



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen in der ExpertInnen-LaiInnen-  
Kommunikation.

Wiedergabe von Fachsprache bei gedolmetschten Arzt/Ärztin-  
PatientInnen-Gesprächen“

verfasst von / submitted by

Dott. Luca Monsellato

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 070 348 331

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Translation  
Italienisch Deutsch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

## **Danksagung / Ringraziamenti**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Fertigstellung der vorliegenden Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Sonja Pöllabauer für ihre Bereitschaft, ihre wertvollen Ratschläge, ihre ständige Unterstützung und konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich ganz ehrlich bei meiner lieben Studienkollegin und Freundin Maria und meinem Mitbewohner Daniel bedanken, welche an der Simulation teilgenommen haben und ohne die die Anfertigung der vorliegenden Masterarbeit unmöglich gewesen wäre.

Zu guter Letzt möchte ich mich für die Korrekturarbeit und ihre hilfreichen Ratschläge bei Verena bedanken.

Un ringraziamento particolare va anche al Dottor Lombardo per aver partecipato alla simulazione e per i preziosi consigli datimi in merito allo svolgimento di quest'ultima.

Grazie alle mie compagne di avventura Elena, Chiara e Maria senza le quali il mio percorso universitario non sarebbe stato lo stesso. Grazie per avermi sostenuto in ogni momento, aver condiviso con me momenti importanti e avermi accompagnato fino a questo traguardo.

Un grazie speciale alle mie ex coinquiline e amiche Valeria e Amelia che, anche se a chilometri di distanza, sono sempre state presenti.

Grazie a Chiara e Serena, compagne di studio e amiche. Il nostro reciproco aiuto nella preparazione dell'esame finale di questo corso di studi è stato fondamentale.

Ultimo ma non per importanza, un grazie di cuore ai miei genitori ai quali dedico questa tesi. Vi ringrazio per avermi permesso di studiare, avermi sostenuto e appoggiato in ogni mia scelta.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	5
Tabellenverzeichnis.....	5
<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Fachsprache .....</b>	<b>8</b>
1.1 Entstehung der Fachsprachen .....	8
1.2 Begriffserklärung und Definitionsversuche.....	10
1.3 Fachsprache vs. Gemeinsprache.....	11
1.4 Kennzeichnende Hauptmerkmale der Fachsprache.....	12
1.4.1 Lexik .....	13
1.4.2 Syntax .....	13
1.5 Gliederung von Fachsprachen nach Hoffmann (1985).....	14
1.5.1 Horizontale Schichtung.....	14
1.5.2 Vertikale Schichtung.....	15
1.5.3 Fachlichkeitsgrad .....	16
1.6 Die medizinische Fachsprache .....	17
1.6.1 Varietäten der medizinischen Fachsprache.....	18
1.6.2 Lexik .....	18
1.6.2.1 Wortbildung .....	19
1.6.3 Morphosyntax .....	22
<b>2. Dolmetschen im medizinischen Bereich .....</b>	<b>23</b>
2.1 Begriffserklärung: <i>Community Interpreting</i> und <i>Healthcare Interpreting</i> .....	27
2.2 Hauptmerkmale des medizinischen Dolmetschens .....	30
2.3 Das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch.....	34
2.3.1 Die Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung .....	35
2.4 Aufgaben der DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch .....	36
2.4.1 <i>Relaying: Renditions</i> und <i>non-renditions</i> nach Wadensjö (1992) .....	37

2.4.2 <i>Co-ordinating: Explicit und implicit moves</i> .....	38
2.4.3 Sichtbarkeit von DolmetscherInnen.....	39
2.4.3 Nonverbale Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch .....	41
2.4.4 Genauigkeit im gedolmetschten medizinischen Gespräch .....	42
<b>3. Fachsprache in der Translation .....</b>	<b>44</b>
3.1 Dolmetschstrategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen .....	46
<b>4. Die Untersuchung .....</b>	<b>53</b>
4.1 Zielsetzung.....	53
4.2 Methodik.....	53
4.3 Datenmaterial.....	54
4.4 Transkription .....	55
4.4.1 Die Partitur.....	56
4.4.2 Transkriptionskonventionen nach HIAT .....	57
<b>5. Analyse .....</b>	<b>59</b>
5.1 Das simulierte Arzt-Patienten-Gespräch .....	59
5.1.1 Die Sitzordnung .....	59
5.1.2 Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung.....	60
5.1.3 Eingesetzte Strategien zur Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe.....	65
5.1.4 Quantifizierung und Interpretation der eingesetzten Dolmetschstrategien.....	102
<b>6. Conclusio .....</b>	<b>105</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>110</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>116</b>
Abstract (Deutsch).....	116
Abstract (English).....	117

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Horizontale Gliederung der Fachsprachen nach Hoffmann.....	15
Abbildung 2: Vertikale Schichtung der Fachsprachen nach Hoffmann.....	15
Abbildung 3: <i>The visible interpreter model</i> nach Angelelli.....	39
Abbildung 4: Graphische Darstellung der Sitzordnung der KommunikationsteilnehmerInnen.....	59
Abbildung 5: Graphische Darstellung des Anteils an von den Gesprächsbeteiligten verwendeten medizinischen Fachausdrücken beim ersten simulierten Arzt-Patienten-Gespräch.....	63
Abb. 6: Graphische Darstellung des Anteils an von den Gesprächsbeteiligten verwendeten medizinischen Fachausdrücken beim zweiten simulierten Arzt-Patienten-Gespräch.....	63

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Präfixe in der medizinischen Fachsprache.....	20
Tabelle 2: Substantivsuffixe in der medizinischen Fachsprache.....	21

## Einleitung

„Aus dem Befund können wir feststellen, dass Sie an einer absoluten Leukozytose leiden, das heißt, dass Ihre Leukozyten in Ihrem Blut erhöht sind und zu einer relativen Neutrophilie geführt haben.“ Dieser Satz lässt sich von medizinischen LaiInnen kaum verstehen, obwohl sie dieselbe Sprache des/der Arztes/Ärztin beherrschen. Was passiert, wenn Behandelnde/r und Behandelte/r zwei verschiedene Sprachen sprechen? Wie würde die dolmetschende Person diese Aussage in der Zielsprache wiedergeben?

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit gedolmetschten Gesprächen zwischen ExpertInnen eines Fachbereichs und LaiInnen und zielt darauf ab, zu untersuchen, wie DolmetscherInnen bei einem ExpertInnen-LaiInnen-Gespräch mit Fachsprache umgehen und welche Strategien sie für die Wiedergabe von Fachbegriffen einsetzen. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde ein spezifisches Setting der Kommunikation zwischen ExpertInnen und LaiInnen untersucht: Das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch.

Die Masterarbeit ist in fünf Kapitel gegliedert. In den ersten drei Kapiteln ist die theoretische Basis für die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit zu finden. Das vierte und fünfte Kapitel beschäftigen sich hingegen mit dem empirischen Teil der Arbeit.

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit der Fachsprache. In diesem Teil wird die Entstehung der Fachsprache behandelt sowie ihre Hauptmerkmale und schwierige Abgrenzung von der Gemeinsprache dargelegt, mit besonderem Fokus auf die medizinische Fachsprache.

