtige Rolle wie in der Literatur. Auf welche Art und Weise dies geschieht und welche Aspekte dabei eine Rolle spielen wurde in den Kapiteln 2.1.1 und 2.2.4 bereits erläutert. Im Folgenden soll daher nur noch in aller Kürze dargestellt werden, wie sich der kulturelle Aspekt auf das Fachübersetzen selbst auswirkt und worauf besonders geachtet werden muss.

⁷ Vgl. dazu Stolze, 2009: 367-385.

4.2 Der kulturelle Aspekt beim Fachübersetzen

In Kapitel 2.1.1 wurde bereits erläutert, auf welche Art und Weise sich die Kultur im Fachtext bemerkbar macht. Auf genau diese Aspekte muss beim Übersetzen geachtet werden. Es ist wichtig zu wissen, wie bestimmte Gegebenheiten in der Zielkultur wahrgenommen werden und wie man bei der Übersetzung vorgehen muss. In Rechtstexten muss man beispielsweise Rücksicht auf das Rechtssystem im Land der Zielsprache nehmen und die Termini – je nach Textsorte – entweder anpassen oder *wörtlich* Übersetzen (siehe Kapitel 4.1, dokumentarische vs. instrumentelle Übersetzung).

Um die verschiedenen kulturellen Aspekte und die Schwierigkeiten, die sich dadurch im Zuge der Übersetzung ergeben, zu kompensieren, gibt es verschiedene Übersetzungsstrategien. Um eine Sensibilisierung für den Umgang mit interkulturellen Unterschieden herzustellen, präsentiert Stolze (2009: 360ff) einige Kategorisierungen dieser Unterschiede sowie einige kompensatorische Übersetzungsstrategien. Dies soll dabei helfen, „systematisch zu fragen, wie ein Übersetzer auf interpretatorisch festgestellte kulturelle Inkongruenzen zwischen Ausgangs- und Zielkultur in seinen Texten formal [sic!] sprachlich reagieren kann“ (Stolze, 2009: 360). Dabei wird zwischen folgenden Inkongruenzen unterschieden:

- (1) „*reale Inkongruenzen* in Übersetzungstexten, wenn Realia aus einer Kultur in der anderen unbekannt sind und es dafür oft keine Bezeichnung gibt, oder wenn bei Termini eine Begriffsinkongruenz besteht;
- (2) *formale Inkongruenzen* betreffen die Übersetzungsschwierigkeit bei Textsorten, die als solche zwar in der Zielkultur auch bekannt, jedoch in anderer sprachlicher Gestalt üblich sind;
- (3) *semantische Inkongruenzen* betreffen die kulturspezifischen oder ideologischen Konnotationen von Wörtern und Termini, die in Übersetzungen bei wörtlicher Übertragung abweichende oder unerwünschte Assoziationen auslösen können, oder die bei Interpretation aus Sicht der Zielkultur den gemeinten Sinn der Mitteilung verfälschen.“ (Stolze, 2009: 360f)

Um diese kulturspezifischen Inkongruenzen zu überwinden und einen für die Zielkultur verständlichen Text produzieren zu können ist es notwendig, kompensatorische Übersetzungsverfahren anzuwenden. Es gibt verschiedene Arten, wie man dabei vorgehen kann. Die erste Möglichkeit ist dabei das *explikative Verfahren*, bei dem unbekannte Fachtermini erklärt und fremdkulturelle Realia verständlich gemacht werden. Hier können erklärende Zusätze in den Text eingebaut werden, beispielsweise *Konnektoren* (auch, wieder, also, wie etwa, hier...), *metakommunikative Einschübe* (wie schon gesagt, d.h., darunter versteht man...), die *syntagmatische Wiederaufnahme* („Eine Bildhauerin, Frau Harin, fertigte den Entwurf“ oder Wiederaufnahme mit Personal-

pronomen, um den Leser bzw. die Leserin durch einen komplexen Text zu führen) und *erläuternde Appositionen* (z.B. implizite Erklärung des deutschen Sachverständigenrats auf Englisch als *German Council of Economic Experts*).

Des Weiteren gibt es das *paraphrasierende Verfahren*, also das *Paraphrasieren* von schwierigen Begriffswörtern, das *Hervorheben im Satz* durch Anführungszeichen oder kursive Schrift, um Fachausdrücke zu verdeutlichen, das *Verallgemeinern* von Begriffen, um das Textverstehen sicherzustellen.

Außerdem gibt es das *referentielle Verfahren*, durch welches das Unbekannte erläutert wird, indem es an Bekanntes angebunden wird. Bei diesem Verfahren kommt es bereits zu einer stärkeren Abweichung vom Ausgangstext, ein Beispiel dafür ist das Umrechnen von fremdkulturellen Zahlen und Datumsangaben.

Schließlich gibt es noch das *modifizierende Verfahren*, wenn eine Erklärung, eine Ergänzung oder ein Vergleich nicht ausreicht, um die Verständnisbarriere zu überwinden. Bei diesem Verfahren werden sowohl der Satzbau als auch der Inhalt umgestaltet, beispielsweise durch die Umformulierung von einzelnen Sätzen, Beachtung einer zielgruppenspezifischen Wortwahl oder gar die Umgestaltung des gesamten Textes gemäß den zielsprachlichen Normen, beispielsweise um Textsortennormen einzuhalten. Dabei handelt es sich meist um Gebrauchstexte, die funktional sowohl in der Ausgangs- als auch in der Zielkultur vorkommen, jedoch einen unterschiedlichen Aufbau aufweisen (vgl. Stolze, 2009: 361ff).

Die von Stolze ausgeführten und in der Translationswissenschaft bekannten Vorgehensweisen sind ein effizienter Weg, Missverständnisse und Verständnisbarrieren beim Übersetzen aus dem Weg zu räumen und dadurch zielkulturorientierte, verständliche und gut lesbare Zieltexte zu produzieren. Das Ziel jeder Übersetzung ist es, eine Art von Kommunikation herzustellen und dies kann nur glücken, wenn die Zielkultur einen Text nicht als Übersetzung identifizieren kann, sondern dieser als eigenständiger, zielsprachlicher Text anerkannt wird. Natürlich gibt es Situationen, in denen dies gar nicht erwünscht ist (Stichwort dokumentarische Übersetzung), doch sollte man als Übersetzer bzw. Übersetzerin auf jeden Fall stets darauf achten, dass die jeweiligen Textsortenkonventionen der Zielkultur (wenn erforderlich) eingehalten werden und sich – um dies zu erreichen – auch immer der Möglichkeiten bewusst sein, die zur Erreichung dieses Ziels zur Verfügung stehen. Diese Regeln gelten grundsätzlich für alle Fachtexte, jedoch kommen manche Aspekte von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich zur Anwendung. In manchen Fachgebieten (z.B. Recht, Wirtschaft) muss besonders viel erläutert und paraphrasiert werden, in anderen hingegen (z.B. Medizin) kommen die fachspezifischen Termini international nahezu identisch zur Anwendung. Im Folgenden soll auf die Besonderheiten beim medizinischen Übersetzen eingegangen werden.

5 Das Übersetzen von medizinischen Texten

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits die wichtigsten Merkmale von Fachtexten sowie die Grundlagen für die Fachübersetzung erläutert. Grundsätzlich gelten diese Angaben auch für medizinische Fachtexte und werden aus diesem Grund nicht mehr wiederholt. In diesem Kapitel sollen nur die Besonderheiten herausgehoben werden, die die Übersetzung eines medizinischen Textes charakterisieren.

Die Übersetzung medizinischer Texte ist besonders heikel, da sich Fehler auf die weitere Behandlung eines Patienten/einer Patientin auswirken bzw. zu Fehldiagnosen oder Falscheinnahe von Medikamenten führen könnten. Des Weiteren ist es wichtig, dass Textsortenkonventionen bekannt sind und je nach Situation entweder in die Zielkultur übertragen (z.B. Packungsbeilage) oder bewusst in der Form der Ausgangskultur belassen werden (z.B. Befunde, um offensichtlich zu machen, dass der Befund in einem anderen Land erstellt wurde). Es ist besonders wichtig, eine klare, verständliche und akkurate Übersetzung zu liefern, die nicht zu Missverständnissen führen kann und die – wenn sie z.B. in Fachzeitschriften veröffentlicht wird – von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen gerne gelesen wird. Diese Personen lesen sehr viel, um auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bleiben und sind häufig auf Übersetzungen angewiesen, um sich beispielsweise über neue Erkenntnisse ihrer internationalen Kollegen und Kolleginnen informieren zu können. Gleichzeitig sind sie aber auch aktiv im Gesundheitswesen tätig und täglich mit der ihnen gewohnten Fachsprache konfrontiert. Verwendet man in der Übersetzung nun Begriffe, welche in dieser Kultur fremd erscheinen oder einfach in dieser Form nicht verwendet werden, verursacht dies häufig Frustration bei den Lesern und Leserinnen und kann dazu führen, dass der Text gar nicht zu Ende gelesen wird (vgl. O'Neill, 1998: 70f). Ist die Übersetzung für Laien gedacht, muss darauf geachtet werden, dass nicht zu viele fachliche Termini verwendet werden und dass der Text problemlos verstanden wird. Wie überall ist es auch hier von großer Bedeutung, dass auf das Zielpublikum Rücksicht genommen und ganz besonders genau und sorgfältig gearbeitet wird.

Da es jedoch keine offiziellen Richtlinien für das Übersetzen von Texten aus dem Gesundheitswesen gibt, genauso wenig wie eine spezifische Ausbildung als medizinische/r Übersetzer/in oder auch Dolmetscher/in, kann es zu diversen Schwierigkeiten im Zuge des Übersetzens kommen – die Übersetzer und Übersetzerinnen arbeiten nach eigenen Erfahrungswerten und eigenem Ermessen und AuftraggeberInnen haben oft nicht die Erfahrung bzw. keine oder nicht ausreichende Sprachkenntnisse, um die Über-

setzungen genau beurteilen zu können. So gibt es in diesem Gebiet – genauso wie in vielen anderen Fachgebieten – sehr häufig mangelhafte Übersetzungen.

Die IMIA – International Medical Interpreters Association – hat daher einen Guide herausgegeben, welcher Übersetzer und Übersetzerinnen dabei unterstützen soll, adäquate und qualitativ hochwertige medizinische Übersetzungen zu produzieren. Hier werden viele Tipps bezüglich Vorgehensweise, Hilfsmittel, Qualifikation und Übersetzungsmanagement gegeben. Auch wenn sich die Informationen in diesem Dokument (siehe <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/438.pdf>) auf die USA beschränken, können sie auch Übersetzern und Übersetzerinnen im deutschsprachigen Raum zugutekommen und sie bei der Übersetzung von medizinischen Texten unterstützen.

5.1 Die Geschichte der medizinischen Übersetzung

Um ein Grundverständnis für die Hintergründe der medizinischen Übersetzung zu schaffen, erscheint es sinnvoll, einen Blick auf die Geschichte derselben zu werfen. Übersetzung ist für das Verbreiten von Wissen von größter Bedeutung. Ohne Übersetzungen wäre die Wissenschaft nicht dort, wo sie heute ist. Dank der Übertragung von Wissen aus einer Sprache in eine (oder mehrere) andere entwickeln sich die Wissenschaften wesentlich schneller, Experten und Expertinnen können ihr Wissen miteinander teilen und so zu immer weiter fortschreitenden Erkenntnissen gelangen. Medizin war eines der wissenschaftlichen Felder, das als erstes durch die Übersetzung fruchtbar gemacht wurde und davon in hohem Maße profitieren konnte. Neben Theologie/Philosophie und Astronomie/Geografie ist die Medizin eines der drei ältesten Bereiche, in denen wissenschaftliches Wissen niedergeschrieben wurde. Drei Faktoren hatten dabei besonderen Einfluss auf die Attraktivität der Medizin für die Übersetzung: Zunächst war dies die Allgemeingültigkeit des Fachgebiets selbst. Der menschliche Körper und seine Funktionen sind auf der ganzen Welt dieselben. Dadurch werden Übersetzer und Übersetzerinnen in der Medizin nicht vor solche Herausforderungen gestellt, wie dies bei beispielsweise Übersetzern und Übersetzerinnen im Bereich Recht der Fall ist. Die Vielfalt der Gesetze und Rechtssysteme auf der ganzen Welt stellen Übersetzer und Übersetzerinnen vor enorme Schwierigkeiten. Bei medizinischen Übersetzern und Übersetzerinnen hingegen gibt es diese unterschiedlichen Systeme nicht – Medizin ist allgemeingültig und dies vereinfacht ihre Arbeit ungemein. Es kommt in dieser Hinsicht nicht so leicht zu Missverständnissen wie es bei Übersetzungen in anderen Fachgebieten sehr leicht passieren kann. Der zweite Faktor war die lexikalische Äquivalenz der Medizin, zumindest in der westlichen Welt. Latein und Griechisch sind die Sprachen, die

der medizinischen Fachsprache zugrunde liegen und mithilfe derer im Laufe der Zeit die meisten medizinischen Termini gebildet wurden. Dies erleichtert die Übersetzungsarbeit ebenfalls sehr und ist deshalb mit verantwortlich dafür, dass Medizin eines der ersten Fachgebiete ist, welches umfassend übersetzt wurde. Der dritte Faktor, der hier eine Rolle spielte, war die universelle und leicht zugängliche Literatur der Medizin. Gesundheit und Krankheit sind Themen, welche den Menschen seit jeher ganz besonders beschäftigt haben. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass es in diesem Fachgebiet eine besonders große Fülle an Fachbüchern, Lexika, Enzyklopädien, Journalen und Wörterbüchern gibt, und dies in nahezu jeder Sprache der Welt. Des Weiteren sind Fachleute für den Übersetzer/die Übersetzerin ebenso immer leicht erreichbar und dienen so sehr häufig als menschliche Informationsquelle für fachliche Fragen. In anderen Fachgebieten (beispielsweise in der Raumfahrt oder der Ozeanographie) sieht dies ganz anders aus – hier sind die Fachleute nicht so leicht verfügbar und auch die Literatur ist nicht annähernd so umfangreich wie jene in der Medizin. Dank dieser drei Faktoren war es möglich, dass die Medizin als eines der wenigen Fachgebiete gilt, welches die längste Übersetzungsgeschichte hat und sich dadurch besonders gut weiterentwickeln konnte (vgl. Fischbach, 1993: 92ff).

Die Rolle der Übersetzer(innen)⁸ in der Geschichte ist ebenfalls ein sehr interessanter Aspekt, der hier nicht außer Acht gelassen werden soll. In Griechenland waren es Hippokrates (~400 v.Chr.) sowie, 400 Jahre später, Galen von Pergamon, die eine große Menge an medizinischen Schriften verfassten und damit mehrere Generationen von Übersetzer(innen) beschäftigten. In Rom gab es eine Reihe von Übersetzern, die meist Ärzte waren und die die griechischen medizinischen Schriften ins Lateinische übersetzten. Der bekannteste dieser Übersetzer/Ärzte ist Asklepiades. Aulus Cornelius Celsus war es schließlich, der im 1. Jahrhundert v.Chr. die gesamte medizinische Literatur von Hippokrates bis zur Alexandrinischen Zeit zusammenfasste und aufgrund seines literarischen Stils *Cicero der Medizin* genannt wurde. Bis zum 3. Jahrhundert v.Chr. wurde Medizin in griechischer Sprache gelehrt. In der Welt des Islam wurden mit dem Aufstieg der Religion im 7. Jahrhundert und nach der Errichtung eines vereinten Islamischen Reiches in Bagdad und im Damaskus große medizinische Schulen errichtet und damit entstand ein riesiger Bedarf an Übersetzungen aus dem Griechischen in das Arabische. Noch nie zuvor spielten die Übersetzer eine so wichtige Rolle in der Geschichte wie zu den Zeiten als sich das Islamische Reich ausdehnte. Wichtige Persönlichkeiten dieser Zeit waren der in Persien geborene Mediziner Rhazes, der über 140 medizinische Werke verfasste, von denen zahlreiche ins Lateinische übersetzt wurden. Außerdem

⁸ Da es in der Geschichte meist Männer waren, die den Berufen des Arztes und Übersetzers nachgingen, wird in diesem Abschnitt überwiegend die männliche Form verwendet.

Avicenna, der eine Enzyklopädie der Medizin, den sogenannten *Canon*, verfasste, der wiederum jahrhundertlang als ein Standardwerk der Medizin galt, mehrfach übersetzt und bis ins 17. Jahrhundert hinein vom lateinischen Westen genutzt wurde. Im Mittelalter gab es nach dem Fall des römischen Reiches und nachdem der Ruhm Griechenlands geschwunden war, nur die Werke der arabischen Übersetzer, welche die Lücke bis zur Wiederauferstehung der Wissenschaft in der Renaissance überbrücken konnte. Diese Übersetzungen führten schließlich zum Wiedererwachen der Wissenschaft und bildeten das Herzstück der mittelalterlichen Universitätsbibliotheken. Im frühen Mittelalter erreichte die Schule von Salerno hohes Ansehen und die dort entstandenen Werke wurden später in viele europäische Sprachen übersetzt. Diese Schule wird als Brücke zwischen historischer und moderner Medizin angesehen. Die Arabische Medizin selbst wurde durch die Übersetzung ins Lateinische zugänglich gemacht – ein immenser kultureller Beitrag der beruflichen Übersetzer-Vorgänger zur Verbreitung der Medizinwissenschaft. Dieses großartige Erbe der medizinischen Übersetzung wurde bald durch die Ankunft der Druckerpresse noch weiter bereichert. Des Weiteren wurden griechische Werke der medizinischen Wissenschaft ins Lateinische übersetzt und ältere Übersetzungen verbessert. Dies führte zu einer weiteren Verbreitung der Werke von Hippokrates und Galen. Mit der Besiedelung der neuen Welt wurden auch zahlreiche neue Arzneimittel entdeckt und ein sehr wichtiges Werk zu diesen im 16. Jahrhundert von Nicolas Monardes verfasst, und zwar nicht in lateinischer Sprache. Das Werk trug den Titel „*Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias occidentales*“ und wurde im Jahr 1577 von John Frampton ins Englische übersetzt, mit dem Titel „*Joyful Newes out of the Newe Founde Worlde*“. Offensichtlich hatten die *Vulgärsprachen* Einzug in die medizinische Übersetzung gefunden (vgl. Fischbach, 1993: 95ff).

5.2 Medizinische Übersetzung in Theorie und Praxis

Anhand der vorangegangenen kurzen Zusammenfassung ist bereits zu erkennen, dass medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen nicht erst zur Zeit der Globalisierung ihre Bedeutung erlangt haben, sondern seit jeher essentiell zur Verbreitung von medizinischem Wissen beigetragen haben. Dank der Übersetzer/innen in der Geschichte konnte sich die Medizin durch die Weitergabe von wissenschaftlichen Erkenntnissen und die ermöglichte Zusammenarbeit von international anerkannten Medizinern/innen wesentlich schneller weiterentwickeln. Durch den Reiz, den das Fachgebiet selbst seit jeher auf die Menschheit ausübte, wurde die Entwicklung noch weiter vorangetrieben und so gehört die Medizin heute zu den Wissenschaften, die sich in der Geschichte am schnellsten weiterentwickelt haben. Dabei spielten und spielen Übersetzer und Übersetzerinnen eine essentielle Rolle, was das Gebiet des medizinischen Übersetzens besonders interessant und bedeutend macht. Aus diesem Grund ist es umso verwunderlicher, dass dieses Gebiet trotz seiner hohen Bedeutung erst so wenig erforscht wurde. Es gibt kaum ein Werk in deutscher Sprache, welches die Besonderheiten des medizinischen Übersetzens explizit behandelt und sogar im Englischen ist einschlägige Literatur rar. Aus diesem Grund soll die vorliegende Arbeit im Folgenden genauer auf die medizinische Übersetzung eingehen und damit einen Überblick in deutscher Sprache schaffen, der medizinischen Übersetzern und Übersetzerinnen und ganz besonders EinsteigerInnen in den Beruf eine Einführung in das Gebiet der Übersetzung im Gesundheitswesen bieten soll. Das in Kapitel 6 behandelte Fallbeispiel soll darüber hinaus einen Einblick in die Praxis gewähren und die Theorie damit festigen bzw. die genaue Vorgehensweise im Übersetzungsprozess, die in Kapitel 4.1 bereits erläutert wurde und damit weiter ausgebaut werden soll, praktisch darstellen und damit ein besseres Verständnis der Theorie ermöglichen. Zusätzlich wird ein Einblick in die medizinische Fachterminologie gewährt, so dass sich der Leser bzw. die Leserin ein besseres Bild von der medizinischen Übersetzung und der damit verbundenen Terminologie machen kann. Schließlich werden auch im Text vorkommende kulturelle Eigenheiten kommentiert und somit Beispiele für die Unterschiede der deutschen und der englischen Kultur in medizinischen Fachtexten geliefert.

Da – wie bereits erwähnt – kein einschlägiges, vollständiges Werk in deutscher Sprache existiert, stützt sich die hier angeführte Theorie hauptsächlich auf englischsprachige Werke, welche einen ausgezeichneten Einblick in die Arbeit des medizinischen Übersetzens gewähren. Im Folgenden soll daher der Inhalt dieser Werke teilweise wiedergegeben und kommentiert werden.

Beim Übersetzen von medizinischen Texten ist es – so könnte man meinen – von Vorteil, wenn man als Übersetzer bzw. Übersetzerin bereits die lateinische und/oder griechische Sprache kennt und somit die fachlichen Termini zumindest teilweise herleiten und damit verstehen kann. Diese Ansicht birgt jedoch ihre Tücken, denn häufig kann dieses Wissen auch irreführend sein und den Übersetzer/die Übersetzerin auf den falschen Weg bringen, da die Medizin im Laufe der Jahre keine große Rücksicht auf die Regeln der Etymologie und Wortbildung genommen hat und somit die Regeln der lateinischen oder griechischen Sprache häufig gar nicht erst zur Anwendung kommen. Hinzu kommt, dass sehr häufig griechische und lateinische Wortbestandteile in einem Terminus kombiniert werden. Erschwerend kommt beim Übersetzen dann noch dazu, dass bei der Übertragung von einer in die andere Sprache die lateinischen/griechischen Termini meist nicht exakt gleich übernommen werden können, sondern doch einige Unterschiede aufweisen können: Es kommt zu Veränderungen in der Schreibweise (z.B. leukocyte [en.] vs. leucocyte [fr.]), zur Veränderung der Präfixe (superinfection [en.]/surinfection [fr.]), parallel existierenden Formen (morbifique, morbigène [fr.]), sowie zu Wechseln zwischen griechischen und lateinischen Wortstämmen (cerebrospinal [e.] / céphalo-rachidien [fr.]). (vgl. Van Hoof, 1998: 49). All diese Veränderungen im Zuge der Übersetzung bringen Probleme mit sich, denen sich medizinische Übersetzerinnen und Übersetzer regelmäßig stellen müssen. Die in Kapitel 2.2.2 erläuterten Sprachbestandteile, die in der medizinischen Fachsprache besonders häufig vorkommen, nämlich Synonyme, Antonyme, Eponyme, Abkürzungen etc., unterscheiden sich von Sprache zu Sprache und stellen so ein relativ großes Hindernis dar. Während die englische Sprache häufig sehr beschreibend ist und sich an die Alltagssprache anlehnt (vgl. Van Hoof, 1998: 49), ist das Deutsche eher nüchtern und sachlich und vom Nominalstil geprägt und verwendet fachliche Termini wesentlich häufiger als dies im Englischen der Fall ist. Es ist auch sehr interessant, wie Eponyme gehandhabt werden: meist gibt es hier von Sprache zu Sprache unterschiedliche Schreibweisen bzw. Wortstellungen. Während es im Englischen *Alzheimer's disease* heißt, nennt man die Erkrankung im Deutschen *Alzheimer-Krankheit* und im Französischen *la maladie d'Alzheimer*. Ein noch radikaleres Beispiel ist die im Englischen sogenannte Batten disease, welche im Deutschen *neuronale Ceroid-Lipofuszinose* oder *Vogt-Spielmeyer-Stock-Krankheit* heißt. In solchen Fällen ist der Übersetzer bzw. die Übersetzerin besonders gefordert: es ist unumgänglich, gründliche Recherchearbeit zu leisten und somit sicherzustellen, dass die richtige Krankheit angeführt wird, denn „research is the key to success in medical translation“ (O'Neill, 1998: 76). Gründliche Recherche kann nur durch eine Konsultation von einschlägiger Fachliteratur oder auch Experten/Expertinnen aus dem Gesundheitswesen sichergestellt werden – häufig erkennt man die fremdsprachigen Bezeichnungen von

Krankheiten erst durch ihre Definition, daher ist die Konsultation von Fachleuten durchaus empfehlenswert. Da die Medizin ein besonders schnell fortschreitendes Fachgebiet ist, sollte man sich dabei nicht auf ältere Lexika oder Wörterbücher verlassen – diese können bei unerfahrenen Übersetzern bzw. Übersetzerinnen dazu führen, dass erst recht Fehler eingebaut werden. Nur wenn man verantwortungsbewusst damit umgeht, können diese Nachschlagewerke eine Unterstützung sein, dies aber auch nur in beschränktem Maße. Als besonders hilfreich erweisen sich jedoch einschlägige Paralleltexte: es ist unabdingbar, sich in ein Fachgebiet einzuarbeiten und es zu verstehen, bevor man einen Fachtext dazu übersetzt. Im Zuge der Lektüre lernt und notiert man sich nicht nur die relevante Terminologie, sondern achtet als professioneller Übersetzer/professionelle Übersetzerin immer auch auf den jeweiligen Stil. So weiß man, wie in der jeweiligen Sprache in dem jeweiligen Fachgebiet kommuniziert wird und kann dieses Wissen in weiterer Folge beim Übersetzen anwenden. Für die Suche im Internet empfiehlt sich für die englische Sprache beispielsweise MEDLINE (O'Neill, 1998: 77) oder auch die Stichwortsuche in anderen Suchmaschinen. Dabei sollte man aber besonders vorsichtig sein, nur seriöse Quellen zu verwenden. Von Seiten mit vielen Rechtschreibfehlern oder sonstigen dubiosen Inhalten sollte dringend Abstand genommen werden. Wie Van Hoof (1998: 62) völlig richtig darstellt, sollten professionelle Übersetzer bzw. Übersetzerinnen immer selbst dafür sorgen, dass sie betreffend Terminologie und Fachwissen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft bleiben, und dies ist nur durch regelmäßige Lektüre der aktuellsten Fachliteratur möglich. Indem man im eigenen Fachgebiet immer auf dem aktuellsten Stand bleibt stellt man sicher, im Notfall auch sehr schnell arbeiten zu können, ohne viel Zeit für tagelange Recherche verlieren zu müssen. Zusammenfassend ist der Schlüssel zum wahren Erfolg als medizinischer Übersetzer bzw. medizinische Übersetzerin „a love of language, an ear for style, a willingness to pursue arcane terminology and caring enough to get it exactly right“ (O'Neill, 1998: 80).