Im zweiten Kapitel wird das Dolmetschen im medizinischen Bereich behandelt. Zunächst wird ein Einblick in den Kommunikationsbedarf mit anderssprachigen SprecherInnen in einem medizinischen Kontext gegeben. Da das Dolmetschen im Gesundheitswesen unter die Kategorie des *Community Interpreting* fällt, wird danach der Begriff *Community Interpreting* erläutert und die dazugehörigen wesentlichen Eigenschaften präsentiert. Anschließend wird das *healthcare interpreting* definiert und die kennzeichnenden Charakteristika dieser Dolmetschform dargelegt. Im dritten Teil des Kapitels wird der Fokus auf das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch bzw. deren Beziehung zueinander gelegt. Nachdem der Ablauf einer herkömmlichen ärztlichen Untersuchung und die asymmetrische Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten erläutert werden, konzentrieren sich die darauffolgenden Abschnitte auf das gedolmetschten medizinischen Gespräch und die wichtigsten Aufgaben der DolmetscherInnen in solchen Settings.

Kapitel 3 befasst sich mit der Fachsprache in der Translation. Es werden zunächst die Kommunikationskonstellationen nach Niska (2002) erläutert, anschließend die Studien von Niska (2002), Valero-Garcés (2005) und Pöllabauer (2017) dargelegt, welche die von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen bei unterschiedlichen ExpertInnen-LaiInnen-Gesprächen untersuchen. In Anlehnung an die von den oben zitierten AutorInnen vorgestellten Dolmetschstrategien werden die im Rahmen eines simulierten Gesprächs erhobenen Daten analysiert.

Das vierte Kapitel widmet sich den methodischen Voraussetzungen für die Umsetzung der durchgeführten Untersuchung, unter Berücksichtigung des Datenmaterials und der Transkriptionskonventionen. Des Weiteren wird ebenfalls die Authentizität und Repräsentativität inszenierter gedolmetschter Situationen behandelt..

Im Kapitel fünf ist die Analyse des Datenmaterials zu finden. In diesem Teil werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung präsentiert. Im Abschluss der vorliegenden Masterarbeit werden eine Zusammenfassung sowie Schlussbemerkungen präsentiert, in denen die aus den theoretischen Teilen gewonnenen Erkenntnisse mit den Ergebnissen der Untersuchung verglichen werden.

# 1. Fachsprache

Der Begriff „Fachsprache“ bezeichnet eine Variante der Gemeinsprache, welche der begrifflichen Bestimmung fachspezifischer Gegenstände und der Verständigung über die jeweiligen Fachgebiete dient. Es existiert nicht nur eine Fachsprache, sondern viele Fachsprachen, die in den jeweiligen Fachbereichen verwendet werden (vgl. Möhn/Pelka 1984: 26).

Bevor eine genauere Darstellung des Fachsprachenbegriffes erläutert wird, soll im Folgenden ein Einblick in die Fachsprachengeschichte gegeben werden.

## 1.1 Entstehung der Fachsprachen

Die Entstehung der Fachsprachen kann nicht vollständig beschrieben werden, weil zur Entwicklung verschiedener Fachsprachen nicht für alle Fachbereiche genügend Informationen überliefert wurden und spezifische Fachsprachen nicht für alle Disziplinen umfassend erforscht wurden. Es stehen nur wenige Quellen zur Verfügung. Wenn Fachsprache als ein Kommunikationsmittel in spezialisierten menschlichen Tätigkeitsbereichen bestimmt wird, ist ihre Entstehung „in allen Fällen anzunehmen, in denen Menschen eine Arbeitsteilung vorgenommen und diese mit einer entsprechenden Kommunikation verbunden haben“ (Roelcke 1999: 180). Das kann auch die vorgeschichtliche Zeit betreffen, in der es zur Entstehung fachsprachlicher Wortschatzeinheiten für die Beschaffung von Nahrungsmitteln und Herstellung von Werkzeugen unter Beibehaltung der allgemeinsprachlichen Syntax gekommen ist.

Es ist schwer, sowohl eine Periodisierung als auch eine Gliederung zu liefern. Bisher liegt keine detaillierte Schilderung der Fachsprachengeschichte vor (vgl. Roelcke 1999: 159). Die Periodisierungen der deutschen Sprachen nach Grimm und Scherer lassen sich nur bedingt auf die Fachsprachen anwenden, weil sie auf anderen Kriterien beruhen. Bei Roelcke (1999) wird ein Periodisierungsversuch der (deutschen) Fachsprachengeschichte geboten, der die europäische Kulturgeschichte und den Bestand deutscher Fachsprachen widerspiegelt. Die Einteilung besteht aus drei großen Perioden: Der mittelalterlichen, der frühneuzeitlichen und der neuzeitlichen Periode (vgl. Roelcke 1999: 179).

Die Periode der mittelalterlichen Fachsprachen reichte vom 8. Jahrhundert bis zur Mitte des 14. Jahrhunderts. Diese Zeit wird durch die freien, die dienenden und verbotenen Künste

charakterisiert (*Ars liberales, mechanicae* und *magicae*). In dieser Periode herrschten die Handwerkssprachen und der Mangel an einer deutschen Wissenschaftssprache vor, da die Artes liberales von der lateinischen Sprache, die als internationale Gelehrtensprache galt, geprägt waren. Es liegen nicht ausreichende Quellen zu dieser Zeit vor, sodass keine vollständige Darstellung der fachsprachlichen Entwicklung in dieser Zeit möglich ist (vgl. Roelcke 1999: 180ff.).

Vom 14. bis zum Ende des 17. Jahrhunderts erstreckt sich die zweite Periode: Die Periode der frühneuzeitlichen Fachsprachen. Es handelt sich um die Zeit des Humanismus und der Renaissance, die von den Handwerkssprachen gekennzeichnet ist. Die Expansion des Handels und die Entwicklung der handwerklichen Bereiche trugen zur Herausbildung fachsprachlicher Begriffe bei, sodass Frühformen von Fachsprachen entstanden. In dieser Zeit kamen nationalsprachliche Wissenschaftssprachen neben dem Lateinischen auf (vgl. Roelcke 1999: 187ff.).

Die dritte Periode umfasst die neuzeitlichen Fachsprachen und begann am Ende des 17. Jahrhunderts, der Zeit der Aufklärung, in der nationalsprachliche Institutions- und Wissenschaftssprachen entstanden. Dank der industriellen Revolution des 19. Jahrhunderts und des technischen Fortschrittes des 20. Jahrhunderts entwickelten sich auch die deutschen Techniksprachen heraus. In dieser Zeit war ein Rückgang der lateinischen Sprache als Wissenschaftssprache zu verzeichnen; lateinische Fachtermini wurden durch deutsche Fachtermini ersetzt. Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts wird als Zeit des Umbruchs bezeichnet, da sich die englische Sprache als internationale Sprache der Fachkommunikation behauptete (vgl. Roelcke 1999: 192ff.).

Die Fachsprachenforschung hat in den 1930er Jahren ihre Anfänge. Dabei erfolgt eine sprachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fachsprachen, die in starkem Maße innerhalb der jeweiligen Fachbereiche erfolgt. Erst in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Fachsprachenlinguistik als ein abgrenzbarer Bereich der Sprachwissenschaft. Neben dem Wortschatz wurden weitere verschiedene Forschungsschwerpunkte in Betracht gezogen, wie z.B. Bestimmung und Gliederung der Fachsprachen, die lexikalische Fachsprachensemantik, die Fachsprachengrammatik, fachsprachliche Pragmatik usw. Trotz dieser unterschiedlichen Aspekte besteht immer noch eine große Anzahl von Forschungsdefiziten in der Fachsprachenforschung (vgl. Roelcke 1999: 204f.).

## 1.2 Begriffserklärung und Definitionsversuche

Bis dato existiert keine einheitliche Definition des Begriffes der Fachsprache. Es liegen verschiedene Definitionsversuche vor, die jedoch nicht eindeutig sind (vgl. Fluck 1985: 193). Menzel (1996) führt beispielsweise aus, dass das Problem einer einheitlichen Definition darin besteht, dass die Fachsprache nicht vollständig von der Gemeinsprache abgrenzbar ist (vgl. Menzel 1996: 33). Bevor wir uns mit der Fachsprache beschäftigen, ist es demnach notwendig, den Terminus der Gemeinsprache zu definieren. Hoffmann (1985) definiert die Gemeinsprache als „jenes Instrumentarium an sprachlichen Mitteln, über das alle Angehörigen einer Sprachgemeinschaft verfügen und das deshalb die sprachliche Verständigung zwischen ihnen möglich macht“ (Hoffmann 1985: 48). Der Begriff „Fachsprache“ bezeichnet dagegen eine Sprache, die einem Fach zugeordnet ist und mündlich oder schriftlich erfolgen kann. Der Begriff „Fach“ selbst wird von Rosemarie Gläser (1990) wie folgt definiert.

Eine in sich strukturierte Menge von Wissensbeständen und Kenntnissystemen sowie ein System von gegenstandsbedingten und zielgerichteten Handlungsweisen in einer bestimmten Sphäre der gesellschaftlichen Tätigkeit [...], eine Ergebnisform der gesellschaftlichen Arbeitsteilung mit fortschreitender Spezialisierung. (Gläser 1990: 14)

Eine in der Linguistik akzeptierte und anerkannte Definition von „Fachsprache“ finden wir bei Hoffmann (1985): „Fachsprache – das ist die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.“ (Hoffmann 1985: 53)

Diese Definition wird als gute Beschreibungsgrundlage betrachtet, die aber laut Hartwig Kalverkämper (1999) einer Differenzierung und Präzisierung bedarf. Um eine genauere Beschreibung des Begriffes „Fachsprache“ zu liefern, ist es notwendig zu unterscheiden, in welchem Sinne der Ausdruck verwendet wird. Wenn der Begriff „Fachsprache“ im Rahmen einer bestimmten Einzelsprache verstanden wird, verlangt der Ausdruck eine attributive Ergänzung, welche das Fach und die Einzelsprache definiert, wie z.B. die deutsche Fachsprache der Dermatologie. Wenn der Begriff „Fachsprache“ im Verständnis übereinzelsprachlicher Geltung verwendet wird, deutet dieser auf das Fachsprachliche als prinzipielle Eigenschaft der Kommunikation hin (vgl. Kalverkämper 1999: 33).

Andere Definitions- und Beschreibungsversuche von Fachsprache werden auch von Wilhelm Schmidt (1969) und Möhn/Pelka (1984) geliefert. Schmidt beschreibt Fachsprache folgendermaßen:

Mittel einer optimalen Verständigung über ein Fachgebiet unter Fachleuten; sie ist gekennzeichnet durch einen spezifischen Fachwortschatz und spezielle Normen für die Auswahl, Verwendung und Frequenz gemeinsprachlicher, lexikalischer und grammatischer Mittel; sie existiert nicht als selbständige Erscheinungsform der Sprache. Sondern wird in Fachtexten aktualisiert, die außer der Fachsprachlichen Schicht immer gemeinsprachliche Elemente enthalten. (Schmidt 1969: 17)

Bei Möhn/Pelka (1984) wird folgende Definition angeboten:

Die Variante der Gesamtsprache, die der Erkenntnis und begrifflichen Bestimmung fachspezifischer Gegebenheiten sowie der Verständigung über sie dient und damit den spezifischen kommunikativen Bedürfnissen im Fach allgemein Rechnung trägt. (Möhn/Pelka 1984: 26)

Drozd/Seibicke (1973) liefern folgende Definition:

Als Fachsprache betrachtet man eine Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem bestimmten Bereich der menschlichen Tätigkeit zweckgebunden und die für eine spezifische Stilphäre kennzeichnend sind und sich von anderen Stilrichtungen und -typen abheben. (Drozd/Seibicke 1973: 81)

Aus den oben angeführten Definitionen kann man verschiedene Hauptmerkmale der Fachsprachen erkennen. Sie sind funktional, ermöglichen die Kommunikation innerhalb einer bestimmten Gruppe von Fachleuten bzw. eines bestimmten Faches, enthalten gemeinsprachliche Elemente und sind Subsysteme der Gesamtsprache. Jeder Fachbereich hat seine Fachsprache. All diese Eigenschaften der Fachsprache werden in der Definition von Lothar Hoffmann (1985) berücksichtigt.

In all den oben angeführten Definitionen wird Fachsprache nicht als ein eigenes Sprachsystem betrachtet, sondern als ein Teil der Allgemeinsprache, die in fachspezifischen Bereichen verwendet wird und von spezifischen kommunikativen und funktionalen Tätigkeitsmerkmalen geprägt ist. Deswegen ist es nicht in allen Kontexten möglich, einen deutlichen Unterschied zwischen Fach- und Gemeinsprache auszumachen (vgl. Bock 1976: 11).

### **1.3 Fachsprache vs. Gemeinsprache**

Die Begriffe Fach- und Gemeinsprache werden sowohl von LaiInnen als auch von linguistischen Fachleuten sehr oft als Antonyme verwendet. Es existiert aber keine Fachsprache, die nicht aus der Gemeinsprache erwachsen ist und keine nichtfachsprachlichen Elemente aufweist. Aus diesem Grund ist es nicht korrekt, sie als ein Gegensatzpaar zu betrachten (vgl. Dörr 2014: 30).

Über die unmögliche eindeutige Grenzziehung zwischen einer Fachsprache und einer Gemeinsprache schreibt Klute (1975) und betont deren enge Beziehung:

Die Grenze zwischen Fachsprachen und Gemeinsprache ist offen. Es gibt keine Fachsprache, die nicht zum größten Teil aus lexikalischen und syntaktischen Elementen der Gemeinsprache besteht. Umgekehrt wirken Fachsprachen ständig auf die Gemeinsprache ein, indem sie vor allem deren Wortschatz bereichern. (Klute 1975: 6)

Fach- und Gemeinsprache befinden sich im kontinuierlichen Austausch und bereichern und ergänzen sich gegenseitig. Durch diese kontinuierliche Bereicherung und Ergänzung wird die Fachsprachlichkeit einiger ursprünglicher Fachtermini und -ausdrücke kaum wahrgenommen, weil sie in der Gemeinsprache oft vorkommen (vgl. Fraas 1999: 437). Dieses Phänomen betrifft vor allem jene Fachbereiche, die für LaiInnen besonders relevant sind (vgl. Möhn/Pelka 1984: 142f) oder einen großen Bedarf an allgemeinsprachlichen Wörtern haben, wie z.B. Medizin, Technik und Rechtswissenschaft (vgl. Albrecht 1995: 125ff.).

Der Begriff „Gemeinsprache“ entzieht sich ebenfalls einer einfachen Definition. Laut Hoffmann (1999a) ist es unmöglich, alle gemeinsprachlichen Elemente aufzulisten. Deswegen ist die Verwendung des Terminus „Gesamtsprache“ zu empfehlen. Die Gesamtsprache enthält alle Ausprägungen einer Einzelsprache, die in ihrer Vollständigkeit von keinem Menschen benutzt wird und in keinem Wörterbuch beschrieben wird. Diese linguistische Gesamtheit kann in viele verschiedene Subsysteme (oder Varietäten) aufgeteilt werden (vgl. Hoffmann 1999a: 162).