5.2.1 Die Ausbildung zum/zur medizinischen Übersetzer/in

„The biomedical translation market is steadily growing. Publishing houses, pharmaceutical laboratories, international organisations, hospitals and other centres within the health sector have to fulfil a wide range of quality interlinguistic and intercultural communication needs. This Master attempts to fill a gap in specialised training, to provide a solution to a particular sector of the translation market and to open a career path for students. The main working language pair of the course is English and Spanish, although the contents and the methodology used can be extrapolated to other language combinations.” (uji.es)

Die Beschreibung des Studiengangs für den Master im medizinischen Übersetzen an der Universitat Jaume I in Castellón, Spanien zeigt sehr deutlich, dass es durchaus einen Bedarf an medizinischen Übersetzern und Übersetzerinnen gibt und dass der Studiengang eine Lücke füllt, die in Österreich und auch in den Nachbarländern nach wie vor offen bleibt. Dass das medizinische Fachübersetzen von sehr großer Bedeutung ist, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt und daher wäre eine einschlägige Ausbildung in diese Richtung mit Sicherheit angebracht. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Einführung einer solchen Ausbildung in weiterer Folge auch Ausbildungen für das Übersetzen in anderen Fachgebieten, wie z.B. Recht, Wirtschaft, Finanzwesen etc. erforderlich bzw. wünschenswert macht. Dies könnte sicherlich von Seiten der Fachleute aus diesen Bereichen gefordert werden und das wäre auch legitim. Folglich wäre die Einführung solcher Studiengänge mit relativ hohen Kosten verbunden. Diese müssten durch entsprechende Studiengebühren und andere Einnahmen gedeckt werden, was mit Sicherheit nicht einfach, aber doch, zu realisieren wäre. Eine Möglichkeit, dies zu realisieren, wäre die Methode, die auch in der Universitat Jaume I gewählt wurde: Das Studium ist als Fernstudium angelegt, dauert ein Jahr und umfasst 60 ECTS Punkte. Die Kosten für das Studium betragen im Moment 29,87€/Credit (Stand März 2011). So eine Umsetzung wäre durchaus auch in Österreich zu realisieren und würde sicherstellen, dass auch hier erfolgreiche medizinische Übersetzer ausgebildet werden können. Durch das Fernstudium würden sich die Kosten für Lehrpersonal und die Räumlichkeiten in Grenzen halten, zusätzlich könnten Praktika und regelmäßige Präsenz-Einheiten abgehalten werden, um eine profunde Ausbildung gewährleisten zu können.

Es gibt also mehrere Möglichkeiten, wie ein Studium aufgebaut werden könnte, um alle notwendigen Aspekte für eine solche Ausbildung zu umfassen. Die genauen Inhalte müssten mit Fachleuten ausgearbeitet werden und das Studium müsste individuell an alle Studierenden angepasst werden, egal ob sie aus dem medizinischen oder aus dem translationswissenschaftlichen Bereich kommen. Es gibt zwei unterschiedliche Katego-

rien von medizinischen Übersetzern/Übersetzerinnen: jene mit medizinischem Hintergrund – Studierende der Medizin und Ärzte/Ärztinnen, die über ausreichend Wissen im jeweiligen Fachgebiet, jedoch über nur wenige oder keine translationsrelevanten Fachkenntnisse verfügen – und erfahrene Übersetzer und Übersetzerinnen mit hohem Interesse an der Medizin, die sich in jedem Fall das medizinische Fachwissen aneignen und Kontakt zu Fachleuten aus dem Gesundheitswesen halten sollten, um essentielles Feedback zu ihrer Arbeit zu erhalten (vgl. Lee-Jahnke, 1998: 82).

Bei der Ausbildung zukünftiger professioneller medizinischer Übersetzer und Übersetzerinnen, die aus dem medizinischen Bereich kommen, ist es verständlicherweise notwendig, diesen zunächst die Translationstheorie näher zu bringen. Im Anschluss daran ist es für alle Studierenden empfehlenswert, Paralleltexte zu lesen und damit die Eigenheiten der jeweiligen Sprachen kennen zu lernen. Das Deutsche ist beispielsweise im Vergleich zum Englischen eher komplex, die Sätze sind länger, die Textstruktur komplizierter und die medizinischen Texte sind mit lateinischen und griechischen Termini meist überladen. Außerdem sind deutsche Texte meist etwas länger als Englische. Studierende müssen darüber hinaus mit der fachlichen Terminologie und Wortbildung der jeweiligen Sprache vertraut gemacht werden, sogenannte False Friends erkennen lernen (wie z.B. die bereits erwähnten Unterschiede beim Übersetzen von Prä- und Suffixen) und auch mit Eponymen umgehen lernen. Schließlich müssen Studierende (vor allem jene, die aus dem translationswissenschaftlichen Bereich kommen) auch mit dem Fachgebiet der Medizin selbst vertraut werden: zunächst allgemein in allen Gebieten und danach vertiefend in ihrem speziellen medizinischen Fachbereich (vgl. Lee-Jahnke, 1998: 83f).

Natürlich ist es auch notwendig, Theorie mit Praxis zu verbinden. Heutzutage verändert sich jedes Fachgebiet mit sehr hoher Geschwindigkeit, so auch die Medizin. Werdende medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen müssen lernen, mit diesen Veränderungen und den hohen Anforderungen, die an sie gestellt werden, umzugehen. Meist müssen Übersetzungen in kürzester Zeit angefertigt werden und so ist häufig nicht ausreichend Zeit vorhanden, um die Texte nachzubearbeiten und zu perfektionieren. Außerdem wird das medizinische Übersetzen immer schwieriger, da die Verbreitung von wissenschaftlichem Wissen immer schneller voranschreitet, häufig werden unterschiedliche Erkenntnisse simultan veröffentlicht und der Wissensstand verändert sich nahezu täglich. Praktika in unterschiedlichen Gebieten – Pharmaunternehmen, in Teams mit anderen medizinischen ÜbersetzerInnen, interdisziplinäre Workshops für die Vertiefung des medizinischen Fachwissens – könnten hier von sehr großem Nutzen sein (vgl. Lee-Jahnke, 1998: 89).

Die von Lee-Jahnke präsentierte Vorgangsweise beschreibt eine sehr effiziente Ausbildungsweise für zukünftige professionelle Übersetzer und Übersetzerinnen der Medizin. Natürlich kann dies zusätzlich erweitert werden – beispielsweise wäre es von Nutzen, wenn Studierende auch eine einführende Ausbildung im Bereich des Verfassens von medizinischen Texten erhalten würden. Wie in Kapitel 4.2 erläutert, gibt es einige Eigenheiten, die medizinischen Texten zugeschrieben werden und erlernt werden sollten, um adäquate und zufriedenstellende Zieltexte produzieren zu können.

Die Einführung eines Master-Lehrgangs für medizinische Übersetzung könnte eine vertiefende Ausbildung ermöglichen und damit sicherstellen, dass Übersetzungen in diesem sehr heiklen Gebiet stets professionell angefertigt werden und so auch ein gewisser Standard in der internationalen Fachliteratur sowie im medizinischen Alltag (z.B. bei der Übersetzung von Befunden) gewahrt wird. Im Zuge eines solchen Master-Lehrgangs wäre es auch angebracht, Kurse für Dolmetscher und Dolmetscherinnen im Gesundheitswesen anzubieten und diesen Beruf gleichzeitig bekannter zu machen, denn es ist heutzutage immer noch Gang und Gebe, dass Angehörige oder Krankenhausangestellte bei Bedarf für fremdsprachige Erkrankte dolmetschen (viele Krankenhäuser haben laut eigenen Aussagen „Dolmetschlisten“, in denen alle fremdsprachigen Mitarbeiter/innen, z.B. auch das Reinigungspersonal, gelistet sind⁹). Dies verursacht eine hohe Fehlerquote und birgt auch die Gefahr fataler Missverständnisse durch Fehlübersetzungen. Leider ist es dennoch weiterhin üblich, dass ungeschultes Personal für Dolmetschtätigkeiten herangezogen wird.¹⁰

In Hinsicht auf Kurse für medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen sollte sich Österreich also in jedem Fall ein Beispiel an anderen Ländern nehmen: etwa an Spanien, wo auch an der Facultat de Traducció i Interpretació (Vic, Barcelona) Kurse für medizinische Übersetzung angeboten werden: sowohl die Recherchefähigkeiten, als auch das Verfassen von Fachtexten, der Aufbau von Hintergrundwissen, der Übersetzungsprozess selbst und die Beurteilung durch Lehrende oder sogar medizinische Fachleute (vgl. Gonzáles Davies, 1998: 94). Leider ist Österreich in dieser Hinsicht noch lange nicht soweit und es wird noch lange Zeit verstreichen, bis es hier eine gleichwertige Ausbildung gibt. Bis dahin müssen Übersetzer und Übersetzerinnen, die im medizinischen Bereich tätig werden möchten, selbstständig dafür Sorge tragen, dass sie sich ausreichend informieren und weiterbilden, mit Fachleuten in Kontakt treten, Feedback

⁹ Diese Information wurde der Verfasserin von Seiten der Angestellten eines Krankenhauses im Bundesland Salzburg bestätigt.

¹⁰ Näheres zum Dolmetschen im Gesundheitswesen siehe Pöchhacker, 2007

für ihre Übersetzungen bekommen und so viel Fachliteratur wie möglich lesen und damit auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft bleiben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Ansätze bzw. bewährte Konzepte von Kursen für die medizinische Übersetzung zwar sehr wohl existieren, jedoch leider nur im Ausland. Um also in Österreich als medizinischer Übersetzer bzw. medizinische Übersetzerin erfolgreich zu werden, muss man sich selbstständig Wissen aneignen. Wissen, das jedoch leider zum größten Teil nur in Fremdsprachen verfügbar ist. In deutscher Sprache wurde das Thema medizinisches Übersetzen nur selten erforscht und es gibt keine aktuellen Anleitungen oder Ratgeber in deutscher Sprache. Für Übersetzer und Übersetzerinnen sollte dies zwar kein großes Problem darstellen, da sie ohnehin zwei- oder mehrsprachig sind, dennoch wäre eine genaue, aktuelle Auseinandersetzung mit diesem Thema in deutscher Sprache wünschenswert. Dies würde sich mit der Einführung eines Master Studiums im medizinischen Fachübersetzen mit Sicherheit von selbst ergeben, es könnte damit sozusagen eine Kettenreaktion hervorgerufen werden. Damit es jedoch soweit kommt, muss hier zunächst ein Umdenken stattfinden und es muss allgemein erkannt werden, wie wichtig gut ausgebildete medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen für die Wissenschaft sind. Ohne diese kann der internationale ExpertInnen-Austausch nicht optimal erfolgen und es wird immer zu Missverständnissen bzw. Verzögerungen im Kommunikationsprozess kommen. In einem solch wichtigen Gebiet, wie es die Medizin nun mal ist, ist diese Kommunikation jedoch essentiell und genau diese Botschaft sollte viel umfassender an die Öffentlichkeit gebracht werden. Wenn dieses Umdenken einmal stattgefunden hat, wird auch für die medizinischen Übersetzer und Übersetzerinnen ein riesiges Tätigkeitsfeld geöffnet bzw. erweitert werden und der Bedarf an medizinischer Übersetzung wird noch weiter zunehmen, sodass hier mit Sicherheit ein ausreichend großer Markt vorhanden wäre.

Abschließend sei also festgehalten, dass die Einführung eines Master-Lehrgangs sowie eine umfassende Promotion der medizinischen Übersetzung und eine umfassende Aufklärung der Gesellschaft dazu führen können, dass medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen immens an Ansehen gewinnen und dass der Bedarf an medizinischen Übersetzungen enorm zunimmt. Bis es soweit ist, kann es jedoch noch lange Zeit dauern – aber die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen eindeutig, dass die Einführung eines Masters im medizinischen Übersetzen durchaus realisierbar wäre und sehr viele Vorteile mit sich bringen würde. Die vorliegende Arbeit führt dabei bereits einen Großteil aller notwendigen theoretischen Aspekte an, die im Zuge des Studiums durchgearbeitet und weiter ausgeführt werden müssten.

5.2.2 Medizinisches Übersetzen Schritt für Schritt – eine mögliche Anleitung

„Translating medical documents accurately requires a native or near-native, formal level of language proficiency, analytical capabilities, and deep cultural knowledge in the source and target languages. A medical translator has formal education in the source and target languages at least at the college level (and ideally has received instruction in translation theory and practice), is an expert on the terminology of the subject matter, fully understands the source text, can write correctly, and makes use of very specialized dictionaries. Professional medical translators also conduct terminology research to validate equivalents in the target language, particularly when translating into a language with several regional variations, and/or to understand a term in context.” (IMIA, 2008: 3)

Die Beschreibung der International Medical Interpreters Association umfasst alle wichtigen Aspekte, die einen guten medizinischen Übersetzer bzw. eine gute medizinische Übersetzerin charakterisieren. Wie man diese Fähigkeiten in der Praxis umsetzt, soll im Folgenden genauer erläutert werden. Um eine Anleitung für eine mögliche Vorgangsweise beim medizinischen Übersetzen erörtern zu können, ist es zuvor notwendig zu verstehen, was das medizinische Fachübersetzen vom Übersetzen in anderen Fachgebieten unterscheidet. Die Hauptunterschiede liegen in der medizinischen Terminologie, welche aus unterschiedlichen Sprachen zusammengesetzt ist und eine eigene Entstehungsgeschichte hat. Außerdem auch in den unterschiedlichen Gebieten, die auch unterschiedliche Textsorten und Genres erfordern, in der Beschaffenheit der Recherche-materialien, die immer auf dem aktuellsten Stand sein müssen (die Medizin entwickelt sich so schnell wie kaum ein anderes Gebiet), sowie darin, dass sich Übersetzer und Übersetzerinnen auch mit der Ethik der Medizin beschäftigen und dafür über ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein verfügen müssen. Ein weiterer Aspekt, der die Medizin von anderen Feldern unterscheidet, ist jener, dass hier besonders oft Ausgangstexte mit eher mangelhafter Qualität produziert werden und so den Übersetzer bzw. die Übersetzerin vor große Herausforderungen stellen (vgl. Montalt Resurecció/González Davies, 2007: 19ff). Durch diese Besonderheiten wird es notwendig, dass Übersetzer und Übersetzerinnen sich ausführlich mit der Theorie und Praxis des medizinischen Übersetzens beschäftigen und damit mit Schwierigkeiten und Problemstellungen gut umgehen bzw. diese rasch lösen lernen. Dazu muss man sich mit dem Übersetzungsprozess an sich genauer beschäftigen, sodass man auf möglichst viele Gegebenheiten vorbereitet ist und adäquat darauf reagieren kann. Schließlich „gehört zum gelungenen Selbstmanagement von TranslatorInnen auch,“ [...] „die Fähigkeit, Texte in ihrer Komplexität innerhalb eines bestimmten fachlich“ [...] „geprägten Kontexts wahrzunehmen, zu rezipieren und schließlich in einer anderen Sprache und Kultur adäquat zu (re)produzieren.“ (Feyrer, 2010: 277)

Eine mögliche Vorgangsweise bei der Anfertigung einer medizinischen Übersetzung wird von Montalt Resurrecció und Gonzàles Davies in ihrem Werk (2007: 23ff) Schritt für Schritt präsentiert:

- Der erste Schritt im Übersetzungsprozess besteht darin, die Bedürfnisse bzw. Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin zu analysieren und das Projekt zu planen. Übersetzer/innen müssen sowohl dem Text, als auch dem Auftraggeber/der Auftraggeberin gegenüber loyal sein und daher einige Fragen abklären, bevor mit dem Übersetzungsprozess begonnen wird. Beispielsweise müssen die Wünsche/Erwartungen der AuftraggeberInnen ermittelt werden, Zweck des Zieltextes sowie Zielpublikum müssen bekannt sein. Sobald der Vertrag mit dem Kunden/der Kundin abgeschlossen ist, kann mit der Planung des Projektes begonnen werden: ggf. Kontakt mit Kollegen/Kolleginnen oder mit medizinischen Fachleuten herstellen, das Terminologie-Management regeln usw.
- Der zweite Schritt besteht darin, den Text zu lesen und gründlich zu verstehen. Beziehungen zwischen einzelnen Absätzen und Kapiteln müssen erkannt, das behandelte Thema vollständig erfasst werden. Bei Verständnisschwierigkeiten sollte man einfachere Paralleltexte zum jeweiligen Thema lesen und sich so schrittweise dem Niveau des Ausgangstextes nähern.
- Im dritten Schritt erfolgt die Erstellung eines Glossars. Dieses unterstützt den Übersetzer bzw. die Übersetzerin nicht nur bei dieser und bei zukünftigen Übersetzungen, sondern hilft auch dabei, Unterschiede zwischen den einzelnen Termini zu verstehen und das Fachgebiet als Ganzes besser zu erfassen.
- Der vierte Schritt umfasst die Erstellung eines Übersetzungsentwurfs, einer sogenannten Rohübersetzung. Dabei geht es hauptsächlich um Struktur und Inhalt des Textes, die Makrostruktur. Mit der Mikrostruktur beschäftigt man sich erst zu einem späteren Zeitpunkt.
- In Schritt fünf wird anschließend die Mikrostruktur bearbeitet: Syntax, Vollständigkeit, Klarheit, Kohärenz, Grammatik, Rechtschreibung, Interpunktion etc.
- Schritt sechs umfasst das Korrekturlesen, wobei sichergestellt werden soll, dass der Text flüssig zu lesen ist und noch einmal Rechtschreibung, Interpunktion usw. kontrolliert werden.
- In Schritt sieben erfolgt die Besprechung der Übersetzung mit dem Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin. Dieser Schritt ist sehr wertvoll für zukünftige Aufträge, da sie dabei helfen, die Erwartungen der Auftraggebenden zu erfüllen.
- In Schritt acht erfolgt die Formatierung des Textes, nachdem dieser vom Auftraggeber bzw. von der Auftraggeberin angenommen wurde. Es wird dabei vom Über-

setzer bzw. von der Übersetzerin erwartet, dass er/sie anstandslos mit den jeweiligen Formatierungsprogrammen umgehen kann.

- In Schritt neun wird die sogenannte Fahnenkorrektur vorgenommen, wenn der Text gedruckt und veröffentlicht werden soll. Abhängig vom Auftraggeber bzw. von der Auftraggeberin erfolgt dies intern oder ebenfalls durch den Übersetzer/die Übersetzerin. Dabei werden Silbentrennung, Schriftgröße, Schriftart, Seitennummerierung und Fußnotennummerierung überarbeitet.
- Im zehnten, und letzten, Schritt wird die fertige Übersetzung an den Auftraggeber/die Auftraggeberin in gewünschter Form (per Email, Post etc.) abgeliefert. (vgl. Montalt Resurrecció/Gonzàles Davies 2007: 23ff)

In ihrer Auflistung stellen Montalt Resurrecció und Gonzàles Davies den Übersetzungsprozess sehr genau dar und decken auch alle in der vorliegenden Arbeit präsentierten Schritte ab. Die Recherchearbeit wird bei ihnen jedoch etwas weniger betont, diese erfolgt im Zuge der Glossarerstellung bzw. bei der Anfertigung der Rohübersetzung. Im vorliegenden Fallbeispiel wurde dieser Schritt etwas anders gelöst: zunächst wurden alle möglichen Problemstellungen recherchiert und gelöst, und danach die Übersetzung erstellt, welche bereits etwas genauer ist als eine normale Rohübersetzung. Durch die spätere Überarbeitung und das Korrekturlesen wird der Text noch überarbeitet und stilistisch verbessert. Der Teil der Schritte acht und neun wurde im vorliegenden Fallbeispiel nicht explizit benannt, jedoch ebenfalls berücksichtigt (siehe Kapitel 6.1.2). Wenn man sich im Zuge der Übersetzung an die angeführten Punkte hält und die Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin erfüllt, und wenn man als medizinischer Übersetzer bzw. medizinische Übersetzerin alle erforderlichen Kriterien erfüllt und notwendige Aus- und Weiterbildungen vorgenommen hat bzw. weiterhin vornimmt, wird man in der Lage sein, zufriedenstellende und erwartungskonforme Übersetzungen von medizinischen Texten anzufertigen. Im Laufe der Zeit sammelt man immer mehr Erfahrung, geht sicherer mit der Materie um und kennt auch einen immer größeren Teil der Fachterminologie. Dies festigt die Position des medizinischen Übersetzers bzw. der medizinischen Übersetzerin auf dem Markt und bringt im besten Fall auch immer mehr Aufträge mit sich, die zur weiteren Erfahrungssammlung beitragen. Als Anfänger bzw. Anfängerin wird man es noch nicht so leicht haben, aber wenn man ausreichend Zeit in den Ausbau der eigenen Fähigkeiten investiert und sich auf dem Markt profilieren kann, hat man eine gute Chance, in einem so rasch voranschreitenden Feld wie der Medizin, wo laufend neue Texte produziert werden und übersetzt werden müssen, als Übersetzer bzw. Übersetzerin Fuß zu fassen.

5.2.3 Übersetzungsprobleme erkennen und lösen

Eine der Hauptschwierigkeiten, mit denen Anfänger und Anfängerinnen beim Übersetzen konfrontiert werden, ist, dass Probleme im Text nicht als solche erkannt werden. Sie überlesen diese Probleme sehr häufig, während erfahrene Übersetzer und Übersetzerinnen sie sofort erfassen können. Es ist daher sehr wichtig zu verstehen, dass nicht alles so einfach sein muss wie es aussieht und deswegen die eigenen Fähigkeiten im Hinblick auf das Erkennen von Problemen, das Treffen von Entscheidungen und die Selbstkontrolle weiter auszubauen. Ein Übersetzungsproblem ist ein (verbales oder nonverbales) Segment eines Textes, das entweder in einem Textabschnitt (Mikroebene) oder im Text als Ganzes (Makroebene) existiert und das den Übersetzer bzw. die Übersetzerin dazu zwingt, eine bewusste Entscheidung zu treffen und aus mehreren Möglichkeiten eine passende Übersetzungsstrategie oder Lösung auszuwählen. Diese Möglichkeiten umfassen paralleles oder logisches Denken, Gruppieren verschiedener Aspekte, Selektieren, Spielen mit Worten, Durchsuchen veröffentlichter Übersetzungen etc., außerdem hilft die Anwendung verschiedener Übersetzungstechniken (Paraphrasierungen, Auslassungen etc., siehe Kapitel 4.1), Erklärungen, Fußnoten etc., den Ausgangstext auf akzeptable Art und Weise zu reproduzieren. Schließlich sollten professionelle Übersetzer und Übersetzerinnen auch jederzeit in der Lage sein, ihre Entscheidungen zu begründen und Übersetzungslösungen zu evaluieren. (vgl. Montalt Resurrecció/Gonzàles Davies 2007: 168f).

Wie auch Montalt Resurrecció und Gonzàles Davies (2007: 169) darauf hinweisen, hängt es voll und ganz von den jeweiligen Übersetzern und Übersetzerinnen ab, ob eine bestimmte Textstelle als problematisch empfunden wird. Erfahrungen, Übersetzungs- und Lernstile, sowie der persönliche und professionelle Hintergrund Einzelner haben Einfluss darauf, wie die individuellen Sichtweisen ausfallen und ob ein Problem als Problem angesehen wird oder nicht. Übersetzungsprobleme können dabei in jeder Stufe des Übersetzungsprozesses auftreten: sowohl beim Lesen, als auch bei der Übersetzung selbst (vgl. Montalt Resurrecció/Gonzàles Davies 2007: 170). Ist ein Problem einmal als solches identifiziert, wird ein professioneller Übersetzer bzw. eine professionelle Übersetzerin auch eine Lösung dafür finden, entweder durch das Anwenden der oben erwähnten Übersetzungsmethoden oder durch die Konsultation der richtigen Quellen: einschlägige Fachzeitschriften oder andere Paralleltexte, Kontaktaufnahme mit Kollegen und Kolleginnen oder auch die Konsultation von medizinischen Fachleuten.

Ein weiteres Problem beim medizinischen Übersetzen können die im Zuge der vorliegenden Arbeit bereits mehrfach erwähnten kulturellen Aspekte sein. Diese können sich in unterschiedlichen Gewichts- und Maßangaben, Gesundheits- und Verwaltungssystemen, sozialen Normen hinsichtlich ethnischer Gruppen, unterschiedlichen Umgängen mit Formalität, Unterschieden in der Beziehung Arzt/Ärztin-PatientIn, der durchschnittlichen medizinischen Bildung der Bevölkerung, Status und Ansehen einer bestimmten medizinischen Tradition, sowie in Unterschieden bei Sinneswahrnehmungen wie z.B. heiß, kalt, süß usw. bemerkbar machen. Solche kulturellen Aspekte müssen vom Übersetzer bzw. von der Übersetzerin erkannt und adäquat übersetzt werden. Dazu werden die in Kapitel 4.1 bereits erwähnten Methoden angewandt, beispielsweise die exotisierende Übersetzung, oder auch Methoden wie Transliteration oder Lehnübersetzungen.

Um aus verschiedenen Übersetzungsproblemen lernen zu können und auch in Zukunft auf die bereits gefundenen Lösungen zurückgreifen zu können, empfehlen Montalt Resurecció und Gonzàles Davies (2007: 186ff) das Führen eines Protokolls, welches die einzelnen Problemstellungen, den Lösungsweg und die endgültige Lösung und Begründung enthalten. Diese Vorgangsweise ist für Anfänger und Anfängerinnen besonders empfehlenswert, denn sie bewirkt, dass man sich länger mit einem Problem auseinander setzt und die jeweiligen Lösungsmethoden verinnerlicht. Außerdem baut man sich damit im Laufe der Zeit eine kleine Problemdatenbank auf, auf die man jederzeit zurückgreifen kann.