#### **1.4 Kennzeichnende Hauptmerkmale der Fachsprache**

Trotz der unmöglichen vollständigen Abgrenzung von Fach- und Gemeinsprache lassen sich einige Merkmalskomplexe feststellen, die eine Gegenüberstellung von Fach- und Gemeinsprache ermöglichen. Rainer Wimmer (1982) skizziert diese Gegenüberstellung folgendermaßen (vgl. Wimmer 1982: 17):

- 1) Präzision vs. Vagheit
- 2) Ökonomie vs. Redundanz
- 3) Situationsinvarianz vs. Situationsvielfalt
- 4) Eindeutigkeit vs. Bezeichnungsvielfalt
- 5) Fach- und Sachbezogenheit vs. Themenvielfalt
- 6) Theoretisches Niveau vs. Alltäglichkeit

Links sind jeweils Eigenschaften der Fachsprachen genannt und rechts die Eigenschaften der Gemeinsprache.

In den nächsten Unterkapiteln werden die Hauptmerkmale der Fachsprache auf lexikalischer und syntaktischer Ebene näher beschrieben.

#### **1.4.1 Lexik**

Die Lexik ist die sprachliche Ebene, die die Differenzierung zwischen Gemein- und Fachsprache am deutlichsten aufzeigt (vgl. Mushchinina 2017: 39). Fachwörter tragen die Hauptinformation der fachlichen Kommunikation und dank ihres fachbezogenen Inhalts und teilweise auch dank ihrer Form lassen sich Fachtermini von Allgemeinwörtern unterscheiden. Ein Beispiel dafür ist das Wort *Mutter*, das im technischen Bereich ein Gegenstück zur Schraube bezeichnet. Die Pluralform des Wortes lautet *Muttern*, die vom gemeinsprachlichen Plural *Mütter* zu unterscheiden ist (vgl. Fluck 1997: 20). Fachwörter sind präziser und kontextautonomer als allgemeinsprachliche Wörter. Weitere Eigenschaften sind die Exaktheit (genaue Bedeutungsfestlegung des Fachworts), Begrifflichkeit (Einbindung des Terminus in ein Begriffssystem), Eindeutigkeit (auf eine bestimmte fachliche Erscheinung bezogen) und stilistische Neutralität (auf die Rationalität und Objektbezogenheit fachlicher Verständigung bezogen) (vgl. Hoffmann 1985: 308f). Das Substantiv ist die Wortart, bei der die Differenzierung am stärksten erkennbar ist. Aber auch Adjektive, Verben und Adverbien können fachsprachliche Merkmale aufweisen. Dank der Fachterminologie wird ein genauer Bezug zwischen den fachsprachlichen Wörtern und den zu benennenden Gegenständen, der zur Exaktheit führt, ermöglicht. Fachwörter besitzen in der Regel keine Konnotation (vgl. Hüging 2011: 7).

Entlehnungen aus anderen Sprachen und Lehnübersetzungen sind in Fachsprachen sehr präsent. Das entlehnte Wort wird der Morphologie und Phonetik der Zielsprache angepasst, wie z.B. *Pacemaker* (vgl. Fluck 1985: 47).

#### **1.4.2 Syntax**

Eine weitere Diskrepanz zwischen Fach- und Gemeinsprache liegt in der Syntax, in der folgende kennzeichnende Merkmale erkannt wurden: Vorherrschen des Präsens, häufige Passivbildungen und -umschreibungen, unpersönliche Sätze und starke Nominalisierung (vgl. Fluck 1997: 20). Sehr beliebt sind in der Fachsprache auch Funktionsverbgefüge, bei denen eine Sinnentleerung des Verbes erfolgt, wie z.B. *eine Untersuchung durchführen, zur Sprache*

*kommen*. Weitere Merkmale der fachsprachlichen Syntax sind: Infinitiv- und Partizipialkonstruktionen, Neben- und Relativsätze (vgl. Hüging 2011: 8). Ein Beispiel dafür ist der Satz „*Die vom Krankenhaus übermittelte Nachricht*“, der normalerweise ohne Partizipialkonstruktion ausgesprochen wird: *Die Nachricht, die vom Krankenhaus übermittelt wurde*. Da ein hoher Objektivitätsanspruch erfüllt werden muss, werden in der fachsprachlichen Syntax viele Anonymisierungen verwendet: Die Ich-Form wird beispielsweise häufig vermieden und es wird auf unbestimmte Pronomen und Verbformen zurückgegriffen. Dadurch wird auch die Gültigkeit der Aussagen hervorgehoben, so z.B. *die Untersuchung des Patienten ergab...* und nicht *Als ich den Patienten untersuchte, ergab dies...* (vgl. Hoffmann 1999b: 422).

## **1.5 Gliederung von Fachsprachen nach Hoffmann (1985)**

Fachsprachen sind genauso vielfältig wie die Fachgebiete und ermöglichen die bestmögliche Kommunikation innerhalb des jeweiligen Fachbereichs. Hoffmann führt in diesem Zusammenhang aus, dass jede Fachsprache verschiedene Schichten aufzeigt und von den anderen Fachsprachen abgegrenzt werden kann. Fachsprachen können in diesem Sinne sowohl horizontal als auch vertikal geschichtet sein. Die horizontale Schichtung beschäftigt sich mit der Tatsache, dass es nicht nur eine Fachsprache gibt, sondern viele verschiedene Fachsprachen und Fachrichtungen. Die vertikale Schichtung beschreibt den Fachlichkeitsgrad (vgl. Hoffmann 1985: 58-70). Im Folgenden wird das Schichtenmodell von Hoffmann näher beschrieben.

### **1.5.1 Horizontale Schichtung**

Es liegen mehrere Herangehensweisen zur horizontalen Schichtung vor, die sich an verschiedenen Kriterien orientieren. Trotzdem werden Fachsprachen in der Regel nach einer inhalts- und schwerpunktorientierten Klassifikation eingeordnet (vgl. Dörr 2014: 35).

Lothar Hoffmann (1985) bietet eine horizontale Gliederung von Fachsprachen an, die sich nach sprachlichen Verwandtschaftsgraden der einzelnen Fachsprachen richtet. In dieser Skala werden die sprachlichen Mittel der Fachsprachen auf allen Sprachebenen verglichen. Im Folgenden soll eine Abbildung der horizontalen Gliederung veranschaulicht werden.

Künstl. Prosa	Literaturwissensch.	Pädagogik	Philosophie	...	Ökonomie d. Land- u. Nahrungsgüterwirtschaft	...	
Landwirtschaftswissensch.	Tierproduktion u. Veterinärmedizin	...	Bauwesen	...	Maschinenbau	...	
Elektrotechnik	...	Medizin	...	Chemie	Physik	Mathematik	...

Abb. 1: Horizontale Gliederung der Fachsprachen nach Hoffmann (1985: 58)

Die Einordnung sieht an erster Stelle die Geisteswissenschaften vor. Fortgesetzt wird mit den Technikwissenschaften und am Ende stehen die Naturwissenschaften. Durch diese Gliederung werden die Beziehungen und Gemeinsamkeiten zwischen den benachbarten Fachsprachen veranschaulicht (vgl. Hoffmann 1985: 58ff.).

### 1.5.2 Vertikale Schichtung

Auch bei der vertikalen Schichtung von Fachsprachen wurden mehrere Modelle entworfen. Ein der bekanntesten Modelle findet sich wiederum bei Lothar Hoffmann (1985) und wird im Folgenden veranschaulicht.