Hat man also gelernt, problematische Textstellen als solche zu erkennen und die richtige Lösungsmethode anzuwenden, um eine zufriedenstellende Übersetzung anfertigen zu können, und befolgt man die Regeln der Texterstellung der jeweiligen Kultur, ist man in der Lage, erfolgreich zu übersetzen und damit Kommunikation im jeweiligen Fachgebiet zu ermöglichen. Montalt Resurecció und Gonzàles Davies leisten mit ihrem Werk eine sehr gute Hilfestellung, konzentrieren sich jedoch bei ihren Fallbeispielen auf die Übersetzung zwischen Englisch und Spanisch. Nichtsdestotrotz gelten die theoretischen Passagen auch für andere Sprachen und ermöglichen es auch Übersetzern und Übersetzerinnen, die mit anderen Sprachen arbeiten, sich in das Gebiet der medizinischen Übersetzung einzuarbeiten und zu lernen, worauf man besondere Rücksicht nehmen muss. Wie bereits erwähnt, gibt es kaum Anleitungen, die sich auf die deutsche Sprache konzentrieren. Daher wird im Folgenden ein Fallbeispiel präsentiert, welches sich auf eine umfassende Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche bezieht und damit einen breiten Einblick in die Übersetzungsarbeit bietet.

6 Introduction to Dementia: Eine Beispielübersetzung

6.1 Die Textanalyse

Im Folgenden wird der medizinische Fachtext *Introduction to Dementia* nach dem in der vorliegenden Arbeit präsentierten Vorgangsmuster bearbeitet. Zunächst wird in Anlehnung an das Textanalyse-Modell nach Nord (Nord, 1988) eine Analyse erstellt. Die Ausgangs- und Zieltextanalyse sollen dabei auf Inhalt und Form des Ausgangs- und des Zieltextes eingehen und somit dem Textverständnis dienen. Für eine qualitativ hochwertige Übersetzung ist eine Analyse unumgänglich und bei erfahrenen Übersetzern und Übersetzerinnen läuft sie bereits während der Lektüre im Kopf ab und muss nicht aufgeschrieben werden. Wichtig ist, dass man sich als Übersetzer bzw. Übersetzerin immer der entscheidenden Faktoren bewusst ist und dementsprechend eine adäquate Übersetzung liefern kann. Mit adäquat ist dabei gemeint, dass die Übersetzung die Ansprüche und Erwartungen der Auftraggeber und Auftraggeberinnen bzw. Leser und Leserinnen erfüllt.

Stolze plädiert dafür, den „holistischen Textapproach“ (Stolze, 2009: 369) zu praktizieren und als Vorbereitung für die Übersetzung zunächst den Kontext zu analysieren, um textinterne Informationen hinsichtlich Verfasser/innen, Quelle und Wissenschaftsbereich einholen zu können. Des Weiteren sollen Texttyp und Textsorte, sowie der Zweck, den der Text erfüllen soll, ermittelt werden, um den Text in ein bestimmtes *Diskursfeld* positionieren zu können und damit die Aufmerksamkeit für terminologische Besonderheiten und kulturelle Aspekte zu schärfen. (vgl. Stolze, 2009: 369). Danach hängt das Verstehen von Fachtexten von der Terminologie des Textes ab:

„Das Verstehen von Fachtexten wird sodann durch die Terminologie auf der Textebene gesteuert. Die *Begrifflichkeit* aus dem Fach im Sektor einer Disziplin ist relevant. Die unterschiedliche terminologische Konzeptualisierung mit Definitionen in der Technologie und Konventionen in den Sozialwissenschaften nebst ihren kulturellen Qualitäten sind für die Übersetzung zu beachten.“ (Stolze 2009: 369)

Außerdem soll man alle möglichen syntaktischen Aspekte ermitteln (Satzstrukturen, Sprachformeln, Fußnoten etc.) – erst nach solch einem ganzheitlichen Verständnis kann dann auch übersetzt werden (vgl. Stolze, 2009: 370).

All die von Stolze angeführten Aspekte werden auch von dem gewählten Analysemodell abgedeckt, welches sich zwar nach dem Modell von Nord (Nord, 1988) richtet, jedoch nicht wortwörtlich übernommen wurde, sondern eher nach der gewohnten Arbeitsweise der Verfasserin gewählt wurde.

Sofern alle erwähnten Aspekte abgedeckt werden, können auch andere Analysemodelle angewandt werden – dies hängt ganz vom Ermessen des Verfassers/der Verfasserin ab. Wichtig ist nur, dass ein ganzheitliches Verständnis hergestellt wird und alle notwendigen Fragen beantwortet werden, welche den Weg zur erfolgreichen Übersetzung ebnen.

Um ein möglichst praxisnahes Fallbeispiel präsentieren zu können, war es notwendig, eine fiktive Auftragssituation zu erschaffen. Dadurch kann man bei der Analyse und der Übersetzung genau auf die Auftraggeber/innen und das Zielpublikum eingehen und dem Leser bzw. der Leserin zeigen, worauf es beim Analysieren eines Textes genau ankommt. Die vorliegende Analyse wurde daher nach einem fiktiven Auftrag für eine deutsche Selbsthilfeorganisation, die mithilfe des vorliegenden Textes eine Website für Betroffene, Angehörige und alle anderen Interessierten gestalten möchte, erstellt. Dabei war darauf zu achten, dass das Niveau des englischen Textes in etwa bestehen bleibt, da auch dieser von einer Website für interessierte Personen stammt und trotz vieler Fachausdrücke (ohne die er einfach nicht auskommen würde) nicht allzu kompliziert gestaltet ist. Es musste aber gleichzeitig auch auf einige kulturelle Aspekte Rücksicht genommen werden, damit sich die Übersetzung gut in die Zielkultur integriert und im besten Fall gar nicht als Übersetzung erkannt wird. Auf all diese Aspekte wird in der folgenden Analyse und der Recherchedokumentation Rücksicht genommen und es wird genau erläutert, wie die jeweiligen Problemstellungen in diesem Fall gelöst wurden.

6.1.1 Ausgangstextanalyse

Was sagt der Text?

Dieser Teil der Analyse stellt das Verständnis des Inhalts sicher. Wie in der vorliegenden Arbeit bereits erläutert wurde, ist es besonders wichtig, einen Text von Grund auf zu verstehen und die einzelnen Inhalte miteinander verknüpfen zu können. Ohne dieses Grundverständnis kann keine erfolgreiche Übersetzung stattfinden. In dieser Stufe wird zunächst ein grobes Grundverständnis hergestellt, auf genauere Einzelheiten soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

Der vorliegende Text führt verschiedene Demenzerkrankungen an, beschreibt diese genauer und gibt einen Überblick über andere Krankheiten, die mit der Demenz zusammen auftreten oder Demenz verursachen können. Es wird beschrieben, was bei solchen Erkrankungen im Gehirn vor sich geht und welche Auswirkungen die Veränderungen auf das Gehirn der Patienten und Patientinnen haben können.

Was sagt er nicht?

In diesem Schritt sollen Inhalte, welche nicht behandelt werden, klar und deutlich ausgeschlossen werden. Dies stellt sicher, dass bei der Übersetzung der Fokus auf die richtigen Elemente gelenkt und dass der Text auch genau gelesen wird.

Es werden im vorliegenden Text keine genauen Therapiemöglichkeiten beschrieben, sondern es wird nur beiläufig erwähnt, dass es kaum Behandlungsmöglichkeiten gibt und nur die Symptome behandelt werden können. Auf genauere Behandlungsanweisungen wird verzichtet.

In welcher Reihenfolge?

Das Ermitteln der genauen Reihenfolge des zu übersetzenden Textes ist wichtig, um die einzelnen Gedankenstränge zu ordnen und diese entweder in der Übersetzung zu übernehmen, oder aber die Reihenfolge zu ändern, falls dies dem Verständnis in der Zielkultur nützt. Dies sollte jedoch auf jeden Fall mit dem Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin abgesprochen werden.

Im vorliegenden Text wird als erstes die Demenz selbst beschrieben und es wird erläutert, wie und wann sie ausbricht, wie sie sich bei den Patienten und Patientinnen auswirkt und was die Folgen sein können. Danach werden verschiedene Formen der Demenz genauer beschrieben bzw. Erkrankungen/Zustände erwähnt, welche Demenz verursachen. Zum Schluss wird noch erläutert, bei welchen Demenz-ähnlichen Zuständen es sich nicht um Demenz handelt und es wird eine kurze Zusammenfassung über die Ursachen der Demenz gegeben.

Unter Einsatz welcher non-verbalen Elemente?

Das Erkennen der non-verbalen Elemente ist ebenfalls sehr wichtig, um die Wirkung dieser auch im Zieltext übertragen zu können. Auch hier muss Rücksicht auf eventuelle kulturelle Unterschiede genommen werden.

Im vorliegenden Text sind Überschriften fett hervorgehoben, Aufzählungen machen ihn übersichtlicher, ebenso zahlreiche Absätze, welche die verschiedenen Gedankenstränge voneinander trennen. Da der Aufbau sehr klar und logisch ist, kann er auch in den Zieltext übernommen werden. Da er jedoch auf einer Website veröffentlicht wird, liegt die Entscheidung über das Layout nicht unbedingt bei der Übersetzerin.

Mit welchen Worten?

Dieser Schritt der Analyse ist besonders wichtig. Durch die Ermittlung des angewandten Stils kann der richtige Übersetzungstyp gewählt werden und es wird festgesetzt, welche Aspekte bei der Recherchearbeit berücksichtigt werden müssen.

Der Text ist sehr fachlich geschrieben und enthält eine überaus große Anzahl an medizinischen Fachbegriffen, die recherchiert werden müssen, sofern man nicht umfassend mit der medizinischen Terminologie vertraut ist. Mit dem Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin sollte abgeklärt werden, ob die Fachterminologie auch in den Zieltext übernommen werden soll oder ob eine allgemeinsprachlichere Gestaltung von Vorteil wäre. Im vorliegenden Fall wurde die Terminologie zum Großteil übernommen, da dies als Wunsch der fiktiven Auftraggeberin angenommen wird. Außerdem wird der dokumentarische Übersetzungstyp gewählt.

In was für Sätzen?

Auch hier hilft die Bestimmung des Satzstils dabei, den Text besser zu verstehen und bringt den Übersetzer bzw. die Übersetzerin dazu, über die Art der Übertragung dieser Sätze in die Zielsprache nachzudenken.

Im Gegensatz zur sehr gehobenen und fachlichen Wortwahl sind die Sätze im vorliegenden Text meist sehr kurz gehalten. Dadurch wird die Materie verständlicher gemacht und der Lesefluss wird nicht sonderlich gestört. Ist die Terminologie geklärt, wird man mit dem Textverständnis keine großen Probleme mehr haben. Da im Englischen die Sätze generell kürzer gehalten werden als im Deutschen, muss diese Kürze nicht exakt in den Zieltext übernommen werden. Da sich der Zieltext jedoch auch an Laien richtet, sollten übermäßig komplizierte Sätze dennoch vermieden werden.

In welchem Ton?

Durch die Bestimmung des Tons im Ausgangstext stellt man fest, ob dieser adäquat gewählt ist und ob er im Zieltext übernommen werden soll oder nicht.

Der Ton im vorliegenden Text ist durchgehend nüchtern und sachlich. Da es sich um eine Art medizinischen Ratgeber handelt, ist dieser Ton auch angebracht und sollte in jedem Fall bewahrt werden.

Mit welcher Wirkung?

Diese Frage hat eine besonders hohe Bedeutung für den Übersetzungsprozess. Je nach Übersetzungsauftrag wird festgestellt, ob die Wirkung des Ausgangstextes auf für den Zieltext übernommen werden soll oder ob der Zieltext eine andere Wirkung haben soll.

Der vorliegende Text soll alle Betroffenen und Interessierten genau über das Thema Demenz informieren und einen Überblick über die verschiedenen Erkrankungen geben. Damit soll er Betroffenen und deren Angehörigen mehr Sicherheit im Umgang mit diesen Erkrankungen geben und ihnen helfen, ihre erkrankten Angehörigen besser zu verstehen. Der Zweck des Zieltextes ist derselbe, daher soll die Wirkung in diesem Fall erhalten bleiben.

Die Ausgangstextanalyse stellt, wie man sieht, ein grundsätzliches Verständnis des Ausgangstextes her und festigt damit die weitere Vorgehensweise bei der Übersetzung. Durch die Ausgangstextanalyse erhält man ein sehr genaues Bild vom zu übersetzenden Text und kann sich danach mit der Zieltextanalyse beschäftigen, welche in weiterer Folge beschreibt, wie die Vorgehensweise bei der Übersetzung aussehen soll. Die Analyse ermöglicht es vor allem Einsteigern und Einsteigerinnen, die wichtigen Aspekte bei der Übersetzung herauszufinden und somit zu lernen, worauf besonders geachtet werden muss. In der Praxis ist es nicht unbedingt notwendig und meistens auch zeitlich nicht möglich, immer eine schriftliche Analyse zu erstellen. Es sollten jedoch die wichtigsten Grundfragen immer im Hintergrund ablaufen und beantwortet werden, sodass eine erfolgreiche Übersetzung sichergestellt wird. Was in der Ausgangstextanalyse eventuell noch genauer beachtet werden sollte ist die Terminologie. Die Frage „in was für Worten“ bezieht sich zwar darauf, man sollte jedoch eventuell noch etwas genauer fragen: Welche Fachterminologie wird verwendet? Ist es die gängige Terminologie oder handelt es sich um einen bereits veralteten Wortschatz? Wie handhabt man dies bei der Übersetzung? All diese Fragen sollte sich ein/e professionelle/r Übersetzer/in bei einem realen Auftrag zusätzlich stellen.

6.1.2 Zieltextanalyse

Wer ist der Auftraggeber/die Auftraggeberin?

Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich meist von selbst, da der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin ohnehin immer bekannt sein sollte. Bei weitervermittelten Aufträgen könnte dies jedoch komplizierter werden, daher wurde diese Frage auch hier übernommen. Da es, wie in der vorliegenden Arbeit mehrfach erläutert wurde, von großer Bedeutung ist, dass die Erwartungen der Auftraggeber/innen erfüllt werden, muss man diese klarerweise auch kennen und Kontakt mit ihnen halten.

Die Auftraggeberin ist im vorliegenden Fall die deutsche Selbsthilfeorganisation, die nach dem Text eine eigene Website gestalten möchte.

Wozu?

Die Frage „Wozu?“ erkundigt sich nach dem Anlass für die Übersetzung. Diesen zu kennen ist von großer Bedeutung, da sich der Übersetzungsstil auch danach richtet. Es macht einen großen Unterschied bei der Übersetzung, ob ein fachlicher Artikel beispielsweise als Unterlage für eine medizinische Fachkonferenz übersetzt wird oder für die Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift.

Der Anlass für die vorliegende Übersetzung ist die geplante Gestaltung der Website für Betroffene, Angehörige und Interessierte.

Wem?

Die Frage „Wem?“ erkundigt sich nach dem Zielpublikum. Dies ist eine der zentralen Fragen, die man sich vor der Übersetzungsarbeit stellen muss. Wie in der vorliegenden Arbeit bereits ausgeführt wurde, entscheidet die Auswahl des Zielpublikums über den gesamten Übersetzungsstil. Je nach Bildungsstand der Leser/innen wird die Terminologie, der Stil, der Satzbau etc. an diese angepasst.

Der vorliegende Text wendet sich an alle Betroffenen, deren Familienangehörige, Fachleute und Interessierte, die sich zum Thema Demenz informieren möchten und die Website besuchen. Dies sind hauptsächlich Laien, daher sollte der Text nicht fachlicher werden als er ist und der Satzbau sollte so klar und unkompliziert belassen werden, wie er es auch im Ausgangstext ist.

Über welches Medium?

Die Bestimmung des Mediums, über das der Zieltext veröffentlicht/präsentiert werden soll, ist für die Gestaltung des Textes sehr wichtig. Je nach Auftrag muss der Übersetzer/die Übersetzerin auch die gesamte Formatierung übernehmen und dies ist nur möglich, wenn man das verwendete Medium kennt.

Der vorliegende Text wird (ganz oder auszugsweise) auf der deutschen Website der Selbsthilfeorganisation veröffentlicht. Aus diesem Grund muss im Übersetzungsprozess keine besondere Rücksicht auf Formatierung, Schriftart etc. genommen werden (siehe Kapitel 5.2.2). Die endgültige Formatierung erfolgt bei der Erstellung der Website durch die entsprechenden Fachleute.

Wo?

Die Frage „Wo?“ bezieht sich auf den Erscheinungsort des Zieltextes. Dies ist wichtig zu wissen, um gegebenenfalls die richtige Sprachvariante anzuwenden, beispielsweise britisches oder amerikanisches Englisch oder, je nach Auftragssituation, auch österreichisches, schweizer oder deutsches Deutsch.

Da der vorliegende Text online zur Verfügung stehen wird, wird er für alle deutschsprachigen Interessierten weltweit zugänglich sein und sollte daher in deutscher Standardsprache verfasst werden.

Wann?

In diesem Schritt wird nach dem Erscheinungszeitpunkt gefragt, welcher gleichzeitig Auskunft über den Abgabezeitpunkt liefert.

Die Übersetzung soll so schnell wie möglich geliefert werden, spätestens jedoch zum vereinbarten Zeitpunkt und – in diesem Fall – rechtzeitig vor der Veröffentlichung der Website.

Warum?

Hier wird nach dem Zweck des Zieltextes gefragt. Auch diese Frage ist besonders wichtig, da der Zweck des Textes ebenfalls über seine gesamte Gestaltung entscheidet. Bereits Reiß und Vermeer (1984) haben sich umfassend mit dem Zweck, dem Skopos, eines Textes beschäftigt und in ihrer Skopostheorie die Bedeutung von diesem deutlich hervorgehoben. Eine Übersetzung muss immer zweckorientiert erfolgen.

Im vorliegenden Text sollen die Leser und Leserinnen zum Thema Demenz genauestens informiert werden. Betroffenen und deren Angehörigen kann so besser geholfen werden und es kann Angehörige dabei unterstützen, zu verstehen, was mit den Patienten und Patientinnen passiert.

Mit welcher Funktion?

Schließlich muss auch die Funktion des Zieltextes ermittelt werden. Entweder wird die Funktion des Ausgangstextes übernommen, oder es erfolgt eine Änderung der Funktion im Zuge der Übersetzung. Dies ist jeweils auftragsbedingt.

Die vorliegende Übersetzung soll hauptsächlich informativ sein – sie informiert über die verschiedenen Krankheiten und gibt darüber hinaus keine weiteren Anweisungen o.ä.

In der ZIELTEXTANALYSE werden hauptsächlich Aspekte bearbeitet, die sich auf das Endprodukt und die Ablieferung desselben beziehen. Während die Ausgangstextanalyse Fragen beinhaltet, die vor Beginn der Übersetzungsarbeit geklärt sein sollten und für die Entscheidungsfindung hilfreich sind, zielt die ZIELTEXTANALYSE mehr auf das Endergebnis ab, welches ebenfalls teilweise bereits vor Beginn der Übersetzungsarbeit festgesetzt werden sollte (Zweck, Funktion etc.), es werden aber auch Aspekte behandelt, welche erst bei der Nachbearbeitung zum Tragen kommen: das Medium und damit zusammenhängende Formatierungsarbeiten, Abgabezeitpunkt etc.

Die gesamte Analyse bezieht sich auf die Übersetzungsarbeit selbst sowie auf intertextuelle Faktoren, nicht jedoch auf andere wichtige Aspekte, die ebenfalls zum Übersetzungsprozess selbst gehören: das Abklären aller Gegebenheiten mit den Auftraggebern/-innen, die Erstellung eines Vertrages und die Vertragsbedingungen, die Erstellung von Glossaren und die Auswahl von Paralleltexten und anderen Informationsquellen, das Ausstellen einer Honorarnote, die Nachbearbeitung, das Einholen von und der Umgang mit Feedback werden nicht abgedeckt. Manche der genannten Aspekte – Vertragsverhandlungen, Honorarnoten, Feedback etc. – gehören auch gar nicht in eine Textanalyse, dürfen jedoch im Übersetzungsprozess selbst nicht außer Acht gelassen werden. Zu einem professionellen Übersetzer bzw. einer professionellen Übersetzerin gehört auch der professionelle Umgang mit allen Vertragsbestandteilen. Andere Aspekte jedoch, wie zum Beispiel die Glossarerstellung, die Verwendung bestimmter Paralleltexte und Informationsquellen, sowie der richtige Umgang mit der Terminologie, wären bei der Erstellung einer Textanalyse bzw. für die Übersetzungsarbeit selber ebenfalls sehr nützlich. Der Aspekt der Terminologie und Recherchearbeit wird in der vorliegenden Arbeit jedoch keinesfalls vernachlässigt. Im Folgenden werden in der Recherchedokumentation die verwendeten Hilfsquellen präsentiert sowie alle aufgetauchten und potentiellen Problemstellen behandelt.

6.2 Recherchedokumentation

Im Anschluss an die Analyse soll nun eine Recherchedokumentation den Rechercheprozess genauer beschreiben, einige Hinweise und Tipps geben und mithilfe von Beispielen zeigen, welche Probleme beim Übersetzen von medizinischen Fachtexten auftreten können und welche Möglichkeiten es gibt, diese Problemstellungen zu lösen und eine Übersetzung zu produzieren, die sowohl die Auftraggeber/innen, als auch die Leser/innen zufrieden stellt und deren Anforderungen und Erwartungen erfüllt.

Zunächst soll in einem allgemeinen Teil erörtert werden, welche allgemeinen Schwierigkeiten und Besonderheiten der vorliegende Text bot und welche Vorgehensweise bei der Recherche gewählt wurde. Empfehlungen der Verfasserin für Übersetzungsmethoden und Paralleltex te bzw. Wörterbücher für eine solche Art von Text sollen dem Leser bzw. der Leserin die Arbeit erleichtern.

Im Anschluss daran werden die terminologischen Schwierigkeiten, die beim Übersetzen des vorliegenden Textes auftreten können, erläutert und anhand von Beispielen illustriert. Lösungsansätze und Übersetzungsbeispiele zeigen mögliche Wege auf, wie man ähnliche Schwierigkeiten überwinden und eine zufriedenstellende Lösung finden kann.

Im Anschluss daran soll anhand von Recherchebeispielen gezeigt werden, wie man bei der Recherchearbeit vorgehen kann und wie man bestimmte medizinische Fachbegriffe adäquat übersetzen kann. Auch hier geben Tipps und Hinweise eine Hilfestellung für alle Interessierten.

6.2.1 Allgemein

Der vorliegende Text enthält zahlreiche Fachtermini, wodurch sich die Recherchearbeit ziemlich arbeitsaufwändig gestaltet. Dafür sind aber die meisten Begriffe sehr schnell zu ermitteln, also verliert man nicht übermäßig viel Zeit beim Recherchieren.

Bis auf die Fachtermini tauchen beim Übersetzen vergleichsweise wenig Probleme auf: Die Sätze sind eher kurz und einfach gehalten und es gibt keine langen, komplizierten Satzkonstruktionen. Alles ist relativ klar und verständlich beschrieben und es sind keine elliptischen oder kryptischen Satzkonstruktionen zu finden, wodurch die Übersetzungsarbeit relativ flüssig vonstattengeht. Im Grunde kann man also sagen, dass der vorliegende Ausgangstext die meisten Regeln für die Erstellung eines Fachtextes befolgt (siehe Kapitel 3).

Fazit: Mit den richtigen Paralleltexten und Wörterbüchern ist die Übersetzungsarbeit selbst nicht besonders arbeitsaufwändig, die Erstellung des Glossars nimmt jedoch im Vorfeld relativ viel Zeit in Anspruch. Dafür geht das Übersetzen danach umso schneller vonstatten und bereitet nur wenige Schwierigkeiten.

Eine sehr empfehlenswerte Methode zur Lösung von Problemen, die im Zuge der Übersetzung auftauchen, ist, den Text – sofern es der Zeitrahmen erlaubt – für einen oder zwei Tage ruhen zu lassen und etwas Abstand zu gewinnen. Erst dann sollte man es noch einmal versuchen – mit etwas Abstand wirkt alles plötzlich viel logischer und was zuvor fast unlösbar erschien, ist auf einmal viel klarer.

Beispiele für relevante Paralleltexte:

- Carlos, 1996
- Falk, 2004
- Grunst, 2010
- Rettenbach, 2005
- Kirschbaum, 2008
- Stoppe, 2007
- Wallesch, 2005
- MEDLINE (O'Neill, 1998: 77)
- WGKK, 2009 (Website)

Nach dem Durchlesen der verschiedenen Texte bzw. Ausschnitte aus der angeführten Literatur werden einige Fachtermini bereits geklärt und können auch gleich in ein Glossar übernommen werden. Durch das Einlesen in das Thema und das damit Verbundene Verstehen der Materie wird die Übersetzungsarbeit sehr erleichtert.

Der vorliegende Text ist ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig die Vorarbeit beim Übersetzen ist: Ohne vorherige Recherche würde das Übersetzen nur mühsam und stockend vorangehen, oft sucht man denselben Begriff mehrere Male, weil man kein Glossar erstellt hat. Dies beeinträchtigt den Übersetzungsfluss sehr stark. Gedankengänge werden durch das wiederholte Suchen unterbrochen und so produziert man häufig unvollständige oder stilistisch schwache Sätze. Dies stört den Lesefluss immens und sollte deshalb unbedingt vermieden werden. Die von Montalt Resurecció und Gonzáles Davies empfohlene Vorgangsweise, die Recherchearbeit parallel zur der Erstellung einer Rohübersetzung auszuführen (siehe Kapitel 5.2.2), wird hier aus diesem Grund nicht angenommen.

Dank Glossar und Paralleltexten erhält man hingegen die optimale Vorbereitung für die eigentliche Übersetzungsarbeit und kann so eine schöne, flüssige Übersetzung ohne ständige Unterbrechungen des Workflows produzieren, die gerne gelesen und leicht verstanden wird. Durch eine zusätzliche Nachbearbeitung erhält der Text einen Feinschliff und wird dadurch mit Sicherheit fließender und besser, als eine bearbeitete Rohübersetzung, die durch Unterbrechungen zum Zwecke der Recherchearbeit mit Sicherheit wesentlich mehr Bearbeitung erfordert.