Abstraktionsstufe	Außere Sprachform	Milieu	Kommunikations-teilnehmer
A (höchste)	künstliche Symbole für Elemente und Relationen	theoretische Grundlagenwissenschaften	Wissenschaftler <> Wissenschaftler
B (sehr hoch)	künstliche Symbole für Elemente; natürliche Sprache für Relationen (Syntax)	experimentelle Wissenschaften	Wissenschaftler (Techniker) <> Wissenschaftler (Techniker) <> wissenschaftlich-technische Hilfskräfte
C (hoch)	natürliche Sprache mit einem sehr hohen Anteil an Fachterminologie und einer streng determinierten Syntax	angewandte Wissenschaften und Technik	Wissenschaftler (Techniker) <> wissenschaftliche und technische Leiter der materiellen Produktion
D (niedrig)	natürliche Sprache mit einem hohen Anteil an Fachterminologie und einer relativ ungebundenen Syntax	materielle Produktion	wissenschaftliche und technische Leiter der materiellen Produktion <> Meister <> Facharbeiter (Angestellte)
E (sehr niedrig)	natürliche Sprache mit einigen Fachtermini und ungebundener Syntax	Konsumtion	Vertreter der materiellen Produktion <> Vertreter des Handels <> Konsumenten <> Konsumenten

Abb. 2: Vertikale Schichtung der Fachsprachen nach Hoffmann (1985: 64).

In seiner Gliederung sind vier Kriterien für die Einordnung auf fünf Ebenen zu finden. Die vier Kriterien lauten: Abstraktionsstufe, äußere Sprachform, Milieu und Kommunikationsteilnehmer. Das erste Kriterium schildert den Abstand zwischen Fach- und Gemeinsprache, wobei die Top-Down-Skala von A (höchste Abstraktionsstufe) bis E (niedrigste Abstraktionsstufe) reicht. Die „äußere Sprachform“ widmet sich der Lexik, Syntax und den formal-symbolischen Elementen. Die Kategorie „Milieu“ ist der situative Kontext der Fachkommunikation und das Kriterium „Kommunikationsteilnehmer“ bestimmt ihre Sozialschicht (vgl. Hoffmann 1985: 64ff). Im Hoffmanns Modell befinden sich die Wissenschaftssprachen in den oberen Schichten, was von den anderen AutorInnen u.a. mit dem Argument kritisiert wurde, dass er sich auf ein lexikalisches Paradigma konzentriert. Darüber hinaus wurde die Subjektivität des Modells kritisiert, da die Zuordnung der Fachsprachen subjektiven Entscheidungen unterliegt (vgl. Dörr 2014: 36).

### **1.5.3 Fachlichkeitsgrad**

Die Fachlichkeit ist eine Qualität, die von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren abhängt und sich nicht einfach messen lässt, weil sie keine konstante Größe darstellt, sondern dynamisch ist. Das wird in der vertikalen Fachsprachenschichtung von Hoffmann (1985) veranschaulicht, in der er mittels unterschiedlicher Grauschattierungen zwischen Fachtexten mit hoher Abstraktionsstufe und Gemeinsprache mit der niedrigsten Abstraktionsstufe unterscheidet. Diese unterschiedlichen Stufen zeigen verschiedene Fachlichkeitsgrade auf (vgl. Dörr 2014: 37f.).

Eine Grundregel zur Bestimmung der Fachlichkeit wird von Baumann (1994) angeführt: „Der Grad der Fachlichkeit von Texten ist dann hoch, wenn der Abstraktionsgrad bei der sprachlichen Realisierung von Bewusstseinsinhalten hoch ist“ (Baumann 1994: 91).

Laut dieser Definition spiegelt Hoffmanns vertikales Schichtenmodell nur eine grobe Bestimmung des Fachlichkeitsgrades wider. Deswegen entwarf Baumann in den 1990er Jahren ein neues Modell von Fachlichkeit, das die Fachlichkeit auf unterschiedlichen Ebenen untersucht. Das Modell beruht auf dem Top-Down-Prinzip und sieht an erster Stelle abstrakte und textexterne Untersuchungsfaktoren vor. Erst danach folgen die textinternen und konkreten Merkmalskomplexe. Im Folgenden werden die von Baumann behandelten Hauptfaktoren aufgelistet: Kulturelle, soziale, situative, kognitive, inhaltlich-gegenständliche, funktionale, textuelle, stilistische, syntaktische, lexikalisch-semantische, morphologische, phonetische und graphemische Merkmale (vgl. Baumann 2011: 88).

Gekennzeichnet wird dieses Modell vor allem von seiner Flexibilität, dank der es zur Beschreibung des Fachlichkeitsgrades eines Textes nicht erforderlich ist, alle Dimensionen zu berücksichtigen. Eine unverzichtbare Dimension ist aus einer Sicht jedoch die lexikalisch-semantic Dimension, da der Fachwortschatz ein grundlegendes Merkmal der Fachsprachen ist (vgl. Baumann 1994: 125).

Da der Schwerpunkt der vorliegenden Masterarbeit auf der ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation im medizinischen Bereich liegt, soll im Folgenden eine nähere Beschreibung der medizinischen Fachsprache und anschließend der ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation geboten werden.

## **1.6 Die medizinische Fachsprache**

Wie in den vorherigen Kapiteln ausgeführt, ist die Setzung einer eindeutigen Trennlinie zwischen Fach- und Gemeinsprache nicht möglich. Das betrifft auch die verschiedenen Fachsprachen, da sie nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind. Laut Hoffmann (1985) kann die medizinische Fachsprache als Subsystem einer „allgemeinen wissenschaftlichen Fachsprache“ betrachtet werden und unterscheidet sich von den anderen Fachsprachen durch bestimmte Merkmale, die auf morphosyntaktischer, lexikalischer und textueller Ebene zu finden sind (vgl. Hoffmann 1985: 62). Es handelt sich um jene Fachsprache, die von ÄrztInnen sowie Angehörigen anderer Therapieberufe in Kliniken, Praxen oder im Bereich der Forschung und Lehre verwendet wird, um medizinische Sachverhalte zu benennen (vgl. Steger 2018: 7). Wie bei jeder Fachsprache stellt die Lexik auch in der medizinischen Fachsprache die Ebene dar, die die Differenzierung zu den anderen Fachsprachen am deutlichsten aufzeigt (vgl. Möhn/Pelka 1984: 26), weil die ständige Entwicklung der Wissenschaft zur Entstehung neuer Fachtermini beiträgt (vgl. Magris 1992: 3).

Die Medizin verfügt über eine große Menge an Fachausdrücken, die sich im Laufe der Jahrtausende herausgebildet haben. Dazu haben viele verschiedene Kulturen beigetragen, insbesondere die lateinische und griechische Kultur. Auf diese ist die Herkunft vieler heutiger medizinischer Begriffe zurückzuführen (vgl. Steger 2018: 7f.).

Im 19. Jahrhundert setzte sich der Anatom Joseph Hyrtl für eine Systematisierung der vielfältigen medizinischen Ausdrücke ein. 1895 fand die neunte Versammlung der Anatomischen Gesellschaft in Basel statt, wo die erste anatomische Nomenklatur festgelegt wurde (Basler Nomina Anatomica, BNA). Körperteile des Menschen wurden systematisch und unter Verwendung einer international gültigen Nomenklatur bezeichnet. In den folgenden

Jahrzehnten entstanden in Paris (PNA) und Jena neue anatomische Nomenklaturen, die die folgenden Hauptmerkmale aufzeigten:

Jedes Organ soll nur durch einen Ausdruck bezeichnet werden. Die Bezeichnungen sollen möglichst dem Lateinischen entstammen. Die Ausdrücke sollen möglichst kurz sein. Unterschiedliche Attribute sollen sich gegensätzlich verhalten (z.B. anterior und posterior oder superior und inferior). (Steger 2018: 9)

Die heutige gültige anatomische Nomenklatur stammt aus der Pariser Nomina Anatomica, die in den 1960er Jahren in New York nachgearbeitet wurde (vgl. Steger 2018: 9).

Um die Eigenschaften der medizinischen Fachsprache besser zu verstehen, soll im Folgenden ein Überblick über ihre Varietäten und Sprachebenen präsentiert werden.