Ein zusätzlicher Vorteil ist, dass man durch das Lesen der Paralleltexte sehr viel über das behandelte Fachgebiet erfährt. Dieses Wissen kann man später bei ähnlichen Aufträgen wieder nützen und sich so nach und nach eine profunde Wissensbasis erschaffen, die im Berufsleben unbedingt notwendig ist. Wenn man für Texte aus demselben Fachgebiet immer wieder von neuem Recherchieren muss weil man keine Terminiologiedatenbank anlegt und sich nicht ausreichend mit der Materie beschäftigt, ist man als Übersetzer bzw. Übersetzerin einfach zu langsam und wird langfristig nicht erfolgreich sein können, da Auftraggeber und Auftraggeberinnen verständlicherweise lieber Übersetzer und Übersetzerinnen engagieren, die schnell arbeiten und dabei aufgrund ihres hohen Fachwissens und Dank professionellem Wissensmanagement qualitativ hochwertige Texte produzieren.

6.2.2 Terminologische Schwierigkeiten

Im Folgenden sollen einige terminologische Schwierigkeiten, die im Zuge der Übersetzung auftreten können, angeführt, sowie mögliche Lösungsansätze dafür präsentiert werden. Natürlich hängt es vom jeweiligen Übersetzer/der jeweiligen Übersetzerin ab, ob ein Problem als solches angesehen wird oder nicht, aber es wurde im vorliegenden Fall darauf geachtet, möglichst viele potentielle Problemstellungen herauszufiltern und damit eine Sammlung mit verschiedenen Problemen und Lösungsmöglichkeiten zu bieten.

- ***Early-onset diseases, childhood-onset diseases***

Anfangs könnte es schwierig erscheinen, mit dieser Konstruktion idiomatische Sätze zu produzieren.

→ Es ist besser, den jeweiligen Satz aufzulösen und so umzukonstruieren, dass eine klare, verständliche Aussage gemacht werden kann.

→ Hilfreich ist es, etwas Abstand zum Text zu gewinnen und selbstständig Sätze zu konstruieren, die dasselbe in anderen Worten aussagen:

Krankheiten, die bereits im frühen Lebensalter/im Kindesalter ausbrechen

▪ **Beschreibung der Faserbündel, z.B. beim Tau Protein**

Hier könnten die Beschreibungen für einen Anfänger bzw. eine Anfängerin, der/die sich mit Faserbündeln, gewundenen Fasern und Faserpaaren etc. nicht auskennt, ziemlich schwer zu verstehen sein bzw. könnten Schwierigkeiten dabei auftreten, sich etwas Konkretes darunter vorzustellen. Durch das Lesen von Paralleltexten in deutscher Sprache, die genauer erläutern, was es mit den Faserbündeln auf sich hat, wird das Verständnis der Materie jedoch erleichtert und die Übersetzung ist nicht mehr so problematisch

Übersetzungsbeispiel:

Neurofibrilläre Tangles sind Bündel von gewundenen Fasern, welche sich innerhalb der Neuronen befinden. Diese Faserbündel bestehen zum Großteil aus einem Protein namens Tau. In gesunden Neuronen unterstützt das Tau-Protein die Funktion von Mikrotubuli, welche einen Teil des Zytoskellets bilden und Substanzen durch die Zelle transportieren. Bei der AK jedoch wird das Tau-Protein so verändert, dass es sich zu Paaren von spiralförmigen Fasern dreht, die sich wiederum zu Faserbündeln ansammeln. Wenn das passiert, können die Mikrotubuli nicht mehr richtig arbeiten und sie zerfallen. Dieser Zusammenbruch des Neuronen-Transportsystems kann die Kommunikation zwischen den Nervenzellen beeinträchtigen und ihren Tod herbeiführen.

▪ **Kleinere Stolpersteine:**

Voraussetzung für eine gute Übersetzung ist – besonders bei Fachtexten – eine gründliche Recherche. Im vorliegenden Text ist dies besonders wichtig, denn hier befinden sich ein paar Fallen:

Es kommen Ausdrücke vor, über die man beim ersten Durchlesen und auf der Suche nach zu recherchierenden Termini leicht hinwegliest und die auf den ersten Blick nicht als problematisch auffallen. ABER: viele Begriffe, die allgemeinsprachlich klingen, sind in Wirklichkeit Fachbegriffe. Erst beim eigentlichen Übersetzen bemerkt man, dass hier etwas nicht ganz funktionieren kann und nach genauerer Recherche findet man auch relativ schnell heraus, wo das Problem liegt. Die folgenden Ausführungen sind Beispiele für das von Montalt Resurrecció und Gonzàles Davies (2007: 168f) erläuterte Problem, dass schwierige Stellen häufig nicht auf den ersten Blick als solche erkannt werden, besonders nicht von AnfängerInnen. Dass nicht alles so einfach ist, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag, erkennt man an den folgenden Beispielen.

„fatal familial insomnia“ – Terminus technicus, steht für „letale (oft auch fatale) familiäre Insomnie“ oder allgemeinsprachlicher: „tödliche familiäre Schlaflosigkeit“. Man könnte dazu neigen, den Begriff einfach wörtlich zu übersetzen. Wahrscheinlich würde es auch mit einer wörtlichen Übersetzung gutgehen – man kann in diesem Fall nicht so viel falsch machen – aber es ist dennoch besser zu wissen, worum es genau geht.

„cell-death enzyme“ – Man könnte zunächst versucht sein, diesen Begriff einfach als „für die Zellen todbringendes Enzym“ zu übersetzen, jedoch erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass in einem sehr fachlichen Text geradezu dramatisch von todbringenden „Feinden“ die Rede sein soll. Sucht man nach genaueren Paralleltexten, die die Funktion der *Caspasen* beschreiben, findet man heraus, dass es sich hier um Enzyme des programmierten Zelltods (der sogenannten Apoptose) handelt und nicht einfach um irgendwelche Enzyme, die durch schädliches Verhalten die Zelle zerstören.

➔ Würde man in diesem Fall nicht genauer recherchieren, würde die Übersetzung mit Sicherheit schief gehen – in diesem Fall wäre die Chance sehr gering, auch ohne Hintergrundwissen zufällig die richtige Übersetzung zu treffen, so wie es eventuell bei der letalen familiären Insomnie sein könnte

„mild cognitive impairment“ – leichte kognitive Störung: eine Bezeichnung für eine bestimmte Störung. Dieser Begriff sollte ebenfalls nicht irgendwie übersetzt werden, da es sonst möglicherweise nicht als das erkannt wird, was es tatsächlich ist. Die „leichte kognitive Störung“ ist in diesem Fall ein Terminus technicus.

Fazit: Bei Fachtexten muss man immer vorsichtig sein und bei jeder etwas unklarerer Konstruktion in Erwägung ziehen, dass es sich um einen oder mehrere Fachtermini handeln könnte. Die Annahme von Montalt Resurrecció und Gonzàles Davies (2007: 168f) ist also durchaus berechtigt und kann im Rahmen dieser Arbeit auch bestätigt werden. Dies zeigt, wie genau man als medizinischer Übersetzer bzw. medizinische Übersetzerin arbeiten muss. Die in der vorliegenden Arbeit und auch in der restlichen Fachliteratur geforderte Präzision ist also, wie man anhand der angeführten Beispiele sieht, von essentieller Bedeutung und darf in keinem Fall außer Acht gelassen werden.

- **Medizinischer Fachbegriff oder Allgemeinsprache?**

Im Englischen werden viele medizinische Fachbegriffe auch allgemeinsprachlich verwendet, beispielsweise das Wort *pneumonia* wird sowohl in der Fachsprache als auch in der Gemeinsprache verwendet. Je nach Zielpublikum sollte erwogen werden, ob man im Deutschen den standardsprachlichen Begriff oder den Terminus technicus verwendet, oder auch beide.

Im vorliegenden Fall sollte man am besten beide Varianten verwenden, da z.B. im letzten Absatz über die kortikobasale Demenz (CBD) im Ausgangstext alle medizinischen Fachbegriffe bis auf *pneumonia* zusätzlich in Klammer erläutert werden (z.B. myclonus, dysphagia, sepsis) – daher sollte man sich im Deutschen durchgehend an dieses Muster halten und die Pneumonie (Lungenentzündung) ebenfalls auf diese Art und Weise erläutern. Diese Vorgehensweise wirkt in keinem Fall störend, da einfach das bereits im selben Satz verwendete Muster fortgesetzt wird.

6.2.3 Recherchebeispiele

Im Folgenden sollen einige Recherchebeispiele aufgelistet und kommentiert werden, welche ebenfalls problematisch werden könnten oder auf andere Art und Weise interessant bzw. erwähnenswert erscheinen.

- ***bleeding stroke* = roter Infarkt**

Hierbei handelt es sich um einen Terminus technicus, welcher einen hämorrhagischen Infarkt, bei dem es zu Einblutungen im Gewebe kommt, beschreibt. Ohne Paralleltexte wäre es sehr problematisch gewesen, eine adäquate Übersetzung zu finden, da es im Deutschen keinen „blutenden Infarkt“ o.ä. gibt. Quelle u.a.: Kirschbaum, 2008

- ***deprived of mind* = ohne Verstand**

Hier wurde nach einer gängigen Übersetzung des lateinischen Wortes für Demenz gesucht. Das Problem liegt in diesem Fall darin, die Erklärung in einen Satz einzubauen, wo sie eigentlich nicht optimal hineinpasst, besonders nicht im Deutschen.

➔ Lösung: eigenen Satz bilden, der erklärt, dass das Wort der lateinischen Sprache entstammt und was es bedeutet

- ***ALS Dementia = Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) Demenz***

Die Suche kann sich hier schwierig gestalten, da bei der Internet-Suche nach “ALS Demenz” alle Ergebnisse gezeigt werden, bei denen das deutsche Wort *als* vorkommt.

➔ Lösung: Suche in Lexika

Paralleltext: z.B. in Carlos, 1996

- ***Alzheimer’s disease = Alzheimer Krankheit***

Der Begriff ist nicht schwer zu finden bzw. ist die Krankheit nahezu jedem ein Begriff, das Problem liegt eher darin, dass im AT immer die Abkürzung *AD* verwendet wird, im Deutschen gibt es die Abk. *AK* – die Verwendung ist dennoch teilweise etwas problematisch: Es könnte sich z.B. die Frage stellen, ob die Abkürzung mit Artikel oder ohne angeführt werden soll. Solche Fragen lassen sich am besten durch die Lektüre von Parallelliteratur lösen.

➔ Lösung: MIT Artikel, da es in Paralleltexten ebenso gehandhabt wird

Beispiele u.a. in Speckmann, 2008.

- ***Disease of the large blood vessles in the neck = Erkrankung der großen Halsschlagadern***

“large blood vessels in the neck” könnte zunächst als schwierig zu übersetzende Konstruktion erscheinen (große Blutgefäße im Hals?) – in diesem Fall ist ein gewisses medizinisches Hintergrundwissen nötig, um zu erkennen, dass es sich hier um die Halsschlagadern handelt, andernfalls wird die Recherchearbeit relativ kompliziert.

Dies ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie wichtig und hilfreich das fachliche Grundwissen beim Übersetzen von medizinischen Fachtexten ist.

- ***Janitors that mop up harmful substances = Wächter, die schädliche Substanzen aufnehmen***

Anfangs könnte es auch hier schwierig sein, eine adäquate Übersetzung zu finden, aber nach der Lektüre von Paralleltexten findet man heraus, dass die hier gemeinten Mikrogliazellen schädliche Partikel aufnehmen, daher wurde hier diese Übersetzung gewählt. Dieses Beispiel zeigt, dass es in der medizinischen Fachsprache durchaus auch Idiome gibt, die verwendet werden und leider auch zu Missverständnissen oder Schwierigkeiten bei der Übersetzung führen können. Beschäftigt man sich jedoch mit der fachlichen Materie, erfährt man sehr bald, worum es genau geht und was gemeint war.

- ***Neurofibrillary tangles = neurofibrilläre Bündel***

Die neurofibrillären Bündel werden in deutschen Fachtexten häufig auch als *Tangles* bezeichnet, manchmal auch als *neurofibrilläre Denegenrationen*, meistens jedoch als *neurofibrilläre Bündel*, z.B. bei Falk, 2004. Aufgrund dessen wurde auch in diesem Fall hauptsächlich auf den Begriff *neurofibrilläre Bündel* zurückgegriffen.

- ***Batten disease = neuronale Ceroid-Lipofuszinose oder Vogt-Spielmeyer-Stock-Krankheit***

Bei dieser Bezeichnung handelt es sich um ein Eponym. Wie bereits in Kapitel 5 erläutert, gibt es bei Eponymen häufig sehr große Unterschiede zwischen den jeweiligen Sprachen. Hier ist man als Übersetzer bzw. Übersetzerin besonders gefordert, gründliche Recherchearbeit zu leisten. Um in solchen Fällen zu einer richtigen Lösung zu kommen empfiehlt sich die Lektüre von Paralleltexten bzw. im Zweifelsfall die Konsultation von Fachleuten.

- ***temporal arteritis = Arteriitis temporalis, Morbus Horton***

Es ist nicht unbedingt einfach, die richtige Übersetzung für diese Gefäßentzündung zu finden. Man könnte versucht sein, *temporäre* oder *temporale arteritis* zu schreiben, was jedoch falsch ist. Sucht man in einer Internet-Suchmaschine nach temporal + Arterie, findet man die *Arteriitis temporalis* und kann dann weiter recherchieren und Paralleltexte suchen. Da diese Erkrankung im Englischen mit nur einem „i“ geschrieben wird, neigt man dazu, auch im Deutschen nach der *Arteritis* zu suchen, die es aber nicht gibt. Dies ist ein Beispiel dafür, dass man sich auf die Ähnlichkeit der Fachbegriffe aufgrund des lateinischen/griechischen Ursprungs nicht verlassen sollte.

Parallelliteratur: u.a. Carlos, 1996.

- ***US Congress Office of Technology Assessment bzw. Büro für Technikfolgenabschätzung des US Kongresses***

Bei Bezeichnungen von Institutionen empfiehlt es sich, sofern es keine offizielle Übersetzung gibt, die Originalbezeichnung stehen zu lassen und in Klammern eine erklärende Übersetzung hinzuzufügen. In diesem Fall ist diese Vorgangsweise ebenfalls angebracht, da die Leser und Leserinnen Laien sind und diese Einrichtung wahrscheinlich nicht kennen werden.

6.3 Introduction to Dementia: Übersetzung Englisch-Deutsch

6.3.1 Einleitung

Nachdem eine ausführliche Ausgangs- und Zieltextanalyse das Grundverständnis für den Text geliefert hat und nachdem mithilfe der Recherchedokumentation mögliche Problemstellungen, Stolpersteine und Schwierigkeiten aufgezeigt wurden, wird im Folgenden die Übersetzung des Textes *Introduction to Dementia* angeschlossen. Der Originaltext stammt von <http://www.medicinenet.com/dementia/article.htm> (Stand Februar 2011) und wurde für die Übersetzung von Frau Mag. Elisabeth Frank-Großebner gekürzt. Nachdem in der Analyse und der Recherchedokumentation alle Fragen geklärt werden konnten, konnte die Übersetzung ohne größere Zwischenfälle hergestellt werden und wird im Folgenden präsentiert, um dem Leser bzw. der Leserin einen Einblick in die Übersetzung eines längeren medizinischen Fachtextes zu gewähren.

6.3.2 Übersetzung

Demenz – eine Einführung

Eine Frau in den Mitt-Fünfzigern, wurde wegen zunehmend seltsamen Verhaltens ins Krankenhaus eingeliefert. Ihre Familie berichtete, dass sie an Gedächtnisstörungen und starken Eifersuchtsanfällen litt. Außerdem sei sie zu Hause zunehmend desorientiert geworden und habe verschiedene Dinge versteckt. Während einer ärztlichen Untersuchung konnte sich die Frau weder an den Namen ihres Mannes erinnern, noch an das aktuelle Jahr, noch daran, wie lange sie sich bereits im Krankenhaus aufgehalten hatte. Sie konnte lesen, schien aber nicht zu verstehen, was sie las, und sie betonte die Wörter auf ungewöhnliche Art und Weise. Manchmal wurde sie unruhig und schien an Halluzinationen und irrationellen Ängsten zu leiden.

Diese Frau, bekannt als Auguste D., war die erste Person von der berichtet wurde, dass sie an der so genannten Alzheimer Krankheit (AK) litt. Einer Krankheit, die nach dem deutschen Arzt Alois Alzheimer, der die Krankheit als erster beschrieben hatte, benannt wurde. Nachdem Auguste D. im Jahr 1906 verstorben war, untersuchten die Ärzte ihr Gehirn und fanden heraus, dass es geschrumpft war und zahlreiche ungewöhnliche Merkmale aufwies wie seltsame Eiweißverklumpungen, sogenannte Plaques, sowie verfilzte Faserbündel in den Nervenzellen.

Gedächtnisschwäche und andere Symptome der Demenz, ein Begriff der so viel wie *ohne Verstand* bedeutet, wurden seit dem Altertum bei älteren Erwachsenen beschrieben. Da Auguste D. jedoch bereits in relativ jungem Alter die ersten Symptome zeigte, waren die Ärzte der Meinung, dass es sich bei ihrer Erkrankung nicht um die damals sogenannte *senile Demenz* handeln konnte. Das Wort *senil* stammt vom lateinischen Wort *senilis* ab und bedeutet in etwa so viel wie *alt* oder *gealtert*.

Heute steht fest, dass die Alzheimer Krankheit sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Erwachsenen der Hauptgrund für Demenz ist. Außerdem wissen wir, dass diese Krankheit nur eine von vielen Funktionsstörungen ist, die zu Demenz führen können. Das Büro für Technikfolgenabschätzung des US Kongresses (US Congress Office of Technology Assessment) schätzt, dass 6,8 Millionen Menschen in den USA an Demenz leiden und dass mindestens 1,8 Millionen davon schwer betroffen sind. Untersuchungen in einigen Gemeinden zeigten, dass beinahe die Hälfte aller Menschen über 85 an irgendeiner Form der Demenz leidet. Auch wenn sie bei Menschen hohen Alters häufig vorkommt, ist die Demenz kein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses. Viele Menschen werden über 90 oder sogar über 100 Jahre alt und zeigen keinerlei Anzeichen von Demenz.

Neben der senilen Demenz gibt es weitere Begriffe, die häufig verwendet werden, um die Demenz zu beschreiben, z.B. Senilität oder organisches Hirnsyndrom. Senilität und senile Demenz sind veraltete Begriffe, die den früher weitverbreiteten Glauben widerspiegeln, dass die Demenz normaler Bestandteil des Alterungsprozesses sei. Das organische Hirnsyndrom ist ein allgemeiner Begriff, der sich auf physische Funktionsstörungen (nicht psychiatrischen Ursprungs) bezieht, die geistige Funktionen beeinträchtigen.

Die Forschungsarbeit der letzten 30 Jahre führte zu einem deutlich verbesserten Verständnis davon, was Demenz ist, wer daran erkranken kann und wie sie das Gehirn verändert und beeinflusst. Diese Arbeit macht sich dadurch bezahlt, dass bessere diagnostische Techniken, verbesserte Behandlungsarten und sogar potenzielle Wege zur Prävention der Krankheit entwickelt werden.

Was ist Demenz?

Demenz ist keine spezifische Krankheit. Es ist ein beschreibender Begriff für eine Gruppe von Symptomen, die durch zahlreiche Funktionsstörungen verursacht werden, welche das Gehirn beeinträchtigen. Bei an Demenz leidenden Menschen sind die intellektuellen Funktionen deutlich beeinträchtigt, was negativen Einfluss auf normale

Aktivitäten und Beziehungen hat. Außerdem verlieren diese Menschen die Fähigkeit, Probleme zu lösen und Emotionen unter Kontrolle zu halten und können außerdem Veränderungen in der Persönlichkeit und Verhaltensstörungen wie Ruhelosigkeit, Wahnvorstellungen und Halluzinationen erleiden. Während der Gedächtnisverlust ein häufiges Symptom der Demenz ist, bedeutet er alleine noch nicht, dass eine Person an Demenz leidet. Demenz wird von Ärzten nur diagnostiziert, wenn zwei oder mehr Hirnfunktionen – wie z.B. Gedächtnis, Sprachfähigkeiten, Wahrnehmungsvermögen oder kognitive Fähigkeiten wie logisches Denken und Urteilsvermögen – deutlich beeinträchtigt sind, ohne dass ein Bewusstseinsverlust vorliegt.

Es gibt verschiedene Funktionsstörungen, die Demenz verursachen können. Manche, wie z.B. die Alzheimer Krankheit, führen zu einem fortschreitenden Verlust von geistigen Funktionen. Andere Demenztypen können jedoch mit angemessener Behandlung auch aufgehalten oder rückgängig gemacht werden.

Bei der Alzheimer Krankheit und vielen anderen Demenztypen führt der Krankheitsverlauf dazu, dass viele Nervenzellen aufhören zu arbeiten, die Verbindungen zu anderen Neuronen verlieren und absterben. Im Gegensatz dazu führt das normale Altern nicht zum Verlust von einer großen Anzahl an Neuronen im Gehirn.

Welche unterschiedlichen Formen der Demenz gibt es?

Demenzkrankheiten können auf unterschiedliche Art und Weise klassifiziert werden. Diese Klassifikationssysteme versuchen, Funktionsstörungen mit bestimmten gemeinsamen Merkmalen, wie z.B. ob sie progressiv sind oder welche Gehirnteile betroffen sind, in Gruppen zusammenzufassen. Manche häufig angewandten Klassifikationen beinhalten folgende Formen der Demenz:

- **Kortikale Demenz:** Demenz, bei welcher der Hirnschaden vorrangig die Hirnrinde, die äußere Schicht des Gehirns, betrifft. Kortikale Demenzen verursachen für gewöhnlich Probleme mit dem Gedächtnis, der Sprache, dem Denken und dem sozialen Verhalten.
- **Subkortikale Demenz:** Demenz, die Hirnteile unter der Hirnrinde beeinträchtigt. Subkortikale Demenz verursacht für gewöhnlich neben Gedächtnisproblemen auch Veränderungen der Emotionswelt und von Bewegungsabläufen.
- **Progressive Demenz:** Demenz, die sich mit der Zeit verschlimmert und allmählich mehr und mehr kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt.
- **Primäre Demenz:** Demenz wie z.B. die Alzheimer Krankheit, die nicht aus einer anderen Erkrankung resultiert.

- **Sekundäre Demenz:** Demenz, die als Ergebnis einer physischen Erkrankung oder Verletzung auftritt.

Manche Demenztypen passen zu mehr als nur einer dieser Klassifikationen. Zum Beispiel wird AK sowohl als progressive als auch als kortikale Demenz angesehen.

Die Alzheimer Krankheit

Die Alzheimer Krankheit ist die häufigste Ursache für Demenz bei Menschen über 65. Experten glauben, dass bis zu 4 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten zurzeit mit dieser Krankheit leben: einer von zehn Menschen über 65 und beinahe die Hälfte jener über 85 leiden an Alzheimer. AK wird bei mindestens 360.000 Menschen pro Jahr diagnostiziert und es werden etwa 50.000 dadurch verursachte Todesfälle gemeldet.

Bei den meisten Menschen tauchen Alzheimer-Symptome nach dem 60. Lebensjahr auf. Es gibt jedoch einige Krankheitsformen mit frühzeitigem Eintritt, die für gewöhnlich mit einem Gendefekt in Verbindung stehen, der bereits im Alter von 30 Jahren auftreten kann. AK verursacht für gewöhnlich einen allmählichen Verfall der kognitiven Fähigkeiten, normalerweise über eine Zeitspanne von sieben bis zehn Jahren hinweg. Mit der Zeit werden beinahe alle Gehirnfunktionen, einschließlich Gedächtnis, Bewegung, Sprache, Urteilsfähigkeit, Verhalten und abstraktes Denken beeinträchtigt.

AK wird durch zwei Anomalien im Gehirn charakterisiert: amyloide Plaques und neurofibrilläre Faserbündel. Amyloide Plaques, die sich im Gewebe zwischen den Nervenzellen befinden, sind ungewöhnliche Verklumpungen eines Proteins namens Beta-Amyloid mit degenerierenden Teilen von Neuronen und anderen Zellen.

Neurofibrilläre Tangles sind Bündel von gewundenen Fasern, welche sich innerhalb der Neuronen befinden. Diese Faserbündel bestehen zum Großteil aus einem Protein namens Tau. In gesunden Neuronen unterstützt das Tau-Protein die Funktion von Mikrotubuli, welche einen Teil des Zytoskellets bilden und Substanzen durch die Zelle transportieren. Bei der AK jedoch wird das Tau-Protein so verändert, dass es sich zu Paaren von spiralförmigen Fasern dreht, die sich wiederum zu Faserbündeln ansammeln. Wenn das passiert, können die Mikrotubuli nicht mehr richtig arbeiten und sie zerfallen. Dieser Zusammenbruch des Neuronen-Transportsystems kann die Kommunikation zwischen den Nervenzellen beeinträchtigen und ihren Tod herbeiführen.

Forscher wissen nicht, ob amyloide Plaques und neurofibrilläre Tangles schädlich sind oder ob sie lediglich eine Nebenerscheinung eines Krankheitsverlaufs sind, der

Neuronen schädigt und zu den Symptomen von Alzheimer führt. Sie wissen jedoch, dass die Anzahl von Plaques und Tangles für gewöhnlich mit dem Voranschreiten von AK ansteigt.

In den frühen Stadien der Alzheimer Krankheit leiden Patienten häufig an Gedächtnisschwäche, es kommt zum Wegfall der Urteilsfähigkeit und zu schleichenden Persönlichkeitsveränderungen. So wie die Krankheit voranschreitet, werden die Gedächtnis- und Sprachprobleme erheblicher und Patienten haben zunehmend Schwierigkeiten beim Erfüllen von alltäglichen Aufgaben, wie z.B. Buchführung oder regelmäßige Medikamenteneinnahme. Sie können auch Probleme mit dem räumlichen Sehen haben, z.B. beim Fahren auf einer unbekannten Strecke. Es kann zur Desorientiertheit in Raum und Zeit kommen, ebenso können Patienten Wahnvorstellungen erleiden (wie z.B. die Überzeugung, dass sie beraubt wurden oder dass ihr Ehegatte untreu ist) und reizbar und feindselig werden. Während der späteren Krankheitsstadien verlieren Patienten die Fähigkeit, ihre Motorik zu kontrollieren. Sie können Schwierigkeiten beim Schlucken haben und die Kontrolle über Blase und Darm verlieren. Schließlich verlieren sie auch die Fähigkeit, Familienmitglieder zu erkennen und zu sprechen. Mit dem Voranschreiten der AK werden die Emotionen und das Verhalten der Person zunehmend beeinträchtigt. Die meisten Menschen mit Alzheimer entwickeln schließlich Symptome wie Aggression, Ruhelosigkeit, Depression, Schlaflosigkeit oder Wahnvorstellungen.

Durchschnittlich sterben Alzheimer Patienten 8 bis 10 Jahre nach der Diagnose. Manche Menschen leben jedoch sogar noch 20 Jahre lang. Alzheimer Patienten sterben häufig an Aspirationspneumonie (Lungenentzündung verursacht durch das Einatmen von Erbrochenem oder anderen Substanzen), weil sie die Fähigkeit zu Schlucken im späteren Stadium der Krankheit verlieren.

Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist, nach der Alzheimer Krankheit, die zweithäufigste Ursache für Demenz. Sie macht 20% aller Demenzfälle aus und wird durch Hirnschäden durch zerebro- oder kardiovaskuläre Probleme verursacht – meistens durch Gehirnschläge. Sie kann außerdem das Ergebnis von Erbkrankheiten, Endokarditis (Entzündung einer Herzklappe) oder von einer amyloiden Angiopathie (einem Vorgang, bei dem sich amyloides Protein in den Blutgefäßen des Gehirns bildet, was mitunter zu hämorrhagischen oder *roten* Infarkten führen kann) sein. In vielen Fällen treten vaskuläre Demenz und AK parallel auf. Die Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen) der vaskulären Demenz steigt mit fortschreitendem Alter und verläuft bei Männern und Frauen ähnlich.

Symptome der vaskulären Demenz beginnen oft sehr plötzlich, häufig nach einem Gehirnschlag. Patienten weisen oft eine Krankheitsgeschichte mit Bluthochdruck, Angiopathie, Hirnschlägen oder Herzinfarkten auf. Abhängig davon ob der Patient zusätzliche Hirnschläge erleidet, kann sich vaskuläre Demenz mit der Zeit verschlechtern oder auch nicht. In manchen Fällen können sich die Symptome mit der Zeit auch verbessern. Verschlimmert sich die Krankheit, schreitet sie häufig schrittweise voran und verursacht plötzliche Veränderungen der Leistungsfähigkeit. Vaskuläre Demenz mit Hirnschäden in den Mittelhirn-Regionen kann jedoch eine allmähliche, fortschreitende Gedächtnisbeeinträchtigung verursachen, was große Ähnlichkeit mit Alzheimer hat. Im Gegensatz zu Alzheimer-Patienten bewahren Menschen mit vaskulärer Demenz häufig ihre Persönlichkeit und ein normales Niveau an emotionaler Empfindlichkeit bis in die späteren Stadien der Krankheit hinein.

Menschen mit vaskulärer Demenz schlafwandeln häufig und weisen andere Probleme auf, die man häufig bei Hirnschlag PatientInnen feststellen kann, wie z.B. Depression und Inkontinenz.

Es gibt mehrere Typen der vaskulären Demenz, welche sich in ihren Ursachen und Symptomen leicht voneinander unterscheiden. Ein Typ, Multiinfarktdemenz (MID) genannt, wird durch zahlreiche kleine Gehirnschläge verursacht. Die MID bringt üblicherweise beschädigte Regionen, sogenannte Infarkte, sowie erhebliche Läsionen der weißen Substanz, oder Nervenfasern, des Gehirns mit sich.

Weil die Infarkte bei der MID nur vereinzelte (abgetrennte) Gehirnareale betreffen, sind die Symptome oft auf eine Körperseite beschränkt oder sie betreffen nur wenige, bestimmte Funktionen, wie z.B. die Sprache. Neurologen nennen diese Symptome *lokal* oder *fokal*, im Gegensatz zu den *globalen* Symptomen bei AK, welche viele Funktionen betreffen und sich nicht auf eine Körperseite beschränken.

Auch wenn nicht alle Gehirnschläge Demenz verursachen, kann in manchen Fällen ein einzelner Gehirnschlag das Gehirn stark genug beschädigen, um Demenz zu verursachen. Dieser Zustand wird Einzelinfarkt-Demenz genannt. Demenz kommt häufiger vor, wenn der Gehirnschlag auf der linken Seite (Gehirnhälfte oder Hemisphäre) des Gehirns stattfindet bzw. wenn der Hippokampus, eine für das Gedächtnis bedeutende Hirnstruktur, betroffen ist.

Ein weiterer Typ der vaskulären Demenz wird Morbus Binswanger genannt. Diese seltene Demenzform wird durch eine Beschädigung der kleinen Blutgefäße in der weißen Substanz des Gehirns charakterisiert (die weiße Substanz befindet sich in den

inneren Gehirnschichten und beinhaltet viele Nervenfasern, die mit einer weißlichen, fettigen Substanz namens Myelin überzogen sind). Morbus Binswanger führt zu Hirnverletzungen, Gedächtnisverlust, gestörter Wahrnehmung und Stimmungsschwankungen. Patienten mit dieser Krankheit zeigen oft Anzeichen von anormalem Blutdruck, Hirnschlag, Blutanomalien, Erkrankung der großen Halsschlagadern bzw. Herzklappenerkrankungen. Andere Hauptmerkmale sind Urininkontinenz, Gehschwierigkeiten, Schwerfälligkeit, Langsamkeit, fehlende Mimik und Sprechschwierigkeiten. Diese Symptome, die für gewöhnlich nach dem 60. Lebensjahr auftreten, sind nicht immer bei allen Patienten vorhanden und können manchmal nur temporär auftreten. Die Behandlung von Morbus Binswanger erfolgt symptomatisch und kann die Verwendung von Medikamenten beinhalten, die Bluthochdruck, Depression, Herzarrhythmie und niedrigen Blutdruck kontrollieren. Die Erkrankung beinhaltet oft Episoden mit teilweiser Genesung.

Ein weiterer Typ der vaskulären Demenz steht in Verbindung zu einer Erbkrankheit namens CADASIL, einer englischen Abkürzung für ‚zerebral autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie‘. CADASIL steht in Verbindung zu Anomalien eines bestimmten Gens namens Notch3, welches sich auf Chromosom 19 befindet. Dieser Zustand verursacht eine Multiinfarktdemenz sowie Hirnschlag, Migräne mit Aura und Stimmungsschwankungen. Die ersten Symptome tauchen für gewöhnlich bei Leuten in den 20ern, 30ern oder 40ern auf und die betroffenen Personen sterben meist bis zum 65. Lebensjahr. Forscher gehen davon aus, dass bei den meisten Personen mit CADASIL die Krankheit nie diagnostiziert wird, so ist ihre eigentliche Prävalenz noch nicht bekannt.

Andere Ursachen für vaskuläre Demenz sind Vaskulitis, eine Entzündung des Blutgefäßsystems, schwere Hypotonie (niedriger Blutdruck) und durch Hirnblutung verursachte Läsionen. Die Autoimmunerkrankung Lupus erythematodes und die Infektionserkrankung temporäre Arteriitis können Blutgefäße ebenfalls so schädigen, dass dies zu einer vaskulären Demenz führt.

Lewy-Körperchen-Demenz (DLB)

Die Lewy-Körperchen-Demenz (DLB) ist eine der häufigsten Typen der progressiven Demenz. DLB tritt für gewöhnlich vereinzelt auf, bei Menschen ohne bekanntem familiärem Auftreten der Erkrankung. Es wurde jedoch auch von seltenen familiär gehäuften Fällen berichtet.

Bei DLB sterben die Zellen in der Hirnrinde, oder Cortex, und in einem Teil des Mittelhirns namens Substantia nigra ab. Viele der in der Substantia nigra übrig gebliebenen Nervenzellen enthalten anormale Strukturen namens Lewy Körperchen, welche ein Kennzeichen der Erkrankung sind. Lewy Körperchen können auch in der Hirnrinde vorkommen und enthalten ein Protein namens Alpha-Synuklein, welches mit der Parkinson Krankheit und einigen anderen Funktionsstörungen in Verbindung gebracht wird. Forscher, die diese Störungen manchmal unter dem Sammelbegriff *Synukleinopathien* nennen, wissen noch nicht, warum sich dieses Protein bei DLB in den Nervenzellen ablagert.

Die Symptome von DLB überschneiden sich auf verschiedene Art und Weise mit jenen von AK und können Gedächtnisschwäche, schlechte Urteilsfähigkeit und Verwirrung umfassen. DLB verursacht jedoch häufig auch visuelle Halluzinationen, parkinsonsche Symptome wie schlurfenden Gang und gebeugte Haltung, sowie tägliche Schwankungen der Schwere der Symptome. DLB Patienten leben durchschnittlich noch sieben Jahre nach Ausbruch der Symptome.

Es gibt keine Heilungsmöglichkeiten für DLB und die Behandlungen zielen darauf ab, die parkinsonschen und psychiatrischen Symptome der Erkrankung zu vermindern. Manchmal reagieren Patienten sehr heftig auf Behandlungen mit antiparkinsonschen Medikamenten bzw. Cholinesteraseinhibitoren, wie jenen für AK. Manche Studien weisen darauf hin, dass Neuroleptika wie Clozapin und Olanzapin ebenfalls die psychiatrischen Symptome der Erkrankung vermindern können. Aber Neuroleptika können schwere Nebenwirkungen auslösen, weshalb zuerst andere Therapien ausprobiert werden und Patienten, die diese Medikamente einnehmen, genau überwacht werden sollten.

Lewy Körperchen werden häufig in Gehirnen von Personen gefunden, die an Parkinson und Alzheimer leiden. Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass entweder DLB zu den anderen Ursachen der Demenz in Beziehung steht oder dass die Krankheiten manchmal bei einer Person gleichzeitig vorkommen.

Frontotemporale Demenz (FTD)

Die frontotemporale Demenz, manchmal auch Frontallappen-Demenz genannt, beschreibt eine Gruppe von Erkrankungen, die durch eine Degeneration der Nervenzellen gekennzeichnet sind – besonders jener in den Frontal- und Temporallappen des Gehirns. Im Gegensatz zur AK umfasst FTD für gewöhnlich keine Entstehung von amyloiden Plaques. Bei vielen Personen, die an FTD leiden, befindet sich eine abnorme Form des Tau-Proteins im Gehirn, die sich zu neurofibrillären Tangles verbindet. Dies unterbricht die normalen Zellaktivitäten und kann dadurch zum Absterben der Zellen führen.

Fachleute gehen davon aus, dass FTD 2-10% aller Demenzfälle ausmacht. Symptome der frontotemporalen Demenz tauchen gewöhnlich im Alter zwischen 40 und 65 Jahren auf. In vielen Fällen besteht bei Personen mit FTD eine positive Familienanamnese für Demenz, was darauf hinweist, dass die Erkrankung einen starken genetischen Faktor hat. Die Dauer von FTD ist unterschiedlich – manche Patienten verfallen sehr schnell in 2-3 Jahren und andere zeigen nur minimale Veränderungen über Jahre hinweg. Menschen mit FTD leben durchschnittlich noch 5-10 Jahre nach der Diagnose mit der Erkrankung.

Weil die Strukturen in den Frontal- und Temporallappen des Gehirns die Urteilsfähigkeit und das soziale Verhalten kontrollieren, haben Menschen mit FTD häufig Probleme dabei, normale Interaktionen beizubehalten und sozialen Mustern zu folgen. Es kann vorkommen, dass sie stehlen oder unhöfliches und sozial unpassendes Verhalten an den Tag legen und ihre eigentlichen Pflichten verleugnen. Andere häufige Symptome beinhalten Sprech- und Sprachverlust, zwanghaftes oder sich wiederholendes Verhalten, erhöhten Appetit und Motorikprobleme wie Steifheit und Gleichgewichtsstörungen. Es kann auch zu Gedächtnisverlust kommen, obwohl dies normalerweise erst im späten Stadium der Krankheit passiert.

Bei einem anderen FTD-Typ namens Pick-Krankheit werden bestimmte Nervenzellen anormal und schwellen an bevor sie absterben. Diese geschwellenen, oder aufgeblasenen, Neuronen sind ein Merkmal dieser Erkrankung. Die Gehirne von Menschen, die an der Pick-Krankheit leiden, weisen innerhalb der Neuronen anormale Gebilde namens Pick Körperchen auf, welche größtenteils aus dem Tau-Protein bestehen. Die Ursachen für die Pick-Krankheit sind unbekannt, aber sie kommt in manchen Familien vor und ist daher zumindest teilweise durch eines oder mehrere defekte Gene bedingt. Die Krankheit bricht normalerweise nach dem 50. Lebensjahr aus und verursacht Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die mit der Zeit allmählich stärker werden. Die Symptome der Pick Krankheit sind denen von AK sehr ähnlich und

können unpassendes soziales Verhalten, Verlust von geistiger Flexibilität, Sprachprobleme sowie Denk- und Konzentrationsschwierigkeiten umfassen. Zurzeit gibt es keine Möglichkeit, den fortschreitenden Verfall bei der Pick-Krankheit zu verlangsamen. Bei der Verminderung von Aggressionen und anderen Verhaltensproblemen sowie bei der Behandlung von Depressionen können Medikamente jedoch hilfreich sein.

In manchen Fällen steht die familiäre FTD in Verbindung zu einer Mutation des Tau-Gens. Diese Krankheit, frontotemporale Demenz mit Parkinson Syndrom mit Kopplung zu Chromosom 17 (FTDP-17) genannt, ähnelt anderen FTD Typen sehr, umfasst jedoch häufig auch psychiatrische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Die primär progressive Aphasie (PPA) ist ein Typ der FTD, welche bei Menschen bereits in den Vierzigern auftreten kann. *Aphasie* ist ein allgemeiner Begriff, der Sprachstörungen beschreibt, wie z.B. sprechen, verstehen, was andere sagen, und alltägliche Objekte benennen. Bei der PPA können eine oder mehrere dieser Funktionen beeinträchtigt sein. Die Symptome beginnen häufig schrittweise und schreiten langsam über einen Zeitraum von ein paar Jahren voran. Mit dem Fortschreiten der Krankheit können Gedächtnis und Aufmerksamkeit ebenfalls beeinträchtigt werden und es kann zu Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen kommen. Viele, aber nicht alle, Personen mit PPA entwickeln schließlich Demenz-Symptome.

HIV-Demenz

Die HIV-Demenz ist ein Ergebnis einer Infektion mit dem humanen Immundefizienz-Virus (HIV), welches AIDS verursacht. Die HIV-Demenz kann umfassende Zerstörung der weißen Substanz des Gehirns verursachen. Das führt zu einem Demenztyp, der üblicherweise Gedächtnisstörung, Apathie, sozialen Rückzug und Konzentrationsschwierigkeiten umfasst. Außerdem entwickeln sich bei den Patienten häufig auch Bewegungsschwierigkeiten. Es gibt keine spezifische Behandlung für die HIV-Demenz, aber AIDS-Medikamente können den Ausbruch der Krankheit verzögern und dabei helfen, die Symptome zu mindern.

Chorea Huntington (HD)

Die Chorea Huntington (HD) ist eine Erbkrankheit, die durch ein defektes Gen für ein Protein namens Huntingtin verursacht wird. Kinder von Betroffenen Personen haben eine 50%ige Chance, die Erkrankung zu erben. HD verursacht einen Verfall in vielen Gehirnregionen und in Bereichen des Rückenmarks. Die ersten Krankheitssymp-

tome tauchen normalerweise in einem Alter von 30 bis 50 Jahren und die durchschnittliche Lebenserwartung nach der Diagnose beträgt etwa 15 Jahre.

Symptome in Bezug auf das kognitive Verhalten bei HD beginnen üblicherweise mit leichten Persönlichkeitsveränderungen wie Reizbarkeit, Beklemmung und Depression und schreiten bis zur schweren Demenz voran. Viele Patienten legen auch psychotisches Verhalten an den Tag. HD verursacht Chorea – unfreiwillige, ruckartige, arrhythmische Körperbewegungen – sowie Muskelschwäche, Schwerfälligkeit und Gehstörungen.

Dementia Pugilistica

Dementia pugilistica, auch chronisch traumatische Enzephalopathie oder Boxer Syndrom genannt, wird durch Schädel-Hirn-Traumata verursacht, wie z.B. bei Menschen, die beim Boxen häufig Schläge auf den Kopf erlitten haben. Die häufigsten Symptome der Erkrankung sind Demenz und Parkinson, die erst viele Jahre nach den erlittenen Traumata auftreten können. Bei betroffenen Personen können sich auch Koordinationsschwäche und undeutliches Sprechen entwickeln. Eine einzelne traumatische Hirnverletzung kann ebenfalls zu einer Erkrankung namens posttraumatische Demenz führen, welche der dementia pugilistica sehr ähnlich ist, jedoch auch noch eine Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses mit sich bringt. Andere Symptome variieren abhängig davon, welcher Teil des Gehirns bei der Verletzung beschädigt wurde.

Kortikobasale Degeneration (CBD)

Die kortikobasale Degeneration (CBD) ist eine progressive Erkrankung, die durch einen Verlust von Nervenzellen und durch Atrophie zahlreicher Hirnregionen charakterisiert wird. Hirnzellen von Personen, die an CBD leiden, weisen häufig anormale Anhäufungen des Tau-Proteins auf. CBD schreitet gewöhnlicher Weise allmählich über einen Zeitraum von sechs bis acht Jahren voran. Die ersten Symptome, die üblicherweise im Alter von etwa 60 Jahren beginnen, können zunächst nur auf eine Körperseite beschränkt sein, betreffen schlussendlich aber beide Seiten. Manche Symptome, wie z.B. Koordinationsschwäche und Steifheit, sind jenen der Parkinson Krankheit ähnlich. Andere Symptome können Gedächtnisverlust, Demenz, Störung visuell-räumlicher Funktionen, Apraxie (Verlust der Fähigkeit, vertraute, zielgerichtete Bewegungen zu vollführen), zögerndes und stockendes Sprechen, Myoklonie (unfreiwilligen Muskelzuckungen) und Dysphagie (Schluckstörungen) umfassen. Häufig wird der Tod durch Pneumonie (Lungenentzündung) oder andere sekundäre Probleme, wie Sepsis (schwere Blutvergiftung) oder Lungenembolie (Blutpfropfen in der Lunge) verursacht.

Es gibt keine spezifischen Behandlungsformen für CBD. Medikamente wie Clonazepam können jedoch gegen Myklonie helfen und Berufs-, Physio- und Sprechtherapien können dabei unterstützen, die durch die Krankheit verursachten Behinderungen zu bewältigen. Parkinson-Medikamente oder andere medizinische Präparate schlagen gegen die Symptome dieser Erkrankung häufig nicht an.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Die Creutzfeldt-Jakob Krankheit (CJK) ist eine seltene, degenerative, tödlich verlaufende Gehirnleistungsstörung, welche jährlich etwa einen von einer Million Menschen weltweit betrifft. Die Symptome beginnen für gewöhnlich nach dem 60. Lebensjahr und die meisten Patienten sterben innerhalb eines Jahres. Viele Forscher sind der Ansicht, dass CJK durch eine abnorme Form eines Proteins, Prion genannt, verursacht wird. Die meisten Fälle von CJK treten vereinzelt auf, nämlich bei Menschen ohne bekannte Risikofaktoren für die Krankheit. Es sind jedoch 5-10% der CJK-Fälle in den USA erblich bedingt und werden durch eine Mutation im Gen für das Prion-Protein verursacht. In seltenen Fällen kann CJK auch durch den Kontakt mit erkranktem Gehirn- oder Nervensystemgewebe, gewöhnlich bei medizinischen Verfahren, verursacht werden. Es gibt jedoch keine Anzeichen dafür, dass CJK über die Luft oder den gelegentlichen Kontakt zu CJK-Patienten übertragbar ist.

CJK-Patienten haben anfangs Probleme mit der Muskelkoordination und leiden an Persönlichkeitsveränderungen einschließlich Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und des Denkens, sowie beeinträchtigter Sehfähigkeit. Andere Symptome können auch Insomnie (Schlaflosigkeit) oder Depressionen umfassen. So wie die Krankheit voranschreitet, wird die mentale Beeinträchtigung immer schwerwiegender. Patienten entwickeln häufig Myklonie und können erblinden. Schließlich verlieren sie die Fähigkeit sich zu bewegen und zu sprechen und fallen ins Koma. Pneumonie und andere Infektionen kommen bei diesen Patienten häufig vor und können zum Tod führen.

CJK gehört zu einer Gruppe von menschlichen und tierischen Erkrankungen, die unter dem Namen transmissible spongiforme Enzephalopathien (TSE) bekannt sind. *Spongiform* bezieht sich auf das charakteristische Erscheinungsbild von infizierten Gehirnen, welche eine durchlöchernte Struktur annehmen und unter dem Mikroskop betrachtet wie Schwämme (eng. Schwamm = sponge) aussehen. CJK ist die häufigste der bekannten menschlichen TSEs. Andere sind die letale familiäre Insomnie und das Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (siehe unten).

In den letzten Jahren ist eine neue Form von CJK, Variante der Creutzfeldt-Jakob Krankheit (vCJK) genannt, in Großbritannien und einigen anderen europäischen Ländern aufgetaucht. Die Anfangssymptome von vCJK sind anders als jene der klassischen CJK und die Krankheit taucht normalerweise bei jüngeren Patienten auf. Untersuchungen deuten darauf hin, dass vCJK durch den Konsum von Rindfleisch von Kühen verursacht wurde, die an einer TSE Erkrankung namens bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE), auch als *Rinderwahn* bekannt, litten.

Andere seltene vererbliche Demenztypen

Andere seltene, vererbliche Demenztypen sind das Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSSS), die letale familiäre Insomnie, die familiäre Britische Demenz und die familiäre Dänische Demenz. Symptome des GSSS sind üblicherweise Ataxie und progressive Demenz, die im Alter zwischen 50 und 60 Jahren eintritt. Die Erkrankung kann einige Jahre lang andauern bis die Patienten schließlich sterben. Die letale familiäre Demenz verursacht die Degeneration einer Gehirnregion namens Thalamus, welche zum Teil für die Schlafsteuerung zuständig ist. Die Degeneration verursacht eine progressive Insomnie und führt schließlich zur totalen Schlafunfähigkeit. Andere Symptome können schwache Reflexe, Demenz, Halluzinationen und schlussendlich Koma sein. Die Erkrankung kann 7 bis 13 Monate nach Eintreten der Symptome tödlich sein, kann aber auch länger andauern. Die familiäre Britische Demenz und die familiäre Dänische Demenz konnten mit zwei verschiedenen Gendefekten bei einem Gen auf Chromosom 13 in Verbindung gebracht werden. Die Symptome beider Erkrankungen umfassen progressive Demenz, Lähmung und Gleichgewichtsverlust.

Sekundäre Demenzen

Demenz kann auch bei Patienten vorkommen, die an anderen Erkrankungen leiden, welche primär die Bewegung oder andere Funktionen betreffen. Solche Fälle nennt man häufig sekundäre Demenzen. Die Beziehung zwischen diesen Erkrankungen und den primären Demenzen ist nicht immer ganz klar. Zum Beispiel entwickeln Patienten mit weit fortgeschrittener Parkinson-Krankheit, die primär eine Bewegungsstörung ist, manchmal Demenz-Symptome. Bei manchen Parkinson Patienten sind auch amyloide Plaques und neurofibrilläre Tangles vorhanden, wie sie bei der Alzheimer Krankheit vorkommen. Diese beiden Krankheiten könnten auf eine noch unbekannte Art und Weise zueinander in Verbindung stehen, oder einfach bei manchen Menschen nebeneinander bestehen. Bei der Autopsie werden bei Menschen mit Parkinson und damit verbundener Demenz manchmal auch Anzeichen einer Lewy Körperchen Krankheit oder progressiver supranukleärer Lähmung gefunden, was darauf hinweist, dass diese Krankhei-

ten ebenfalls mit Parkinson zusammenhängen oder dass Parkinson manchmal fehldiagnostiziert wird.

Andere Erkrankungen, die Demenz-Symptome mit sich bringen können, umfassen Multiple Sklerose, präsenile Demenz mit Motoneuronerkrankung, auch ALS Demenz genannt, olivopontozerebelläre Atrophie (OPCA), Morbus Wilson und Normaldruckhydrozephalus (NPH).

Demenz bei Kindern

Auch wenn sie gewöhnlicher Weise bei Erwachsenen auftritt, kann Demenz auch bei Kindern vorkommen. Zum Beispiel können Infektionen und Vergiftungen bei Menschen jeden Alters zu Demenz führen. Zusätzlich dazu können manche Krankheiten, die nur auf Kinder beschränkt sind, Demenz verursachen.

Die **Morbus Niemann-Pick** ist eine Gruppe von Erbkrankheiten, die den Stoffwechsel beeinträchtigen und durch bestimmte genetische Mutationen verursacht werden. Niemann-Pick Patienten können Cholesterin und andere Lipide nicht richtig umwandeln. Dadurch sammeln sich überschüssige Cholesterinmengen in der Leber und der Milz sowie überschüssige andere Lipide im Gehirn an. Symptome können Demenz, Verwirrtheit, Lernschwierigkeiten und Gedächtnisprobleme sein. Diese Krankheiten beginnen üblicherweise bei jungen Kindern im Schulalter, können aber auch bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ausbrechen.

Die **Neuronale Ceroid-Lipofuszinose** ist eine tödliche vererbliche Erkrankung des Nervensystems, die in der Kindheit ausbricht. Die Symptome stehen in Verbindung zu einer Ansammlung von Substanzen im Gewebe des Körpers die Lipopigmente genannt werden. Frühe Symptome umfassen Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, Lernschwierigkeiten, Unbeholfenheit oder Stolpern. Mit der Zeit erleiden die betroffenen Kinder mentale Beeinträchtigungen, epileptische Anfälle und fortschreitenden Verlust des Sehvermögens und der motorischen Fähigkeiten. Schließlich entwickeln Kinder, die an dieser Erkrankung leiden, Demenz und werden blind und bettlägerig. Bis zu den späten Teenager-Jahren oder in den 20ern führt die Krankheit meist zum Tod.