### **1.6.1 Varietäten der medizinischen Fachsprache**

Die medizinische Fachsprache kann in zwei Varietäten unterteilt werden: Die Fachsprache der theoretisch-wissenschaftlichen Medizin und die Fachsprache der klinischen Medizin. In der ersten Varietät findet sich ein hoher Bedarf an präzisen Klassifizierungen, die Terminologie und Stil beeinflussen. Die zweite Varietät weist eine praktische Orientierung auf und verwendet häufiger Sammelbegriffe (vgl. Magris 1992: 5).

In der Medizin finden sich so viele Subfachsprachen wie es die medizinischen Fachgebiete gibt, d.h. es kann zwischen der Fachsprache der Gynäkologie, Onkologie, Kardiologie usw. differenziert werden. Diese Subsysteme teilen viele ähnliche Merkmale, die die Abgrenzung zwischen den verschiedenen medizinischen Subfachsprachen besonders erschweren (vgl. Magris 1992: 5).

In den folgenden Unterkapiteln soll eine detailliertere Beschreibung der medizinischen Fachsprache auf der lexikalischen und morphosyntaktischen Sprachebene gegeben werden. Die textuelle Ebene wird nicht näher beschrieben, da sie für die Ziele der vorliegenden Masterarbeit nicht zentral ist.

### **1.6.2 Lexik**

Wie bereits erwähnt, zeigt die lexikalische Ebene die Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Fachsprachen am deutlichsten auf. Trotzdem findet auch in der Lexik eine Überlagerung der medizinischen Fachsprache mit anderen Fachsprachen statt. Aufgrund der ständig wachsenden Interdisziplinarität der Wissenschaften sind in der medizinischen

Kommunikation Termini aus den Bereichen Pharmakologie, Chemie, Physik usw. zu finden (vgl. Magris 1992: 17f.).

Die Besonderheit des medizinischen Fachwortschatzes ist die lateinische und griechische Etymologie zahlreicher Fachwörter. Das gilt für alle europäischen Sprachen, wobei die Verwendung von aus diesen klassischen Sprachen stammenden Fachtermini bei den germanischen Sprachen noch auffälliger ist (vgl. Lucchesi 1987: 8). Das Fortbestehen an gräkolateinischen Fachwörtern hat historische und linguistische Ursachen, da die Medizin ihre Anfänge in der griechischen und lateinischen Kultur hat: Der „Vater der Medizin“ war der berühmte griechische Arzt Hippokrates. Außerdem wurde in den oberen Schichten der Gesellschaft in ganz Europa jahrhundertlang Latein und Griechisch gesprochen und daher auch von ÄrztInnen verwendet (vgl. Magris 1992: 21). Was die linguistischen Ursachen betrifft, sind Kürze und Präzision der Benennungen der „toten Sprachen“ zu nennen, die eine rasche und exakte Verständigung über komplizierte Sachverhalte ermöglichen. Die besondere Fähigkeit der griechischen Sprache ermöglicht, mehrere beliebige Wörter zu langen Komposita zusammenzufügen. Dadurch werden eine gewisse Kürze und Exaktheit des Ausdrucks erzielt. Ein Beispiel dafür ist der Terminus „Enzephalozystozele“, d.h. angeborene bruchartige Ausstülpung des Gehirns und seiner Häute durch einen Defekt im knöchernen Schädeldach. Kürze und Präzision des Terminus werden auch vom Lateinischen hervorgebracht. Z.B. „Divertikel“, aus dem Lateinischen „divertere“: vom Hauptweg abzweigen, sich trennen. Es bezeichnet eine sackförmige Ausstülpung umschriebener Wandteile eines Hohlorgans, die sich eindeutig vom Lumen absetzen (vgl. Steger 2018: 15f.). Ein weiterer wichtiger Grund für die Verwendung der klassischen Sprachen ist die internationale Einheitlichkeit der Bezeichnungen (vgl. Karenberg 2011: 7).

### **1.6.2.1 Wortbildung**

Die medizinische Fachsprache verfügt über dieselben Wortbildungsstrategien wie die anderen Fachsprachen. Sie unterscheidet sich aber durch die Anwendung dieser Strategien. Da die medizinische Fachsprache eine hohe Exaktheit benötigt, werden jene Wortbildungsstrategien, welche komplexe Konzepte systematisch ausdrücken können, vorgezogen (vgl. Magris 1992: 29f.).

Medizinische Fachbegriffe bestehen aus einem oder mehreren der folgenden Wortbestandteile: Präfix, Wortstamm, Bindevokal und Suffix. Die Mehrheit der Begriffe der Medizin enthalten zumindest einen Wortstamm und ein Suffix. Komplexe Ausdrücke können

auch mehrere Wortstämme, Bindevokale, Präfix und Suffix aufzeigen (vgl. Karenberg 2011: 7). Laut Creeze (2013: 35) sind folgende Kombinationen am üblichsten:

1. Wortstamm + Wortstamm
2. Wortstamm + Suffix
3. Präfix + Wortstamm + Suffix
4. Wortstamm + Bindevokal + Wortstamm

Die Affigierung wird in der medizinischen Fachsprache sehr oft verwendet. Durch das Anfügen eines Präfixes oder Suffixes an den Wortstamm werden verschiedene Merkmale des jeweiligen Konzeptes deutlich gemacht, wie z.B. Zahl, Größe, Normalität und Abnormalität, Ort usw. (vgl. Lucchesi 1987: 7). Die Mehrheit der Präfixe und Suffixe sind lateinischen und griechischen Ursprungs. In den folgenden Tabellen werden einige Beispiele von Präfixen und Suffixen angeführt. In der ersten Spalte befindet sich das Präfix bzw. Suffix. Die zweite Spalte ist der Bedeutung des jeweiligen Präfixes bzw. Suffixes gewidmet. In der dritten Spalte ist der medizinische Terminus als Beispiel zu finden. Ganz rechts steht die Bedeutung des Fachwortes.

Präfix	Bedeutung	Beispiel	Bedeutung
<i>infra-</i>	unterhalb	infraklavikulär	unterhalb des Schlüsselbeins
<i>inter-</i>	zwischen	Interstitium	Zwischenraum
<i>intra-</i>	innen, innerhalb	intravenös	in/innerhalb der Vene
<i>iuxta-</i>	nahe bei, neben	Juxtaklomerulärer Apparat	für die Steuerung des Wasser- und Elektrolythaushalts sowie des Blutdrucks wichtige Mikrostruktur im Nierengewebe
<i>kata-</i>	hinab, nach	Katabolismus	Abbaustoffwechsel
<i>meso-</i>	zwischen, in der Mitte von	Mesencephalon	Mittelhirn

Tabelle 1: Präfixe in der medizinischen Fachsprache (Steger 2018: 72)

Suffix	Bedeutung	Beispiele	Bedeutung
<i>-ia</i> [dt.: <i>-ie</i> ]	<b>krank- hafter Zustand</b>	Bulimie	Essstörung mit Wechsel zwischen Heißhungerattacken und Maßnahmen zum Gewichtsverlust (z.B. Erbrechen)
		Diphtherie	akute Infektionskrankheit der oberen Atemwege
	<b>Tätigkeit</b>	Gastroskopie	Magenspiegelung
		Laparotomie	Bauchschnitt
<b>Wissens- gebiet</b>	Anatomie	Lehre vom Bau der Körper- teile	
	Pädiatrie	Kinderheilkunde	
<i>-itis</i>	<b>Entzün- dung</b>	Gastritis	Magenschleimhaut- entzündung
		Hepatitis	Leberentzündung
		Nephritis	Nierenentzündung
		Pulpitis	Zahnmarkentzündung
		Sialadenitis	Entzündung einer Speichel- drüse
<i>-om</i>	<b>Ge- schwulst- bildung (gut- und böartig)</b>	Adenom	gutartige Schleim- hautgeschwulst
		Karzinom	aus Drüsengewebe hervorge- hende bösartige Epithelge- schwulst (Deckschicht von Haut und Schleimhäuten)

Tabelle 2: Substantivsuffixe in der medizinischen Fachsprache (Steger 2018: 64f.).