Die **Lafora Krankheit** ist eine seltene genetische Erkrankung, die epileptische Anfälle, rasch fortschreitende Demenz und Bewegungsprobleme verursacht. Diese Probleme beginnen meist im späten Kindesalter oder den frühen Teenager-Jahren. Im Gehirn, in der Haut, der Leber und den Muskeln von Kindern, die an der Lafora Krankheit leiden, befinden sich mikroskopische Strukturen, die Lafora Körperchen genannt

werden. Meistens sterben die betroffenen Kinder innerhalb von zwei bis zehn Jahren nachdem sich die ersten Symptome bemerkbar machen.

Zahlreiche andere Erkrankungen, die in der Kindheit beginnen, können Demenz-Symptome mit sich bringen. Darunter fallen mitochondriale Myopathien, Rasmussen-Enzephalitis, Mucopolysaccharidose Typ III (Sanfilippo Syndrom), Neurodegeneration mit Eisenablagerung im Gehirn und Leukodystrophien wie z.B. Morbus Alexander, Schilder-Krankheit und metachromatische Leukodystrophie.

Welche Zustände sind keine Demenzen?

Altersbedingter Rückgang der kognitiven Fähigkeiten. Mit zunehmendem Alter erleben Menschen häufig eine langsamere Verarbeitung von Informationen und leichte Gedächtnisschwäche. Zusätzlich dazu nehmen ihre Gehirne häufig an Volumen ab und manche Nervenzellen und Neuronen gehen verloren. Diese Veränderungen, die altersbedingter Rückgang von kognitiven Fähigkeiten genannt werden, sind normal und werden nicht als Anzeichen einer Demenz angesehen.

Leichte kognitive Störung. Manche Menschen entwickeln Gedächtnisschwäche und kognitive Probleme, welche nicht schwer genug sind, um als Demenz diagnostiziert zu werden, aber stärker ausgeprägt sind als die kognitiven Veränderungen, die mit normalem Altern assoziiert werden. Diesen Zustand nennt man leichte kognitive Störung. Obwohl viele Patienten, die unter dieser Störung leiden, später eine Demenz entwickeln, tun dies manche auch nicht. Viele Forscher untersuchen die leichte kognitive Störung, um Behandlungsmöglichkeiten zu finden oder herauszufinden, wie verhindert werden kann, dass die Störung sich zur Demenz weiterentwickelt.

Depression. An Depression leidende Menschen sind häufig passiv oder teilnahmslos und können langsam, verwirrt oder vergesslich erscheinen. Andere emotionale Probleme können ebenfalls Symptome verursachen, die manchmal jenen der Demenz sehr ähnlich sind.

Delirium (oder Delir). Delirium kennzeichnet sich durch Verwirrtheit und sich schnell verändernde seelische Zustände. Die Person kann auch desorientiert, schläfrig und inkohärent sein und Persönlichkeitsveränderungen an den Tag legen. Delirium wird üblicherweise durch eine behandelbare physische oder psychische Krankheit wie Vergiftung oder Infektion verursacht. An Delirium leidende Patienten erholen sich häufig, wenn auch nicht immer, vollständig nachdem die zugrunde liegende Erkrankung behandelt wurde.

Was verursacht Demenz?

Alle Formen von Demenz sind ein Ergebnis des Absterbens von Nervenzellen bzw. eines Kommunikationsverlustes zwischen diesen Zellen. Das menschliche Gehirn ist eine sehr komplexe und verworrene Maschine und es gibt viele Faktoren, die deren Funktion beeinträchtigen können. Forscher haben viele dieser Faktoren bereits enthüllt, aber sie haben es noch nicht geschafft, die Puzzleteile zusammenzufügen um ein Gesamtbild darüber zu erhalten, wie Demenzen entstehen.

Viele Formen der Demenz, einschließlich AK, Lewy Körperchen Demenz, Parkinson Demenz und der Pick Krankheit, sind durch anormale Einlagerungen im Gehirn gekennzeichnet. Weil dieser Einlagerungen, die abnorme Proteine enthalten, so häufig bei Menschen mit Demenz vorkommen, vermuten Forscher, dass sie eine Rolle bei der Entstehung der Symptome spielen. Diese Rolle ist jedoch nicht bekannt und in manchen Fällen können diese Einlagerungen einfach eine Nebenerscheinung des Krankheitsverlaufs, der zu Demenz führt, sein.

Gene spielen eindeutig eine Rolle bei der Entstehung von manchen Demenzformen. Jedoch kann die Demenz bei AK und vielen anderen Erkrankungen normalerweise nicht mit einem einzigen Gen in Verbindung gebracht werden. Stattdessen scheinen diese Formen der Demenz aus einem komplexen Zusammenspiel von Genen, Lebensführungsweise und anderen Umwelteinflüssen zu resultieren.

Forscher haben eine Reihe von Genen identifiziert, welche die Anfälligkeit für AK beeinflussen. Mutationen in Dreien von den bekannten Genen für AK – Gene, die die Produktion von Proteinen wie vom amyloiden Vorläuferprotein (APP), Presinilin 1 und Presinilin 2 – stehen in Verbindung zu den Krankheitsformen mit frühzeitigem Eintritt.

Variationen eines anderen Gens namens Apolipoprotein E (ApoE) wurden mit einem erhöhten Risiko vom später eintretenden AK in Verbindung gebracht. Das ApoE Gen verursacht die Krankheit nicht selbst, sondern scheint es so zu sein, dass eine Version des Gens, namens ApoE epsilon4 (ApoE E4), das Risiko von AK erhöht. Bei Menschen mit zwei Kopien des ApoE E4 Gens besteht ein zehnfach höheres Risiko, AK zu bekommen, verglichen mit Menschen ohne ApoE E4. Diese Genvariante scheint amyloide Ablagerungen im Gehirn zu fördern. Eine Studie fand außerdem heraus, dass dieses Gen mit der kürzeren Überlebenszeit von Männern mit AK in Verbindung gebracht wird. Im Gegensatz dazu, scheint eine andere Version des ApoE Gens, nämlich ApoE E2, gegen AK zu schützen.

Studien deuten darauf hin, dass Mutationen in einem anderen Gen namens CYP46 zu einem erhöhten Risiko von spät eintretender vereinzelter AK beitragen könnten. Dieses Gen stellt normalerweise ein Protein her, welches das Gehirn beim umwandeln von Cholesterin unterstützt.

Forscher versuchen herauszufinden, wie Beta Amyloid die Entstehung von AK beeinflusst. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die Ansammlung dieses Proteins eine komplexe Folge von Ereignissen auslöst, welche in Demenz enden. Eine Studie ergab, dass die Ansammlung von Beta Amyloid im Gehirn Zellen namens Mikroglia, welche sich wie Wächter verhalten, die potenziell schädliche Substanzen im Gehirn aufnehmen, dazu verleitet, ein starkes Neurotoxin namens Peroxynitrit freizugeben. Dies kann zum Nervenzelltod bei Alzheimer führen. Eine andere Studie fand heraus, dass Beta Amyloid bei einem Protein namens p35 bewirkt, dass es in zwei Proteine gespalten wird. Eines dieser entstandenen Proteine löst Veränderungen im Tau-Protein aus, die zur Bildung von neurofibrillären Tangles führen. Eine dritte Studie ergab, dass Beta Amyloid Enzyme der Apoptose (des programmierten Zelltods) aktiviert, welche das Tau-Protein so verändern, dass es beginnt, Tangles zu bilden. Forscher sind der Ansicht, dass diese Tangles zum Absterben von Neuronen bei AK beitragen könnten.

Vaskuläre Demenz kann durch zerebrovaskuläre Erkrankungen oder jeden anderen Zustand ausgelöst werden, der die normale Blutzufuhr zum Gehirn verhindert. Ohne die normale Blutzufuhr erhalten die Gehirnzellen kein Sauerstoff, welches sie benötigen, um richtig arbeiten zu können, und sind dadurch oft so unterversorgt, dass sie absterben.

Die Ursachen von anderen Demenztypen sind unterschiedlich. Manche, wie CJK und GSSS, konnten mit abnormen Formen von bestimmten Proteinen in Verbindung gebracht werden. Andere, einschließlich der Chorea Huntington und FTDP-17, wurden mit Defekten in einem einzelnen Gen in Verbindung gebracht. Posttraumatische Demenz steht direkt mit dem Absterben von Gehirnzellen nach Verletzungen in Verbindung. HIV-assoziierte Demenz steht eindeutig mit der Infektion mit dem HI-Virus in Verbindung, obwohl die genaue Art und Weise, wie der Virus den Schaden anrichtet, noch nicht sicher erforscht ist. Für andere Demenzen wie z.B. kortikobasale Degeneration und die meisten Typen der frontotemporalen Demenz konnten die zugrunde liegenden Ursachen noch nicht identifiziert werden.

6.4 Terminologieliste

6.4.1 Einleitung

Im Folgenden sollen – für die bessere Nachvollziehbarkeit der Übersetzung – in einer Terminologieliste alle relevanten Termini angeführt werden, wie sie im Zuge der Übersetzung angewandt wurden. Ein genaueres Glossar mit Definitionen etc. würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher werden hier nur die Termini aufgelistet. Die Quellen für die verschiedenen Ausdrücke sind im Literaturverzeichnis unter dem Punkt *Nebenliteratur* zu finden und werden in der Tabelle selber nicht angeführt. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass für die meisten Begriffe kaum Wörterbücher verwendet wurden, sondern durch genaue Lektüre von Paralleltexten die Termini der deutschen Sprache verinnerlicht und danach angewandt wurden. Außerdem soll die Liste in der vorliegenden Arbeit nur als Unterstützung und für die bessere Nachvollziehbarkeit dienen. Für die Herstellung von Terminologiedatenbanken empfiehlt es sich jedoch auf jeden Fall, zu jedem Begriff eine Definition und eine Quelle anzuführen. Für spätere Aufträge muss man sich dann nicht mehr sehr lange einlesen, da man auf einen Blick sowohl die passende Übersetzung, als auch eine Information auf sachlicher Ebene erhält.

Sehr hilfreich ist in diesem Feld auch die Zusammenarbeit mit mehreren Kollegen und Kolleginnen – durch die Erstellung gemeinsamer Datenbanken wird ein großes Wissensumfeld abgedeckt und die Arbeit erleichtert. Egal auf welche Art und Weise sie produziert werden – für die Arbeit eines/einer professionellen Fachübersetzers/Fachübersetzerin sind Terminologiedatenbanken ein unverzichtbares Arbeitstool. Heutzutage gibt es ein sehr großes Angebot an unterschiedlichster Software, welche die Erstellung solcher Datenbanken immens erleichtert und somit die Arbeit des Übersetzers bzw. der Übersetzerin effizienter gestaltet¹¹.

Die folgende Terminologieliste umfasst die der Verfasserin als wichtig bzw. interessant erscheinenden Termini und Begriffe, die im übersetzten Text vorkommen und mithilfe der Paralleltexte bzw. nach dem eigenen Wissen übersetzt wurden. Die Liste wurde bereits im Zuge der Lektüre der Paralleltexte erstellt, sodass die Arbeitszeit durch die parallel ablaufenden Prozesse erheblich verkürzt werden konnte. Die Liste soll den Leser/die Leserin beim Verstehen der Übersetzung unterstützen und dient nicht als eigenständiges Glossar.

¹¹ Für weiterführende Literatur zum Thema Terminologiemanagement siehe z.B. Arntz, Reiner. 2004. *Einführung in die Terminologiewerkarbeit*. Hildesheim: Olms. Zum Thema Wissensmanagement siehe Budin, Gerhard. 1996. *Wissensorganisation und Terminologie – Komplexität und Dynamik wissenschaftlicher Informations- und Kommunikationsprozesse*. Tübingen: Narr.

6.4.2 Terminologieliste

Englisch	Deutsch
abnormal proteins	abnorme Proteine
abnormality	Anomalie
abstract thinking	abstraktes Denken
accumulate	sich anhäufen, ablagern, ansammeln
adverse reaction	Nebenwirkung
affect	beeinflussen, beeinträchtigen, schädigen
age related cognitive decline	altersbedingter Rückgang der kognitiven Fähigkeiten
agitated	aufgeregt, unruhig, verstört
agitation	Aufregung, Ruhelosigkeit
Alexander disease	Alexander Krankheit (Morbus Alexander)
alpha-synuclein	Alpha-Synuclein / α -Synuclein
ALS dementia	Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) Demenz
Alzheimer's disease	Alzheimer Krankheit
amyloid angiopathy	Amyloidangiopathie
amyloid deposition	amyloide Ablagerung
amyloid plaques	amyloide Plaques
amyloid precursor protein (APP)	Amyloid-Precursor-Protein (APP), Amyloid-Vorläuferprotein
amyloid protein	Amyloidprotein
anxiety	Beunruhigung, Angstgefühl, Beklemmung
aphasia	Aphasie
apoE epsilon4 (apoE E4)	ApoE epsilon 4
apolipoprotein E (apoE)	Apolipoprotein E (ApoE)
apraxia	Apraxie
arteritis	Arteriitis
aspiration pneumonia	Aspirationspneumonie
associated dementia	damit verbundene Demenz
ataxia	Ataxie
autoimmune disease	Autoimmunkrankheit, Autoimmunopathie

ballooned	aufgeblasen, balloniert
Batten disease	Neuronale Ceroid-Lipofuszinose, Vogt-Spielmeyer-Stock-Krankheit
bedridden	bettlägerig
beta amyloid	Beta-Amyloid
Binswanger's disease	Morbus Binswanger, Binswanger-Demenz
blood abnormality	Blutanomalie
blood clot	Blutgerinnsel
blood vessel system	Blutgefäßsystem
bovine spongiform encephalopathy (BSE)	bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE)
bowel and bladder control (loss of)	Kontrolle über Darm und Blase, Inkontinenz
Boxer's syndrome	Boxer-Syndrom
brain damage	Hirnschaden
brain disorder	Gehirnleistungsstörung
brain function	Hirnfunktion
brain hemorrhage	Hirnblutung
brain iron accumulation	Eisenablagerung im Gehirn
brain lesions	Hirnverletzung
brain structure	Hirnstruktur
brain's cortex	Cortex cerebri, Hirnrinde
British dementia	(familiäre) britische Demenz
buildup	Anhäufung, Ansammlung
CADASIL	CADASIL (zerebral autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie)
cardiovascular	kardiovaskulär
caspases	Caspasen
casual contact	beiläufiger, gelegentlicher, zufälliger Kontakt
cell-death enzyme	Enzyme der Apoptose (des programmierten Zelltods)
cerebrovascular	zerebrovaskulär
chain of events	Folge von Ereignissen

changes in ability	Veränderungen der Leistungsfähigkeit
changes in emotions	Veränderungen der Emotionen
childhood-onset	beginnen im Kindesalter
cholinesterase inhibitors	Cholinesteraseinhibitoren
chorea	Chorea (Veitstanz, obs.)
chromosome 19	Chromosom 19
chronic traumatic encephalopathy	chronisch traumatische Enzephalopathie
classification scheme	Klassifikationssystem
clozapine	Clozapin
clumps of protein	Eiweißverklumpungen
clumsiness	Unbeholfenheit, Ungeschicklichkeit, Schwerfälligkeit
coexist	koexistieren, nebeneinander bestehen
cognitive abilities	kognitive Fähigkeiten
cognitive decline	kognitiver Verfall
cognitive impairment	kognitive Störung
cognitive skills	kognitive Fähigkeiten
communication between nerve cells	Kommunikation zw. den Nervenzellen
compulsive	zwanghaft
confusion	Verwirrtheit
connection with other neurons	Verbindungen zu anderen Neuronen
copy of a gene	Kopie eines Gens
cortical dementia	kortikale Demenz
Corticobasal degeneration (CBD)	kortikobasale (corticobasale) Degeneration (CBD)
Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)	Creutzfeldt-Jakob Krankheit (CJK)
culminate	gipfeln, enden
CYP46	Cyp46 Gen
Danish dementia	(familiäre) dänische Demenz
decline	verfallen
generation	Degenration, Verfall
Delirium	Delirium, Delir
delusions	Wahnvorstellungen
dementia	Demenz
Dementia pugilistica	Dementia Pugilistica

dementing disorders	Demenzkrankheiten, demenzielle Erkrankungen
deprived (become d.)	oft werden sie so unterversorgt, dass sie absterben
disease of the large blood vessels in the neck	Erkrankung der großen Halsschlagadern
disease processes	Krankheitsverlauf
diseased brain tissue	krankes Hirngewebe
disintegrate	zerfallen, sich auflösen
disorder	Funktionsstörung
disordered cognition	gestörte Wahrnehmung
disrupt	stören, unterbrechen, zerstören
drowsy	schläfrig
dysphagia	Dysphagie(Schluckstörung)
early-onset forms of a disease	Krankheitsformen mit frühzeitigem Eintritt
emotional responsiveness	emotionale Empfindlichkeit
endocarditis	Endokarditis, Herzinnenhautentzündung
estimate	abschätzen, beurteilen
experience	durchmachen, erleben, mitmachen
exposure	Ausgesetztsein, Exposition
familial	familiär
familiar	gewohnt, vertraut
family history	Familienanamnese
fatal familial insomnia	letale familiäre Insomnie
faulty gene	defektes Gen
feature	besonderes Merkmal, Charakteristikum
filled with holes	durchlöchert
flexed posture	gebeugte Haltung
focal symptoms	fokale Symptome
frontal and temporal lobes of the brain	Frontal- und Temporallappen des Gehirns
frontal lobe dementia	Frontallappen-Demenz
frontotemporal dementia (FTD)	Frontotemporale Demenz (FTD)

frontotemporal dementia with parkinsonism linked to chromosome 17 (FTDP-17)	Frontotemporale Demenz mit Parkinson Syndrom mit Kopplung zu Chromosom 17 (FTDP-17)
gait disturbances	Gehstörungen
genetic disease	Erbkrankheit
genetic factor of a disease	Erbfaktor einer Krankheit
Gerstmann-Straussler-Scheinker disease (GSS)	Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSSS)
global symptoms	globale Symptome
gradual	allmählich, schrittweise, sukzessiv
gradual decline	allmählicher Verfall
hallmark	Kennzeichen
halting	stockend
head trauma	Schädel-Hirn-Trauma
heart arrhythmia	Herzarrhythmie, Herzrhythmusstörung
heart valve	Herzklappe
helical filaments	spiralförmige Fasern
hemisphere	Gehirnhälfte, Hemisphäre
hemorrhagic stroke	hämorrhagischer Infarkt
hereditary disorder	genetische Erkrankung, Erbkrankheit, vererbte Erkr.
hesitant	zögernd, zögerlich
hippocampus	Hippokampus
HIV-associated dementia (HAD)	HIV-Demenz
human immunodeficiency virus	Humanes Immundefizienz-Virus
huntingtin	Huntingtin
Huntington's disease (HD)	Chorea major Huntington, Chorea Huntington (HD)
hypotension	Hypotonie
impair	beeinträchtigen, schädigen, beeinflussen
inability to sleep	Unfähigkeit zu schlafen
incidence	Häufigkeit, Auftreten, Vorkommen, Inzidenz
inclusion	Einlagerung
incoherent	inkohärent

infarct (damaged area)	Infarkt
infection of the blood	Blutinfektion
information processing	Verarbeitung von Informationen
inner layers of the brain	innere Gehirnschichten
intellectual functioning	intellektuelle Fähigkeiten
interaction of genes	Interaktion von Genen
interfere with	beeinträchtigen, stören
intricate	verworren
irrational fears	irrationale Ängste
irritability	Reizbarkeit
isolated areas of the brain	vereinzelte Gehirnregionen
janitor	Wächter
jerky	ruckartig
judgment	Urteilsvermögen
lack of facial expression	fehlende/starre Mimik
Lafora bodies	Laforakörperchen
Lafora body disease	Lafora Krankheit
lapse	Wegfall, Erlöschen, Entgleisung, Ausfall
lesion	Läsion
leukodystrophy	Leukodystrophie
Lewy bodies	Lewy Körperchen
Lewy body dementia (LBD)	Lewy-Körperchen-Demenz (DLB)
lifestyle factors	Lebensweise
lipid	Lipid
lipopigments	Lipopigmente
local symptoms	lokale Symptome
long-term memory problems	Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses
loss of balance	Gleichgewichtsverlust
loss of consciousness	Bewusstseinsverlust
loss of sight	Erblindung, Sehverlust
lupus erythematosus	Lupus erythematoses
mad cow disease	Rinderwahn
memory impairments	Gedächtnisschwäche
memory loss	Gedächtnisverlust, Amnesie

memory problems	Gedächtnisstörungen
mental function	mentale/geistige Funktionen
mental state	Seelenzustand
metabolize	metabolisieren, umwandeln, verstoffwechseln
metachromatic leukodystrophy	metachromatische Leukodystrophie
microglia	Mikroglia(zellen)
microtubules	Mikrotubuli
mid-brain regions	Mittelhirn-Regionen
migraine with aura	Migräne mit Aura
mild cognitive impairment	leichte kognitive Störung
mild memory impairment	leichte Gedächtnisschwäche
mimic	imitieren, nachahmen
misdiagnose	fehldiagnostizieren
mitochondrial myopathy	mitochondriale Myopathie
mood changes	Stimmungsänderungen, wechselnde Laune
mop up	vernichten, schlucken, aufnehmen
more pronounced	stärker ausgeprägt
motor function	Motorik
motor neuron disease	Motoneuronerkrankung
movement disorder	Bewegungsstörung
mucopolysaccharidosis III	Mucopolysaccharidose Typ III
multi-infarct dementia (MID)	Multiinfarktdemenz (MID)
multiple sclerosis	Multiple Sklerose
muscle weakness	Muskelschwäche
muscular jerks	Muskelzuckungen
myelin	Myelin
myoclonus	Myoklonie
nerve cell loss	Verlust von Nervenzellen
nerve fibers	Nervenfasern
nervous system tissue	Gewebe des Nervensystems
neurodegeneration with brain iron accumulation	Neurodegeneration mit Eisenablagerung im Gehirn
neurofibrillary tangles	neurofibrilläre Faserbündel/Tangles

neuroleptic drugs	Neuroleptika
Niemann-Pick disease	Morbus Niemann-Pick
normal pressure hydrocephalus (NPH)	Normaldruckhydrozephalus (NPH)
Notch3	Noch3-Gen
olanzapine	Olanzapin
olivopontocerebellar atrophy (OPCA)	olivopontozerebelläre Atrophie (OPCA)
onset	Beginn, Ausbruch
organic brain syndrome	organisches Hirnsyndrom
outdated	überholt, veraltet
outer layer	äußere Schicht
overlap	überlappen, überschneiden
p35	Protein p35
paralysis	Paralyse, Lähmung
Parkinson's disease	Parkinson-Krankheit
pay off (to)	sich auszahlen
perception	Wahrnehmung(svermögen)
peroxynitrite	Peroxynitrit
phase of a disease	Krankheitsstadium
physical disorders (not psychiatric)	physische Funktionsstörungen (nicht psychiatrischen Ursprungs)
Pick's disease	Pick-Krankheit
Pick bodies	Pick-Körperchen
plaques	Plaques, Klumpen
pneumonia	Pneumonie
poor coordination	mangelhafte Koordination
poor reflexes	mangelhafte/schwache Reflexe
post-traumatic dementia	posttraumatische Demenz
potent neurotoxin	starkes Neurotoxin
presenile dementia	präsenile Demenz
presenilin 1 and 2	Präsenilin 1 und 2
prevalence	Verbreitung, Prävalenz
primary dementia	primäre Demez
primary progressive aphasia	primär progressive Aphasie
prion	Prion
progressive	fortschreitend, progressiv

progressive dementia	progressive Demenz
progressive supranuclear palsy	progressive supranukleäre Lähmung
psychiatric illness	psychiatrische Erkrankung
psychotic behavior	psychotisches Verhalten
pulmonary embolism	Pulmonalembolie
purposeful	zielgerichtet, gezielt
Rasmussen's encephalitis	Rasmussen-Enzephalitis, Rasmussen Syndrom
recovery	Genesung
reasoning	logisches Denken
repetitive behavior	repetitive Verhaltensmuster
rigidity	Steifheit
Sanfilippo syndrome	Sanfilippo-Syndrom
Schilder's disease	Schilder-Krankheit
secondary dementia	sekundäre Demenz
seizure	(epileptischer) Anfall
senile dementia	senile Demenz
senility	Altersschwäche, Senilität
sepsis	Sepsis, Blutvergiftung
severe dementia	schwere Demenz
short-tempered	reizbar
shuffling gait	schlurfender Gang
side effect	Nebenerscheinung, Nebenwirkung
single-infarct dementia	Einzelinfarkt-Demenz
slurred speech	undeutliches Sprechen
social conventions	soziale/gesellschaftliche Konventionen
social withdrawal	sozialer Rückzug
spinal cord	Rückenmark
spleen	Milz
sporadically	vereinzelt
stiffness	Steifheit, Muskelstarre?
stroke	Hirnschlag, Schlag, Iktus, Schlaganfall
structural support of a cell	Zytoskelett
stumbling	Stolpern
subcortical dementia	subkortikale Demenz

substantia nigra	Substantia nigra
susceptibility	Anfälligkeit für
suspect	vermuten
synucleinopathy	Synucleinopathie / Synukleinopathie
tangled fibers	verfilzte Faserbündel
tangles	Faserbündel
tau	Tau(-Protein)
teen years or early adulthood	bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen
temporal arteriitis	Arteriitis temporalis, Morbus Horton
temporal lobe	Temporallappen
thalamus	Thalamus
to balance a checkbook	Buch führen
to be admitted to a hospital	in ein Krankenhaus eingewiesen werden
to diagnose so. with	etw. Bei jmd. feststellen
transmissible spongiform encephalopathies (TSEs)	transmissible spongiforme Enzephalopathie (TSE)
trigger (verb)	abrufen, veranlassen
twisted filaments	gewundene Fasern
uncover	enthüllen, aufdecken
unique to	auf etw. beschränkt
unresponsive	teilnahmslos
U.S. Congress Office of Technology Assessment	US Congress Office of Technology Assessment bzw. Büro für Technikfolgenabschätzung des US Kongresses
variant CJD	Variante der Creutzfeld-Jakob Krankheit (vCJK)
vascular dementia	vaskuläre Demenz
vascular disease	Angiopathie, Gefäßerkrankung
vasculitis	Vaskulitis
visual hallucinations	visuelle Halluzinationen
wander at night	Schlafwandeln
white matter	weiße Substanz
Wilson's disease	Morbus Wilson, Wilson'sche Krankheit

7 Conclusio

Wie bereits erläutert, handelt es sich beim vorliegenden Text um einen informativen Artikel, der interessierte Personen über die verschiedenen Formen der Demenz aufklären soll. Da der Stil eher einfach gehalten ist und es sich außerdem um keinen Text aus der medizinischen Praxis handelt, der sich direkt auf die Behandlung eines/r Patienten/in auswirken könnte, ist er hervorragend als Einstieg in das medizinische Fachübersetzen geeignet. Als ÜbersetzerIn lernt man sehr viel über die Materie und ist mit einer hohen Anzahl an medizinischen Fachbegriffen konfrontiert, läuft aber nicht Gefahr, durch eine fehlerhafte/missverständliche Übersetzung Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen zu haben. Dennoch sollte man sich auf keinen Fall zurücklehnen oder gar gleichgültig werden, sondern sollte - ganz im Gegenteil - alles daransetzen, eine stilistisch, lexikalisch, semantisch sowie technisch einwandfreie Arbeit zu produzieren. Schließlich wirkt sich die Qualität jeder einzelnen Übersetzung auf eventuelle zukünftige Aufträge aus – sei es vom gleichen Auftraggeber, einem seiner Bekannten oder eines Dritten.