Bindevokale tragen im Gegensatz zu Präfixen und Suffixen keine Bedeutung, da sie nur für die Bildung der Fachwörter gebraucht werden (vgl. Steger 2018: 63). Sie verbinden nämlich zwei oder mehrere Wortstämme, wie z.B. beim Fachwort „Gastroenterologie“, d.h. die Lehre vom Magen-Darm-Trakt. Dieser Terminus besteht aus den zwei Wortstämmen „gastr“ und „enter“. Die Bindevokale sind jeweils ein „o“ nach „gastr“ und „enter“ (vgl. Steger 2018: 74).

Wie bei den Präfixen und Suffixen, sind die Wortstämme der medizinischen Fachausdrücke auf die klassischen Sprachen zurückzuführen. Dies ist bereits bei der Bezeichnung der medizinischen Fachgebiete festzustellen, wie z.B. „Hämatologie“. Dieser Fachausdruck besteht aus den Wortstämmen „Häma“ (aus dem Griechischen *Haima*; Blut) und „logie“ (aus dem Griechischen *logos*; Sprache). Ein weiteres Beispiel ist „Immunologie“. Der erste Wortstamm ist „Immun“ (aus dem Latein *immunis*; frei, unberührt, rein) und der zweite „logie“ (aus dem Griechischen *logos*; Sprache) (vgl. Steger 2018: 20f.).

Neben den Einworttermini, welche nur aus einem Begriff bestehen, werden in der Medizin auch sehr oft Mehrworttermini verwendet. Ein Mehrwortterminus ist Ausdruck einer Begriffsverbindung und der aus dieser Verbindung entstandene Begriff „ist bestimmt durch die

Begriffe (Konstituenten), die die Verbindung eingegangen sind, und durch die zwischen ihnen bestehenden Relationen“ (Hoffmann 1985: 170). Ein kennzeichnendes Merkmal der Mehrworttermini ist die Präzision. Komplexe Mehrworttermini sind in der Regel lange Wortverbindungen, die die Kommunikation erschweren. Daher werden sie oft durch Akronyme bzw. Sigel verkürzt. Die Mehrheit der Sigel und Akronyme sind Lehnwörter aus dem Englischen, wie z.B.:

HIV = Human Immunodeficiency Virus

AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome

ELISA = Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

CT = Computerized Tomography

Die oben angeführten Akronyme und Sigel ermöglichen eine Verkürzung der Wortverbindungen und gleichzeitig eine präzise und rasche Kommunikation (vgl. Magris 1992: 55).

### **1.6.3 Morphosyntax**

Die medizinische Fachsprache zeigt kennzeichnende Merkmale auch auf morphosyntaktischer Ebene auf. Da eine der wichtigsten Funktionen der Sprache der Medizin die objektive Informationsvermittlung ist, sind zahlreiche Nominalisierungen, Passivbildungen und -umschreibungen sowie unpersönliche Sätze zu finden. Nominalisierungen erscheinen normalerweise in Form eines Funktionsverbgefüges, bei dem eine Sinnentleerung des Verbes erfolgt und das Substantiv den Sinn trägt, wie z.B. *eine Untersuchung durchführen*, oder in Form einer nominalen Wortverbindung, z.B. *Zur Einleitung der Gewichtsreduktion* (vgl. Magris 1992:66f.). Wie bei den anderen Fachsprachen sind Passivbildungen und -umschreibungen sehr verbreitet. Die Verwendung des Passivs ermöglicht eine neutrale Darstellung eines Sachverhaltes, indem das Subjekt unerwähnt bleiben kann (vgl. Hoffmann 1985: 106).

Das zweite Kapitel der vorliegenden Masterarbeit wird sich mit dem Thema Dolmetschen im Gesundheitsbereich beschäftigen. Hier wird das Dolmetschen in diesem spezifischen Setting vorgestellt und die wichtigsten Merkmale besprochen. Näher behandelt wird das Dolmetschen bei einem Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch.

## 2. Dolmetschen im medizinischen Bereich

In den modernen multikulturellen Gesellschaften, die von zunehmender Migration geprägt sind und in denen Menschen verschiedener Herkunft leben, sehen sich einzelne Länder mit der Notwendigkeit konfrontiert, Personen in öffentlichen Einrichtungen zu betreuen, die der Sprache des jeweiligen Landes nicht mächtig sind. Dieses Phänomen wird von Pöchhacker (2000) als „intrasozialer Kommunikationsbedarf mit Anderssprachigen“ bezeichnet. Dieser Kommunikationsbedarf wird vor allem im Gesundheitsbereich benötigt, in dem das Krankenhaus die zentrale Einrichtung ist (vgl. Pöchhacker 2000: 141).

Die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen wird von den sprachlichen und kulturellen Unterschieden zusätzlich erschwert. Roter (2002) führt aus, dass die Kommunikation „is far more complicated when the basic rules that govern communication are uncertain or unclear, as in the case of cross-cultural communication“ (Roter 2002: 390). Das betrifft laut Roter (2002) vor allem die Situationen, in denen die Gesprächsparteien zwei verschiedene Sprachen beherrschen oder eine andere Kommunikationsart verwenden (Gebärdensprache) oder PatientInnen eingeschränkte Lese- und Schreibfähigkeiten aufweisen und nicht in der Lage sind, den/die MedizinerIn zu verstehen bzw. sich auszudrücken (vgl. Roter 2002: 390).

Das Problem der Sprachbarriere zwischen Medizinpersonal und fremdsprachigen PatientInnen kann laut Pöchhacker (2000) auf verschiedenen Weisen behoben werden. Die beste Option für die Kommunikation zwischen fremdsprachigen PatientInnen und Krankenhauspersonal ist das Hinzuziehen von fremdsprachigem Personal, welches in der Lage ist, die „Anderssprachigen“ direkt in der jeweiligen Fremdsprache zu betreuen. Dennoch kann diese Ideallösung bei großen MigrantInnengruppen problematisch sein. Darüber hinaus werden Zweisprachigkeit und Bikulturalität der ÄrztInnen nur selten überprüft (vgl. Pöchhacker 2000: 142).

Eine weitere Option ist laut Pöchhacker (2000) der Einsatz von geschultem Beratungspersonal, welches zusätzlich am Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch teilnimmt. Auf Englisch werden solche Personen „community health workers“, „case managers“ und health educators“ genannt. Ein Beispiel dafür ist der Wiener Modellversuch der „Muttersprachlichen

Beraterinnen für türkische Spitalspatientinnen“, der am Ende der 80er Jahren im Rahmen eines WHO-Projekts<sup>1</sup> gestartet wurde. In diesem Modell-Projekt wurden türkische Frauen, die in Wien Medizin studierten, an zwei Wiener Krankenhäusern im Bereich Gynäkologie eingesetzt. Ihre Aufgabe bestand darin, nicht nur die sprachliche Verständigung zu ermöglichen sondern auch eine geeignete kulturelle Vermittlung zu gewährleisten, indem sie die kulturellen Unterschiede zwischen ÄrztInnen und PatientInnen überbrückten (vgl. Pöchhacker 2000: 147f.).