Im Großen und Ganzen sei also festgehalten, dass eine Übersetzung aus vielen einzelnen Vorgängen besteht und erst dann vollständig und qualitativ hochwertig genannt werden darf, wenn jeder einzelne Vorgang korrekt und mit bestem Wissen und Gewissen ausgeführt wurde. Als Übersetzer bzw. Übersetzerin haftet man für die eigene Arbeit, dessen sollte man sich stets bewusst sein. Außerdem ist Spaß an der Arbeit ein ebenfalls nicht zu vernachlässigendes Kriterium – wenn man mit Elan und Freude an die Arbeit geht, wird sie einem erstens leichter fallen, zweitens macht man sich selbst das Leben leichter und drittens wirkt sich das natürlich auch auf das Produkt selbst aus.

Um eine gute Arbeit abzuliefern, benötigt man neben dem – für alle selbstverständlichen – übersetzerischen Fachwissen und ausgezeichneten Sprachkenntnissen ein gewisses Maß an Motivation, Verantwortungsbewusstsein, Einfühlungsvermögen und ausreichend medizinische Kenntnisse. Das fachliche Wissen kann man sich aneignen – mit etwas Ehrgeiz ist dies ohne weiteres zu schaffen und Anreize dafür sind auch in der vorliegenden Arbeit zu finden. Motivation, das notwendige sprachliche Talent und andere geistige Anforderungen müssen jedoch von vornherein in der Person verankert sein – so etwas kann man nicht lernen. Ohne diese Fähigkeiten ist man als Übersetzer bzw. Übersetzerin aber fehl am Platz – eine Übersetzung kann fachlich noch so richtig sein: wenn das sprachliche Feingefühl fehlt, wenn bestimmte Nuancen nicht richtig übertragen werden, wenn die Zielkultur den Zieltext nicht oder nicht richtig versteht, dann hat die Übersetzung ihr Ziel verfehlt und kann somit als unbrauchbar angesehen werden.

Diese Werte sollten – neben der in der vorliegenden Arbeit präsentierten Theorie – im Zuge eines Master-Lehrgangs für medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen unbedingt weitergegeben werden.

Medizinische ÜbersetzerInnen werden immer gefragt sein und jene mit wirklich guten Kenntnissen und ausreichenden Fähigkeiten werden auch ausreichend Arbeit haben, vor allem wenn die Bedeutung der professionellen medizinischen Übersetzung an Ansehen gewinnen kann und die Ausbildung für medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen eingeführt wird. Allerdings gilt auch hier – so wie in allen anderen Gebieten des Fachübersetzens: nur wenn man alle Erwartungen erfüllt oder, noch besser, diese übertrifft, wird man in diesem Gebiet bestehen bleiben und nicht vom Markt verdrängt werden. Wie man dabei genau vorgeht, bleibt jedem selbst überlassen. Denn neben all den erwähnten Kenntnissen und Fähigkeiten sollte jede/r ÜbersetzerIn seinem bzw. ihrem Stil immer treu bleiben, um nicht in der Masse unterzugehen.

In der vorliegenden Arbeit wurde zu Anfang die Frage nach der optimalen Vorgehensweise bei der Übersetzung eines medizinischen Fachtextes gestellt und im Zuge der Ausarbeitung der Theorie wurden auch einige Möglichkeiten geliefert: zunächst wurde die Vorgehensweise der Verfasserin erläutert und danach die von Montalt Resurrecció und Gonzáles Davies vorgeschlagene Schritt-für-Schritt Anleitung präsentiert. Im Zuge der Ausarbeitung des Fallbeispiels wurde die Vorgehensweise noch einmal gefestigt, adaptiert und präsentiert. Abschließend kann man sagen, dass es keine offizielle *optimale* Vorgehensweise gibt. Diese hängt zum Teil vom Übersetzer bzw. von der Übersetzerin ab und zum anderen Teil auch vom jeweiligen Text und der Übersetzungssituation: unter Zeitdruck werden manche Schritte ausgelassen werden müssen, je nach Verwendungszweck des Textes und je nach Art und Weise der Veröffentlichung muss gegebenenfalls auch das Layout und die gesamte Formatierung vom Übersetzer bzw. von der Übersetzerin übernommen werden. Im Wesentlichen wurde bei der Vorgehensweise im vorliegenden Fallbeispiel schließlich eine Mischung aus der Anleitung von Montalt Resurrecció und Gonzáles Davies (2007: 23ff) und der gewohnten Vorgehensweise der Verfasserin gewählt. So wurden alle notwendigen Schritte ausgeführt und eine Übersetzung produziert, welche in ihrem präsentierten Zustand bereits veröffentlicht werden könnte – es wurde auch Rücksicht auf die Formatierung genommen, sodass das gesamte Erscheinungsbild eine Einheit bildet. Da der Zieltext in der hier präsentierten fiktiven Auftragsstellung auf einer Website präsentiert werden soll, wäre dies nicht nötig gewesen, sollte aber für die vorliegende Arbeit dennoch durchgeführt werden, um auch diesen Schritt einzuschließen. Die Formatierungsarbeit war dabei nicht besonders aufwändig – das Format des Ausgangstextes wurde übernommen, da es bereits sehr

übersichtlich und klar gegliedert war und daher keiner besonderen Umgestaltung bedurfte.

Zusammenfassend wurden in der vorliegenden Arbeit elf Schritte ermittelt, welche ein Übersetzungsprojekt umfassen kann, jedoch nicht muss. Diese sind:

1. Bedürfnisse bzw. Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin analysieren und das Projekt planen – dies erfolgte im Zuge der Analyse
2. Text lesen und gründlich verstehen
3. Recherchearbeit: alle Unklarheiten beseitigen
4. Erstellung eines Glossars im Zuge der Recherchearbeit
5. Erstellung eines Übersetzungsentwurfs, der bereits so gut wie möglich ausgearbeitet ist
6. Überarbeitung des Übersetzungsentwurfs, im Idealfall ein paar Tage nach der Übersetzungsarbeit. Wie bereits ausgeführt fallen eventuelle schwache Ausdrücke und umständlich gebildeten Begriffe/Sätze eher auf, wenn man etwas Abstand zum Text gewinnen konnte.
7. Korrekturlesen: idealerweise sollte die Übersetzung nicht nur vom Übersetzer/von der Übersetzerin selbst, sondern auch von anderen Kollegen/Kolleginnen korrekturgelesen werden. Im vorliegenden Fall wurde dies von zwei Studienkolleginnen übernommen.
8. Besprechung der Übersetzung mit dem Auftraggeber/der Auftraggeberin: im Vorliegenden Fall war dies nicht möglich, eine Besprechung erfolgte dennoch mit den Kolleginnen
9. Formatierung des Textes
10. Fahnenkorrektur – falls der Text gedruckt und veröffentlicht werden soll. Im vorliegenden Fallbeispiel war dies nicht der Fall.
11. Abgabe der fertigen Übersetzung – in diesem Fall: Präsentation der fertigen Übersetzung in der vorliegenden Arbeit – und Nachbearbeitung (Terminologiedatenbank erstellen, für zukünftige Aufträge speichern etc.)

Wenn man sich an diese Schritte hält und gleichzeitig die bereits erläuterten Fähigkeiten und Kenntnisse hinsichtlich der Erstellung von Fachtexten und der Übersetzung derselben, sowie hinsichtlich der medizinischen Fachsprache und der kulturellen Aspekte mitbringt, hat man die besten Voraussetzungen für die Produktion einer Übersetzung geschaffen, welche die Erwartungen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin und den vorgesehenen Zweck beim Zielpublikum erfüllt. Damit wird die erfolgreiche Kommunikation und Verbreitung von Wissen im medizinischen Fachbereich sichergestellt und ein Beitrag zum professionellen internationalen Austausch in der Wis-

senschaft geleistet. Anhand der in der vorliegenden Arbeit präsentierten Theorie wird jedoch klar ersichtlich, wie viel Grundwissen notwendig ist, um eine adäquate Übersetzung produzieren zu können. Dies ist auch ein eindeutiger Hinweis darauf, wie wichtig eine einschlägige Ausbildung für medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen wäre. Wie eine solche Ausbildung aussehen könnte, ist in Kapitel 5.2.1 beschrieben. Die genauen Inhalte der jeweiligen Lehrveranstaltungen wurden in der gesamten vorliegenden Arbeit durchgearbeitet: zunächst die translationswissenschaftlichen Grundkenntnisse, die hier teilweise vorausgesetzt wurden, im Zuge eines Master Lehrgangs im medizinischen Übersetzen jedoch gegebenenfalls auch genauer bearbeitet werden sollten (vor allem bei Personen, die aus dem medizinischen Bereich kommen und noch wenig Erfahrung im Übersetzen mitbringen). Danach sollten die Fachsprachen definiert werden, die medizinische Terminologie, Wortbildung etc. muss genau bearbeitet und gelernt werden. Im Anschluss daran sollte das Verfassen von Fachtexten, insbesondere von medizinischen Texten, durchgenommen werden, um erst dann zum Übersetzen überzugehen und praktisch tätig zu werden. Einschlägige Praktika könnten das weitergegebene Wissen weiter vertiefen und auch dazu beitragen, den zukünftigen medizinischen Übersetzern und Übersetzerinnen den Einstieg in das Berufsleben zu erleichtern.

Bezüglich der Frage, ob es in Österreich einen Markt für medizinische Übersetzer und Übersetzerinnen gibt, wurde in Kapitel 5.2.1 ebenfalls ausgeführt, wie dies aussehen könnte. Durch die umfassende Förderung und durch das Herantreten an die Öffentlichkeit wird die Bedeutung der medizinischen Übersetzung bekannt gemacht, durch die einschlägige Ausbildung und das professionelle Auftreten ausgebildeter medizinischer Übersetzer und Übersetzerinnen steigt ihr Ansehen. Dadurch kommt es mit der Zeit zur weiteren Verbreitung der medizinischen Übersetzung und die bereits vorhandene Nachfrage, die durchaus existent ist, wird weiter vorangetrieben und nimmt immer mehr zu. Dass die Nachfrage bereits vorhanden ist zeigen auch zahlreiche Übersetzungsagenturen, die sich unter anderem auf medizinische Übersetzung spezialisiert haben und zahlreiche Referenzen vorzeigen können. Medizinische Übersetzung ist also bereits sehr gefragt und wird in Zukunft noch mehr an Ansehen gewinnen, vor allem wenn einschlägige Ausbildungen und Aufklärungsarbeit weiter dazu beitragen können.

Nachwort

Das Thema für die vorliegende Arbeit habe ich vor deren Verfassung sehr bewusst gewählt. Medizin ist ein Fachgebiet, welches mich seit jeher sehr interessiert hat. Der einzige Grund, weshalb ich damals nicht begonnen habe, Medizin zu studieren, war der, dass Sprachen mir noch ein Stück mehr am Herzen liegen. Ich wollte also dieses Fachgebiet auf irgendeine Art und Weise dennoch in mein Studium integrieren. Da es im Laufe der Ausbildung nur wenige Möglichkeiten gab, mich umfassender mit medizinischen Fachtexten zu beschäftigen, habe ich mich dazu entschlossen, meine Masterarbeit zu diesem Thema zu verfassen. Die Tatsache, dass es so wenig deutschsprachige Literatur zu dem Gebiet gibt, hat mir nur noch einen weiteren Grund geliefert, um gerade dieses Thema zu wählen.

Das Erstellen der vorliegenden Arbeit war für mich sehr interessant und spannend. Ich habe sehr viel über medizinisches Fachübersetzen und die medizinische Fachsprache gelernt und auch für mich selbst herausgefunden, dass mir dieses Fachgebiet auch nach so intensiver Beschäftigung damit weiterhin Spaß macht, und dass ich mich auch in Zukunft gerne damit beschäftigen möchte. Ich hoffe, dass ich auch die Gelegenheit dazu bekomme.

Um zu einem Abschluss zu kommen möchte ich hier noch kurz auf meine Vorgehensweise bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit eingehen. Die Arbeit entstand rund um das Fallbeispiel herum – dieses wurde bereits im Voraus angefertigt, jedoch noch ohne Bezug zur Fachliteratur, sondern nur als praktische Übersetzung mit Textanalyse und Terminologieliste. Erst nachdem ich angefangen hatte, mich mit der Fachliteratur zu beschäftigen, wurde diese auch im Fallbeispiel angewandt und so erhielt dieses mit der Zeit eine völlig andere Form. Erst nachdem ich mich mit der Literatur zur medizinischen Fachübersetzung genauer auseinander gesetzt hatte, wusste ich, worauf es genau ankam und konnte dieses Wissen in die Analyse, die Recherchedokumentation und auch in die Übersetzung einfließen lassen. Ich habe versucht, die Arbeit als ein einheitliches Ganzes zu gestalten und hoffe, dass mir dies auch gelungen ist. Auf jeden Fall war die Erstellung der Arbeit eine besondere Herausforderung in meinem Leben, die ich annehmen durfte und hoffentlich auch gut meistern konnte. Für mich selbst habe ich jedenfalls sehr viele neue Erfahrungen gewonnen, die ich auf keinen Fall missen möchte und die ich in meiner zukünftigen beruflichen Laufbahn mit Sicherheit immer wieder brauchen werde – schließlich habe ich mich nicht ausschließlich mit der medizinischen, sondern auch mit der Fachübersetzung allgemein auseinander gesetzt und durfte somit sehr viel dazulernen.

Literaturverzeichnis

Hauptliteratur

- Arntz, Reiner. 2004. *Einführung in die Terminologiearbeit*. Hildesheim: Olms.
- Barnett, Helen & Iheanacho, Ike & McManus, Paul. 2007. Reviews. In: Stuart, Mark C. (Hg.) *The Complete Guide to Medical Writing*. London [u.a.]: Pharmaceutical Press, 75-96.
- Budin, Gerhard. 1996. *Wissensorganisation und Terminologie – Komplexität und Dynamik wissenschaftlicher Informations- und Kommunikationsprozesse*. Tübingen: Narr.
- Buhl, Silke (Hg.). 1999. *Fach-Text-Übersetzen. Theorie, Praxis, Didaktik*. St. Ingbert: Röhrig.
- Busch-Lauer, Ines Andrea. 1991. *Englische Fachtexte in der Pädagogischen Psychologie. Eine linguistische Analyse*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Clark, Richard. 2007. Writing an editorial. In: Stuart, Mark C. (Hg.) *The Complete Guide to Medical Writing*. London [u.a.]: Pharmaceutical Press, 127-139.
- Dodds, Linda. 2007. Medical Case Reports. In: Stuart, Mark C. (Hg.) *The Complete Guide to Medical Writing*. London [u.a.]: Pharmaceutical Press, 97-105.
- Feyrer, Cornelia. 2010. Fachkultur und Textsorten im interkulturellen Kontrast und Transfer: zur translationsdidaktischen Relevanz von Textsorten(konventionen) in der medizinischen (Fach-)Translation und -Kommunikation. In: Kvam, Sigmund & Knutsen, Karen Patrick & Langemeyer, Peter (Hgg.). *Textsorten und kulturelle Kompetenz. Interdisziplinäre Beiträge zur Textwissenschaft*. Münster: Waxmann.
- Fischbach, Henry. 1993. Translation, the Great Pollinator of Science: A Brief Flashback on Medical Translation. In: American Translators Association Series. *Scientific and Technical Translation Volume VI*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 89-100.
- Fluck, Hans-Rüdiger. 1992. *Didaktik der Fachsprachen. Aufgaben und Arbeitsfelder, Konzepte und Perspektiven im Sprachbereich Deutsch*. Tübingen: Narr.
- Gadebusch Bondio, Mariacarla & Bettin, Hartmut. 2007. *Lingua Medica. Lehrbuch zur medizinischen und zahnmedizinischen Terminologie*. Berlin: Logos.

- González Davies, Maria. 1998. Student Assessment by Medical Specialists. In: Fischbach, Henry (Hg.). *Translation and Medicine. American Translators Association Scholarly Monograph Series*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin, 93-102.
- Goodman, N. W. & Edwards, Martin B. 1991, 1997. *Medical Writing: a prescription for clarity*. Cambridge: University Press.
- Gouadec, Daniel. 2007. *Translation as a profession*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Hall, Edward T. 1976. *Beyond Culture*. New York: Doubleday.
- Hoffmann, Lothar. 1985. *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. Tübingen: Narr.
- Holubar, Karl & Schmidt, Cathrin. 2007. *Medizinische Terminologie und ärztliche Sprache*. Wien: facultas.
- Holz-Mänttari, Justa. 1984. *Translatorisches Handeln. Theorie und Methode*. Turku: Suomalaisen Tiedeakatemian Toimituksia.
- Jahr, Silke. 1996. *Das Verstehen von Fachtexten. Rezeption – Kognition – Applikation*. Tübingen: Narr.
- Kadrić, Mira. 2009. *Dolmetschen bei Gericht. Erwartungen Anforderungen Kompetenzen*. Wien: facultas.
- Kadrić, Mira & Kaindl, Klaus & Kaiser-Cooke Michèle. 2005. *Translatorische Methodik. Basiswissen Translation*. Wien: facultas.
- Karenberg, Axel. 2007. *Fachsprache Medizin im Schnellkurs für Studium und Berufspraxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Kouimtzi, Maria. 2007. Writing a research report. In: Stuart, Mark C. (Hg.) *The Complete Guide to Medical Writing*. London [u.a.]: Pharmaceutical Press, 63-74.
- Lee-Jahnke, Hannelore. 1998. Training in Medical Translation with Emphasis on German. In: Fischbach, Henry (Hg.). *Translation and Medicine. American Translators Association Scholarly Monograph Series*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin, 81-91.
- Lippert-Burmester, Wunna & Lippert, Herbert. 2008. *Medizinische Fachsprache – leicht gemacht*. Stuttgart: Schattauer.
- Maletzke, Gerhard. 1996. *Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Montalt Resurrecció, Vincent & Gonzáles Davies, Maria. 2007. *Medical Translation Step by Step. Learning by Drafting*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- Nord, Christiane. 1988. *Textanalyse und Übersetzen: theoretische Grundlagen, Methode und didaktische Anwendung einer übersetzungsrelevanten Textanalyse*. Heidelberg: Groos.
- O'Neill, Marla. 1998. Who Makes a Better Medical Translator: The Medically Knowledgeable Linguist or the Linguistically Knowledgeable Medical Professional? A Physician's Perspective. In: Fischbach, Henry (Hg.). *Translation and Medicine. American Translators Association Scholarly Monograph Series*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin, 69-80.
- Pöchhacker, Franz. (Hg.) 2007. *Healthcare interpreting: discourse and interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin.
- Reinart, Sylvia. 2009. *Kulturspezifität in der Fachübersetzung*. Berlin: Frank & Timme.
- Reiß, Katharina & Vermeer, Hans J. 1984. *Grundlegung einer allgemeinen Translations-theorie*. Tübingen: Niemeyer.
- Ribes, Ramón & Ros, Pablo R. 2006. *Medical English*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rogers, Silvia M. 2007. *Mastering Scientific and Medical Writing. A self-help guide*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Schiller, Sandra. 2008. *Fachenglisch für Gesundheitsberufe*. Heidelberg: Springer.
- Schwager, Edith. 1991. *Medical English Usage and Abuse*. Phoenix, Arizona: Oryx Press.
- Shiland, Betsy J. 2006. *Mastering Healthcare Terminology*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Snell-Hornby, Mary & Hönl, Hans G. & Kußmaul, Paul & Schmitt Peter A. 2005. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg.
- Stolze, Radegundis. 2009. *Fachübersetzen – ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Berlin: Frank & Timme.
- Van Hoof, Henry. 1998. The Language of Medicine: A Comparative Ministudy of English and French. In: Fischbach, Henry (Hg.). *Translation and Medicine. American Translators Association Scholarly Monograph Series*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin, 49-65.
- Vihla, Minna. 1999. *Medical Writing: modality in focus*. Amsterdam – Atlanta: Editions Rodopi B.V.

Zeumer, Jutta. 1999. Anforderungen der Praxis an den Fachübersetzer. In: Buhl, Silke (Hg.). 1999. *Fach-Text-Übersetzen. Theorie, Praxis, Didaktik*. St. Ingbert: Röhrig, 61-67.

Nebenliteratur

Carlos, Thomas. 1996. *Spezielle Pathologie*. Stuttgart/New York: Schattauer.

Falk, Juliane. 2004. *Basiswissen Demenz*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Grunst, Stephan. 2010. *Neurologie, Psychiatrie*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.

Kirschbaum, Clemens. 2008. *Biopsychologie von A bis Z*. Berlin: Springer.

Rettenbach, Regina. 2005. *Die Psychotherapie-Prüfung*. Stuttgart: Schattauer.

Speckmann, Erwin Josef. 2008. *Physiologie*. München: Elsevier.

Stoppe, Gabriela. 2007. *Demenz*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wallesch, Claus-Werner. 2005. *Demenzen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Websites

IMIA. 2009. *IMIA Guide on Medical Translation*. <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/438.pdf>, Stand 24.02.2011

MEDICINENET. *Dementia*. <http://www.medicinenet.com/dementia/article.htm>, Stand 24.02.2011

Universitat Jaume I. Master's Degree in Medical and Health Translation (distance course). <http://www.uji.es/UK/infoest/estudis/postgrau/oficial/tmedsan.html>, Stand 16.03.2011

WGKK. 2009. *Erster österreichischer Demenzbericht*. http://www.wgkk.at/mediaDB/615271_Demenzbericht.pdf, Stand 24.02.2011

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: *Entwicklung der Fachsprachen aus der Gemeinsprache*
Quelle: eigene

S 21

Anhang 1: Ausgangstext

INTRODUCTION TO DEMENTIA

“Introduction to Dementia

A woman in her early 50s was admitted to a hospital because of increasingly odd behavior. Her family reported that she had been showing memory problems and strong feelings of jealousy. She also had become disoriented at home and was hiding objects. During a doctor's examination, the woman was unable to remember her husband's name, the year, or how long she had been at the hospital. She could read but did not seem to understand what she read, and she stressed the words in an unusual way. She sometimes became agitated and seemed to have hallucinations and irrational fears.

This woman, known as Auguste D., was the first person reported to have the disease now known as Alzheimer's disease (AD) after Alois Alzheimer, the German doctor who first described it. After Auguste D. died in 1906, doctors examined her brain and found that it appeared shrunken and contained several unusual features, including strange clumps of protein called plaques and tangled fibers inside the nerve cells. Memory impairments and other symptoms of dementia, which means ‘deprived of mind,’ had been described in older adults since ancient times. However, because Auguste D. began to show symptoms at a relatively early age, doctors did not think her disease could be related to what was then called ‘senile dementia’. The word senile is derived from a Latin term that means, roughly, ‘old age.’

It is now clear that AD is a major cause of dementia in elderly people as well as in relatively young adults. Furthermore, we know that it is only one of many disorders that can lead to dementia. The U. S. Congress Office of Technology Assessment estimates that as many as 6.8 million people in the United States have dementia, and at least 1.8 million of those are severely affected. Studies in some communities have found that almost half of all people age 85 and older have some form of dementia. Although it is common in very elderly individuals, dementia is not a normal part of the aging process. Many people live into their 90s and even 100s without any symptoms of dementia.

Besides senile dementia, other terms often used to describe dementia include senility and organic brain syndrome. Senility and senile dementia are outdated terms that reflect the formerly widespread belief that dementia was a normal part of aging. Organic brain syndrome is a general term that refers to physical disorders (not psychiatric in origin) that impair mental functions.

Research in the last 30 years has led to a greatly improved understanding of what dementia is, who gets it, and how it develops and affects the brain. This work is

beginning to pay off with better diagnostic techniques, improved treatments, and even potential ways of preventing these diseases.

What Is Dementia?

Dementia is not a specific disease. It is a descriptive term for a collection of symptoms that can be caused by a number of disorders that affect the brain. People with dementia have significantly impaired intellectual functioning that interferes with normal activities and relationships. They also lose their ability to solve problems and maintain emotional control, and they may experience personality changes and behavioral problems such as agitation, delusions, and hallucinations. While memory loss is a common symptom of dementia, memory loss by itself does not mean that a person has dementia. Doctors diagnose dementia only if two or more brain functions - such as memory, language skills, perception, or cognitive skills including reasoning and judgment - are significantly impaired without loss of consciousness.

There are many disorders that can cause dementia. Some, such as AD, lead to a progressive loss of mental functions. But other types of dementia can be halted or reversed with appropriate treatment.

With AD and many other types of dementia, disease processes cause many nerve cells to stop functioning, lose connections with other neurons, and die. In contrast, normal aging does not result in the loss of large numbers of neurons in the brain.

What Are the Different Kinds of Dementia?

Dementing disorders can be classified many different ways. These classification schemes attempt to group disorders that have particular features in common, such as whether they are progressive or what parts of the brain are affected. Some frequently used classifications include the following:

Cortical dementia: dementia where the brain damage primarily affects the brain's cortex, or outer layer. Cortical dementias tend to cause problems with memory, language, thinking, and social behavior.

Subcortical dementia: dementia that affects parts of the brain below the cortex. Subcortical dementia tends to cause changes in emotions and movement in addition to problems with memory.

Progressive dementia: dementia that gets worse over time, gradually interfering with more and more cognitive abilities.

Primary dementia: dementia such as AD that does not result from any other disease.

Secondary dementia: dementia that occurs as a result of a physical disease or injury.

Some types of dementia fit into more than one of these classifications. For example, AD is considered both a progressive and a cortical dementia.

Alzheimer's disease

Alzheimer's disease is the most common cause of dementia in people aged 65 and older. Experts believe that up to 4 million people in the United States are currently living with the disease: one in ten people over the age of 65 and nearly half of those over 85 have AD. At least 360,000 Americans are diagnosed with AD each year and about 50,000 are reported to die from it.

In most people, symptoms of AD appear after age 60. However, there are some early-onset forms of the disease, usually linked to a specific gene defect, which may appear as early as age 30. AD usually causes a gradual decline in cognitive abilities, usually during a span of 7 to 10 years. Nearly all brain functions, including memory, movement, language, judgment, behavior, and abstract thinking, are eventually affected.

AD is characterized by two abnormalities in the brain: amyloid plaques and neurofibrillary tangles. Amyloid plaques, which are found in the tissue between the nerve cells, are unusual clumps of a protein called beta amyloid along with degenerating bits of neurons and other cells.

Neurofibrillary tangles are bundles of twisted filaments found within neurons. These tangles are largely made up of a protein called tau. In healthy neurons, the tau protein helps the functioning of microtubules, which are part of the cell's structural support and deliver substances throughout the nerve cell. However, in AD, tau is changed in a way that causes it to twist into pairs of helical filaments that collect into tangles. When this happens, the microtubules cannot function correctly and they disintegrate. This collapse of the neuron's transport system may impair communication between nerve cells and cause them to die.

Researchers do not know if amyloid plaques and neurofibrillary tangles are harmful or if they are merely side effects of the disease process that damages neurons and leads to the symptoms of AD. They do know that plaques and tangles usually increase in the brain as AD progresses.

In the early stages of AD, patients may experience memory impairment, lapses of judgment, and subtle changes in personality. As the disorder progresses, memory and language problems worsen and patients begin to have difficulty performing activities of daily living, such as balancing a checkbook or remembering to take medications. They also may have visuospatial problems, such as difficulty navigating an unfamiliar route. They may become disoriented about places and times, may suffer delusions (such as the idea that someone is stealing from them or that their spouse is being unfaithful), and may become short-tempered and hostile. During the late stages of the disease, patients begin to lose the ability to control motor functions. They may have difficulty swallowing and lose bowel and bladder control. They eventually lose the ability to recognize family members and to speak. As AD progresses, it begins to affect the person's emotions and behavior. Most people with AD eventually develop symptoms such as aggression, agitation, depression, sleeplessness, or delusions.

On average, patients with AD live for 8 to 10 years after they are diagnosed. However, some people live as long as 20 years. Patients with AD often die of aspiration pneumonia because they lose the ability to swallow late in the course of the disease.

Vascular dementia

Vascular dementia is the second most common cause of dementia, after AD. It accounts for up to 20 percent of all dementias and is caused by brain damage from cerebrovascular or cardiovascular problems - usually strokes. It also may result from genetic diseases, endocarditis (infection of a heart valve), or amyloid angiopathy (a process in which amyloid protein builds up in the brain's blood vessels, sometimes causing hemorrhagic or 'bleeding' strokes). In many cases, it may coexist with AD. The incidence of vascular dementia increases with advancing age and is similar in men and women.

Symptoms of vascular dementia often begin suddenly, frequently after a stroke. Patients may have a history of high blood pressure, vascular disease, or previous strokes or heart attacks. Vascular dementia may or may not get worse with time, depending on whether the person has additional strokes. In some cases, symptoms may get better with time. When the disease does get worse, it often progresses in a stepwise manner, with sudden changes in ability. Vascular dementia with brain damage to the mid-brain regions, however, may cause a gradual, progressive cognitive impairment that may look much like AD. Unlike people with AD, people with vascular dementia often maintain their personality and normal levels of emotional responsiveness until the later stages of the disease.

People with vascular dementia frequently wander at night and often have other problems commonly found in people who have had a stroke, including depression and incontinence.

There are several types of vascular dementia, which vary slightly in their causes and symptoms. One type, called multi-infarct dementia (MID), is caused by numerous small strokes in the brain. MID typically includes multiple damaged areas, called infarcts, along with extensive lesions in the white matter, or nerve fibers, of the brain.

Because the infarcts in MID affect isolated areas of the brain, the symptoms are often limited to one side of the body or they may affect just one or a few specific functions, such as language. Neurologists call these 'local' or 'focal' symptoms, as opposed to the 'global' symptoms seen in AD, which affect many functions and are not restricted to one side of the body.

Although not all strokes cause dementia, in some cases a single stroke can damage the brain enough to cause dementia. This condition is called single-infarct dementia. Dementia is more common when the stroke takes place on the left side (hemisphere) of the brain and/or when it involves the hippocampus, a brain structure important for memory.

Another type of vascular dementia is called Binswanger's disease. This rare form of dementia is characterized by damage to small blood vessels in the white matter of the brain (white matter is found in the inner layers of the brain and contains many nerve fibers coated with a whitish, fatty substance called myelin). Binswanger's disease leads to brain lesions, loss of memory, disordered cognition, and mood changes. Patients with this disease often show signs of abnormal blood pressure, stroke, blood abnormalities, disease of the large blood vessels in the neck, and/or disease of the heart valves. Other prominent features include urinary incontinence, difficulty walking, clumsiness, slowness, lack of facial expression, and speech difficulty. These symptoms, which usually begin after the age of 60, are not always present in all patients and may sometimes appear only temporarily. Treatment of Binswanger's disease is symptomatic, and may include the use of medications to control high blood pressure, depression, heart arrhythmias, and low blood pressure. The disorder often includes episodes of partial recovery.

Another type of vascular dementia is linked to a rare hereditary disorder called CADASIL, which stands for cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarct and leukoencephalopathy. CADASIL is linked to abnormalities of a specific gene, Notch3, which is located on chromosome 19. This condition causes multi-infarct

dementia as well as stroke, migraine with aura, and mood disorders. The first symptoms usually appear in people who are in their twenties, thirties, or forties and affected individuals often die by age 65. Researchers believe most people with CADASIL go undiagnosed, and the actual prevalence of the disease is not yet known.

Other causes of vascular dementia include vasculitis, an inflammation of the blood vessel system; profound hypotension (low blood pressure); and lesions caused by brain hemorrhage. The autoimmune disease lupus erythematosus and the inflammatory disease temporal arteritis can also damage blood vessels in a way that leads to vascular dementia.

Lewy body dementia (LBD)

Lewy body dementia (LBD) is one of the most common types of progressive dementia. LBD usually occurs sporadically, in people with no known family history of the disease. However, rare familial cases have occasionally been reported.

In LBD, cells die in the brain's cortex, or outer layer, and in a part of the mid-brain called the substantia nigra. Many of the remaining nerve cells in the substantia nigra contain abnormal structures called Lewy bodies that are the hallmark of the disease. Lewy bodies may also appear in the brain's cortex, or outer layer. Lewy bodies contain a protein called alpha-synuclein that has been linked to Parkinson's disease and several other disorders. Researchers, who sometimes refer to these disorders collectively as 'synucleinopathies,' do not yet know why this protein accumulates inside nerve cells in LBD.

The symptoms of LBD overlap with AD in many ways, and may include memory impairment, poor judgment, and confusion. However, LBD typically also includes visual hallucinations, parkinsonian symptoms such as a shuffling gait and flexed posture, and day-to-day fluctuations in the severity of symptoms. Patients with LBD live an average of 7 years after symptoms begin.

There is no cure for LBD, and treatments are aimed at controlling the parkinsonian and psychiatric symptoms of the disorder. Patients sometimes respond dramatically to treatment with antiparkinsonian drugs and/or cholinesterase inhibitors, such as those used for AD. Some studies indicate that neuroleptic drugs, such as clozapine and olanzapine, also can reduce the psychiatric symptoms of this disease. But neuroleptic drugs may cause severe adverse reactions, so other therapies should be tried first and patients using these drugs should be closely monitored.

Lewy bodies are often found in the brains of people with Parkinson's and AD. These findings suggest that either LBD is related to these other causes of dementia or that the diseases sometimes coexist in the same person.

Frontotemporal dementia (FTD)

Frontotemporal dementia (FTD), sometimes called frontal lobe dementia, describes a group of diseases characterized by degeneration of nerve cells - especially those in the frontal and temporal lobes of the brain. Unlike AD, FTD usually does not include formation of amyloid plaques. In many people with FTD, there is an abnormal form of tau protein in the brain, which accumulates into neurofibrillary tangles. This disrupts normal cell activities and may cause the cells to die.

Experts believe FTD accounts for 2 to 10 percent of all cases of dementia. Symptoms of FTD usually appear between the ages of 40 and 65. In many cases, people with FTD have a family history of dementia, suggesting that there is a strong genetic factor in the disease. The duration of FTD varies, with some patients declining rapidly over 2 to 3 years and others showing only minimal changes for many years. People with FTD live with the disease for an average of 5 to 10 years after diagnosis.

Because structures found in the frontal and temporal lobes of the brain control judgment and social behavior, people with FTD often have problems maintaining normal interactions and following social conventions. They may steal or exhibit impolite and socially inappropriate behavior, and they may neglect their normal responsibilities. Other common symptoms include loss of speech and language, compulsive or repetitive behavior, increased appetite, and motor problems such as stiffness and balance problems. Memory loss also may occur, although it typically appears late in the disease.

In one type of FTD called Pick's disease, certain nerve cells become abnormal and swollen before they die. These swollen, or ballooned, neurons are one hallmark of the disease. The brains of people with Pick's disease also have abnormal structures called Pick bodies, composed largely of the protein tau, inside the neurons. The cause of Pick's disease is unknown, but it runs in some families and thus it is probably due at least in part to a faulty gene or genes. The disease usually begins after age 50 and causes changes in personality and behavior that gradually worsen over time. The symptoms of Pick's disease are very similar to those of AD, and may include inappropriate social behavior, loss of mental flexibility, language problems, and difficulty with thinking and concentration. There is currently no way to slow the progressive degeneration found in

Pick's disease. However, medication may be helpful in reducing aggression and other behavioral problems, and in treating depression.

In some cases, familial FTD is linked to a mutation in the tau gene. This disorder, called frontotemporal dementia with parkinsonism linked to chromosome 17 (FTDP-17), is much like other types of FTD but often includes psychiatric symptoms such as delusions and hallucinations.

Primary progressive aphasia (PPA) is a type of FTD that may begin in people as early as their forties. 'Aphasia' is a general term used to refer to deficits in language functions, such as speaking, understanding what others are saying, and naming common objects. In PPA one or more of these functions can become impaired. Symptoms often begin gradually and progress slowly over a period of years. As the disease progresses, memory and attention may also be impaired and patients may show personality and behavior changes. Many, but not all, people with PPA eventually develop symptoms of dementia.

HIV-associated dementia (HAD)

HIV-associated dementia (HAD) results from infection with the human immunodeficiency virus (HIV) that causes AIDS. HAD can cause widespread destruction of the brain's white matter. This leads to a type of dementia that generally includes impaired memory, apathy, social withdrawal, and difficulty concentrating. People with HAD often develop movement problems as well. There is no specific treatment for HAD, but AIDS drugs can delay onset of the disease and may help to reduce symptoms.

Huntington's disease (HD)

Huntington's disease (HD) is a hereditary disorder caused by a faulty gene for a protein called huntingtin. The children of people with the disorder have a 50 percent chance of inheriting it. The disease causes degeneration in many regions of the brain and spinal cord. Symptoms of HD usually begin when patients are in their thirties or forties, and the average life expectancy after diagnosis is about 15 years.

Cognitive symptoms of HD typically begin with mild personality changes, such as irritability, anxiety, and depression, and progress to severe dementia. Many patients also show psychotic behavior. HD causes chorea - involuntary jerky, arrhythmic movements of the body - as well as muscle weakness, clumsiness, and gait disturbances.

Dementia pugilistica

Dementia pugilistica, also called chronic traumatic encephalopathy or Boxer's syndrome, is caused by head trauma, such as that experienced by people who have been punched many times in the head during boxing. The most common symptoms of the condition are dementia and parkinsonism, which can appear many years after the trauma ends. Affected individuals may also develop poor coordination and slurred speech. A single traumatic brain injury may also lead to a disorder called post-traumatic dementia (PTD). PTD is much like dementia pugilistica but usually also includes long-term memory problems. Other symptoms vary depending on which part of the brain was damaged by the injury.

Corticobasal degeneration (CBD)

Corticobasal degeneration (CBD) is a progressive disorder characterized by nerve cell loss and atrophy of multiple areas of the brain. Brain cells from people with CBD often have abnormal accumulations of the protein tau. CBD usually progresses gradually over the course of 6 to 8 years. Initial symptoms, which typically begin at or around age 60, may first appear on one side of the body but eventually will affect both sides. Some of the symptoms, such as poor coordination and rigidity, are similar to those found in Parkinson's disease. Other symptoms may include memory loss, dementia, visual-spatial problems, apraxia (loss of the ability to make familiar, purposeful movements), hesitant and halting speech, myoclonus (involuntary muscular jerks), and dysphagia (difficulty swallowing). Death is often caused by pneumonia or other secondary problems such as sepsis (severe infection of the blood) or pulmonary embolism (a blood clot in the lungs).

There are no specific treatments available for CBD. Drugs such as clonazepam may help with myoclonus, however, and occupational, physical, and speech therapy can help in managing the disabilities associated with this disease. The symptoms of the disease often do not respond to Parkinson's medications or other drugs.

Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)

Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) is a rare, degenerative, fatal brain disorder that affects about one in every million people per year worldwide. Symptoms usually begin after age 60 and most patients die within 1 year. Many researchers believe CJD results from an abnormal form of a protein called a prion. Most cases of CJD occur sporadically - that is, in people who have no known risk factors for the disease. However, about 5 to 10 percent of cases of CJD in the United States are hereditary, caused by a mutation

in the gene for the prion protein. In rare cases, CJD can also be acquired through exposure to diseased brain or nervous system tissue, usually through certain medical procedures. There is no evidence that CJD is contagious through the air or through casual contact with a CJD patient.

Patients with CJD may initially experience problems with muscular coordination; personality changes, including impaired memory, judgment, and thinking; and impaired vision. Other symptoms may include insomnia and depression. As the illness progresses, mental impairment becomes severe. Patients often develop myoclonus and they may go blind. They eventually lose the ability to move and speak, and go into a coma. Pneumonia and other infections often occur in these patients and can lead to death.

CJD belongs to a family of human and animal diseases known as the transmissible spongiform encephalopathies (TSEs). Spongiform refers to the characteristic appearance of infected brains, which become filled with holes until they resemble sponges when viewed under a microscope. CJD is the most common of the known human TSEs. Others include fatal familial insomnia and Gerstmann-Straussler-Scheinker disease (see below).

In recent years, a new type of CJD, called variant CJD (vCJD), has been found in Great Britain and several other European countries. The initial symptoms of vCJD are different from those of classic CJD and the disorder typically occurs in younger patients. Research suggests that vCJD may have resulted from human consumption of beef from cattle with a TSE disease called bovine spongiform encephalopathy (BSE), also known as ‘mad cow disease.’

Other rare hereditary dementias

Other rare hereditary dementias include Gerstmann-Straussler-Scheinker (GSS) disease, fatal familial insomnia, familial British dementia, and familial Danish dementia. Symptoms of GSS typically include ataxia and progressive dementia that begins when people are between 50 and 60 years old. The disease may last for several years before patients eventually die. Fatal familial insomnia causes degeneration of a brain region called the thalamus, which is partially responsible for controlling sleep. It causes a progressive insomnia that eventually leads to a complete inability to sleep. Other symptoms may include poor reflexes, dementia, hallucinations, and eventually coma. It can be fatal within 7 to 13 months after symptoms begin but may last longer. Familial British dementia and familial Danish dementia have been linked to two different defects in a

gene found on chromosome 13. The symptoms of both diseases include progressive dementia, paralysis, and loss of balance.

Secondary Dementias

Dementia may occur in patients who have other disorders that primarily affect movement or other functions. These cases are often referred to as secondary dementias. The relationship between these disorders and the primary dementias is not always clear. For instance, people with advanced Parkinson's disease, which is primarily a movement disorder, sometimes develop symptoms of dementia. Many Parkinson's patients also have amyloid plaques and neurofibrillary tangles like those found in AD. The two diseases may be linked in a yet-unknown way, or they may simply coexist in some people. People with Parkinson's and associated dementia sometimes show signs of Lewy body dementia or progressive supranuclear palsy at autopsy, suggesting that these diseases may also overlap with Parkinson's or that Parkinson's is sometimes misdiagnosed.

Other disorders that may include symptoms of dementia include multiple sclerosis; presenile dementia with motor neuron disease, also called ALS dementia; olivopontocerebellar atrophy (OPCA); Wilson's disease; and normal pressure hydrocephalus (NPH).

Dementias in Children

While it is usually found in adults, dementia can also occur in children. For example, infections and poisoning can lead to dementia in people of any age. In addition, some disorders unique to children can cause dementia.

Niemann-Pick disease is a group of inherited disorders that affect metabolism and are caused by specific genetic mutations. Patients with Niemann-Pick disease cannot properly metabolize cholesterol and other lipids. Consequently, excessive amounts of cholesterol accumulate in the liver and spleen and excessive amounts of other lipids accumulate in the brain. Symptoms may include dementia, confusion, and problems with learning and memory. These diseases usually begin in young school-age children but may also appear during the teen years or early adulthood.

Batten disease is a fatal, hereditary disorder of the nervous system that begins in childhood. Symptoms are linked to a buildup of substances called lipopigments in the body's tissues. The early symptoms include personality and behavior changes, slow learning, clumsiness, or stumbling. Over time, affected children suffer mental impairment, seizures, and progressive loss of sight and motor skills. Eventually, children with

Batten disease develop dementia and become blind and bedridden. The disease is often fatal by the late teens or twenties.

Lafora body disease is a rare genetic disease that causes seizures, rapidly progressive dementia, and movement problems. These problems usually begin in late childhood or the early teens. Children with Lafora body disease have microscopic structures called Lafora bodies in the brain, skin, liver, and muscles. Most affected children die within 2 to 10 years after the onset of symptoms.

A number of other childhood-onset disorders can include symptoms of dementia. Among these are mitochondrial myopathies, Rasmussen's encephalitis, mucopolysaccharidosis III (Sanfilippo syndrome), neurodegeneration with brain iron accumulation, and leukodystrophies such as Alexander disease, Schilder's disease, and metachromatic leukodystrophy.

What Conditions Are Not Dementia?

Age-related cognitive decline. As people age, they usually experience slower information processing and mild memory impairment. In addition, their brains frequently decrease in volume and some nerve cells, or neurons, are lost. These changes, called age-related cognitive decline, are normal and are not considered signs of dementia.

Mild cognitive impairment. Some people develop cognitive and memory problems that are not severe enough to be diagnosed as dementia but are more pronounced than the cognitive changes associated with normal aging. This condition is called mild cognitive impairment. Although many patients with this condition later develop dementia, some do not. Many researchers are studying mild cognitive impairment to find ways to treat it or prevent it from progressing to dementia.

Depression. People with depression are frequently passive or unresponsive, and they may appear slow, confused, or forgetful. Other emotional problems can also cause symptoms that sometimes mimic dementia.

Delirium. Delirium is characterized by confusion and rapidly altering mental states. The person may also be disoriented, drowsy, or incoherent, and may exhibit personality changes. Delirium is usually caused by a treatable physical or psychiatric illness, such as poisoning or infections. Patients with delirium often, though not always, make a full recovery after their underlying illness is treated.

What Causes Dementia?

All forms of dementia result from the death of nerve cells and/or the loss of communication among these cells. The human brain is a very complex and intricate machine and many factors can interfere with its functioning. Researchers have uncovered many of these factors, but they have not yet been able to fit these puzzle pieces together in order to form a complete picture of how dementias develop.

Many types of dementia, including AD, Lewy body dementia, Parkinson's dementia, and Pick's disease, are characterized by abnormal structures called inclusions in the brain. Because these inclusions, which contain abnormal proteins, are so common in people with dementia, researchers suspect that they play a role in the development of symptoms. However, that role is unknown, and in some cases the inclusions may simply be a side effect of the disease process that leads to the dementia.

Genes clearly play a role in the development of some kinds of dementia. However, in AD and many other disorders, the dementia usually cannot be tied to a single abnormal gene. Instead, these forms of dementia appear to result from a complex interaction of genes, lifestyle factors, and other environmental influences.

Researchers have identified several genes that influence susceptibility to AD. Mutations in three of the known genes for AD - genes that control the production of proteins such as amyloid precursor protein (APP), presenilin 1, and presenilin 2 - are linked to early-onset forms of the disease.

Variations in another gene, called apolipoprotein E (apoE), have been linked to an increased risk of late-onset AD. The apoE gene does not cause the disease by itself, but one version of the gene, called apoE epsilon4 (apoE E4), appears to increase the risk of AD. People with two copies of the apoE E4 gene have about ten times the risk of developing AD compared to people without apoE E4. This gene variant seems to encourage amyloid deposition in the brain. One study also found that this gene is associated with shorter survival in men with AD. In contrast, another version of the apoE gene, called apoE E2, appears to protect against AD.

Studies have suggested that mutations in another gene, called CYP46, may contribute to an increased risk of developing late-onset sporadic AD. This gene normally produces a protein that helps the brain metabolize cholesterol.

Scientists are trying to determine how beta amyloid influences the development of AD. A number of studies indicate that the buildup of this protein initiates a complex chain of events that culminates in dementia. One study found that beta amyloid buildup in the brain triggers cells called microglia, which act like janitors that mop up potentially harmful substances in the brain, to release a potent neurotoxin called peroxynitrite. This may contribute to nerve cell death in AD. Another study found that beta amyloid causes a protein called p35 to be split into two proteins. One of the resulting proteins triggers changes in the tau protein that lead to formation of neurofibrillary tangles. A third study found that beta amyloid activates cell-death enzymes called caspases that alter the tau protein in a way that causes it to form tangles. Researchers believe these tangles may contribute to the neuron death in AD.

Vascular dementia can be caused by cerebrovascular disease or any other condition that prevents normal blood flow to the brain. Without a normal supply of blood, brain cells cannot obtain the oxygen they need to work correctly, and they often become so deprived that they die.

The causes of other types of dementias vary. Some, such as CJD and GSS, have been tied to abnormal forms of specific proteins. Others, including Huntington's disease and FTDP-17, have been linked to defects in a single gene. Post-traumatic dementia is directly related to brain cell death after injury. HIV-associated dementia is clearly tied to infection by the HIV virus, although the exact way the virus causes damage is not yet certain. For other dementias, such as corticobasal degeneration and most types of frontotemporal dementia, the underlying causes have not yet been identified.”

Quelle: <http://www.medicinenet.com/dementia/article.htm>, Stand: Februar 2011, gekürzte Fassung von Mag. Elisabeth Frank-Großebner

Anhang 2: Lebenslauf

Persönliche Daten

Titel	Bakk. phil.
Name	Aida Balić
Geburtsdatum, -ort	06.06.1985, Prijedor (Bosnien Herzegowina)
Staatsbürgerschaft	Bosnien Herzegowina
E-Mail	aida.balic@gmx.at

Schulbildung

03/2008 – 05/2011	Masterstudien <i>Übersetzen und Dolmetschen</i> , Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaften, Sprachenkombination: Deutsch-Englisch-Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
10/2004 – 04/2008	Bakkalaureatstudium „Interkulturelle Kommunikation“, Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaften, Sprachenkombination: Deutsch-Englisch-Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
09/1996 – 06/2004	Bundesgymnasium St. Johann im Pongau Schwerpunkt: Sprachen Matura-Abschluss mit Ausgezeichnetem Erfolg
09/1992 – 07/1996	Volksschule Werfen, Land Salzburg

Berufserfahrung

11/2010 – laufend	Teilzeitbeschäftigung in der Kommunalkredit Public Consulting, Abteilung <i>Central Services</i>
08/2010 – 10/2010	Geringfügige Beschäftigung in der Kommunalkredit Austria AG, Abteilung: <i>HR</i>
07/2010	Ferialpraktikum in der Kommunalkredit Austria AG, Abteilung: <i>HR</i>
09/2009 – 06/2010	Geringfügige Beschäftigung in der Kommunalkredit Austria AG, Abteilung: <i>HR</i>
07/2009 – 08/2009	Ferialpraktikum in der Kommunalkredit Austria AG, Abteilung: <i>HR</i>

11/2008 –06/2009	Geringfügige Beschäftigung als Übersetzerin von Prüfberichten der Internen Revision der Kommunal-kredit Austria AG
01/2008 –06/2008	Nachhilfetätigkeit in Englisch und Deutsch
03/2008 –07/2008	Dolmetschtätigkeiten im Rahmen von Psychothera-pie-Sitzungen bei der Caritas Erzdiözese in Korneu-burg

Sprachkenntnisse

Deutsch: Bildungssprache, ausgezeichnete Kenntnisse

Englisch: sehr gute Kenntnisse

Bosnisch/Kroatisch/Serbisch: Muttersprache, sehr gute Kenntnisse

Französisch: 4 Jahre Unterricht als 2. lebende Fremdsprache im Gymnasium, schriftliche und mündliche Matura mit Auszeichnung

Sonstige Kenntnisse

EDV-Kenntnisse:

- Windows XP / Vista / 7
- MS-Office
- SDL Trados: Grundkenntnisse
- fundierte Kenntnisse im Umgang mit Computer und Internet

Führerschein Klasse B

Interessen

Sprachen, andere Kulturen, Medizin, Bücher, Kochen, Fotografie, Menschen, Tiere, Natur, Reisen, Schwimmen, Radfahren