Zur Gewährleistung von Aufklärung und Information im Krankenhaus weist Pöchhacker (2000) des Weiteren auf schriftliches Material hin, wie z.B. Broschüren und Formulare, in den betreffenden Fremdsprachen. Diese sollen aber nur als Hilfsmittel betrachtet werden und können auf keinen Fall die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ersetzen. Zusätzlich nennt er auch Phrasen- und Fragensammlungen sowie Bilder zur Symptomdarstellung. Als weitere Möglichkeit zur Verständigung mit „Anderssprachigen“ verweist Pöchhacker (2000) auf den Einsatz einer von beiden GesprächspartnerInnen beherrschten Sprache bzw. Verkehrssprache, die sogenannte *lingua franca* (vgl. Pöchhacker 2000: 143).

Neben diesen Möglichkeiten zur Überbrückung des Kommunikationsbedarfs, kann Verständigung zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen durch angestellte oder extern angeforderte DolmetscherInnen erfolgen oder durch zweisprachige Begleitpersonen, fremdsprachiges Krankenhauspersonal oder Freiwillige, die in der Situation als DolmetscherInnen fungieren (vgl. Pöchhacker 2000:143). Angelelli (2019) benennt diese zwei Kategorien von dolmetschenden Personen *healthcare interpreters* und *ad hoc interpreters*. *Healthcare interpreters* sind professionelle DolmetscherInnen, welche über spezifische Qualifikationen und/oder eine Ausbildung im Bereich Dolmetschen verfügen. Sie beherrschen zumindest zwei Sprachen und haben Berufserfahrung in der medizinischen Kommunikation. *Healthcare interpreters* befolgen einen Ethikkodex und ermöglichen Kommunikation zwischen den GesprächspartnerInnen. Sie können vor Ort oder mithilfe technischer Möglichkeiten disloziert arbeiten (Teledolmetschen via Videolink oder Telefondolmetschen). Professionelle DolmetscherInnen bemühen sich darum, jedes semantische Element (Inhalt, Form, Absicht, Gestik, Sprechpausen und Ausdrucksweise) des Gesprochenen zu übertragen. Sie dolmetschen

---

<sup>1</sup> WHO-Projekt „Wien – Gesunde Stadt“ wurde im Jahr 1988 angesichts des hohen Anteils der ausländischen Wohnbevölkerung in der österreichischen Hauptstadt initiiert und spielte eine bedeutende Rolle im Bereich Gesundheit und Migration. Im Rahmen dieses Projektes wurde der Modellversuch „Muttersprachliche Beratung für türkische Spitalspatientinnen“ 1989 eingeweiht (vgl. Pöchhacker 2000: 147).

in zwei Sprachrichtungen, vorzugsweise konsekutiv, und in bestimmten Fällen bedienen sie sich des Simultanmodus. Dagegen verfügen *ad hoc interpreters* oder LaiendolmetscherInnen über keine entsprechende Dolmetschausbildung oder nachweisbare Qualifikationen. *Ad hoc interpreters* haben nicht unbedingt Erfahrung in diesem Bereich und sind oftmals an keinen Ethikkodex gebunden. Sie beherrschen zwei Sprachen und fungieren freiwillig oder auf jemandes Verlangen als DolmetscherIn. Fremdsprachige PatientInnen haben nicht immer Zugang zu professionellen Dolmetschleistungen, weil DolmetscherInnen nicht jederzeit verfügbar sind. Daher wenden sich fremdsprachige PatientInnen zur Kommunikation mit dem Medizinpersonal häufig an *ad hoc interpreters*. In vielen Fällen kommen nicht nur Begleitpersonen oder Familienmitglieder des/der Patienten/Patientin, sondern auch zweisprachige MitarbeiterInnen des Krankenhauses als nicht-professionelle DolmetscherInnen zum Einsatz. Wie Angelelli etwas betont, zeigen Studien, dass das Hinzuziehen von nichtausgebildeten DolmetscherInnen manchmal auch mit gravierenden Konsequenzen für die Gesundheit des/der behandelten Patienten/Patientin einhergehen kann (vgl. Angelelli 2019: 28f.).

Neben diesen beiden Kategorien von Dolmetschenden wird in manchen westlichen Ländern darüber hinaus auch auf eine andere Gruppe von dolmetschenden Personen im Gesundheitswesen zurückgegriffen, welche sich weder der Kategorie von professionellen DolmetscherInnen noch derjenigen von *ad hoc interpreters* unterordnen lässt. Dieses Phänomen lässt sich v.a. für Italien beschreiben, ein von starken Flüchtlingsströmen betroffenes Land, in dem auch sogenannte *mediatori/mediatrici interculturali*, „interkulturelle MittlerInnen“, zum Einsatz kommen. Es handelt sich dabei um Personen, welche nicht notwendigerweise über eine Dolmetschausbildung verfügen und Kommunikation zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen ermöglichen. Da das größte Problem in der Kommunikation mit MigrantInnen darin besteht, ihre Kultur zu verstehen und kulturbedingte Missverständnisse zu vermeiden, werden in italienischen Gesundheitseinrichtungen interkulturelle MittlerInnen öfter hinzugezogen als professionelle *healthcare interpreters*. Normalerweise handelte es sich um zweisprachige KrankenhausmitarbeiterInnen, welche ähnliche Erfahrungen wie die MigrantInnen gemacht haben und in der Lage sind, einen engeren Kontakt zu ihnen aufzubauen. (vgl. Baraldi & Gavioli 2016: 35). In Italien wird auf die *mediazione linguistica* (Sprachmittlung), besonders Wert gelegt. In der Tat bieten verschiedene italienische Universitäten Ausbildungen in *Scienze della mediazione linguistica* an, welcher sich ins Englische als *linguistic mediation studies* übersetzen lässt. Es handelt sich dabei um Bachelorstudiengänge, welche sich auf die sprachliche und kulturelle Vorbereitung für

Übersetzten und Dolmetschen konzentrieren. Neben diesen Studiengängen sind an den Universitäten Triest und Bologna Bachelorstudien zu finden, welche auf das *liaison interpreting* vorbereiten. Jedoch ist die Bezeichnung dieser Studiengänge nicht *scienze della mediazione linguistica* sondern *comunicazione interlinguistica applicata* (angewandte interlinguistische Kommunikation). Die Ausbildung für das Konferenzdolmetschen wird erst in Italien in den Masterstudiengängen behandelt (vgl. Pöchhacker 2008: 19f.). Baraldi und Gavioli (2015) stellen fest, dass Kulturmittlung bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen eine bedeutende Rolle spielt. In ihrem Aufsatz über das Dialogdolmetschen in italienischen Gesundheitseinrichtungen wurden über 200 gedolmetschte medizinische Gespräche zwischen italienischen ÄrztInnen und afrikanischen PatientInnen mit Migrationshintergrund aufgenommen und analysiert. Die Studie verfolgte das Ziel, zu untersuchen, welche Strategien interkulturelle MittlerInnen einsetzen, um die kulturellen Unterschiede zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu beheben (vgl. Baraldi & Gavioli 2015: 165). Aus der Analyse der Verdolmetschungen lässt sich feststellen, dass kulturelle MittlerInnen entweder eine kulturelle Anpassung oder einen sogenannten „kulturellen Essentialismus“ bevorzugen. Bei der kulturellen Anpassung werden die diagnostischen Verfahren von den MittlerInnen an die Erwartungen der fremdsprachigen PatientInnen angepasst, indem sie in den Dolmetschungen auf kulturelle Voraussetzungen des/der Patienten/Patientin Bezug nehmen. Dadurch werden günstigere Bedingungen erzielt, welche die Teilnahme des/der Patienten/Patientin am Gespräch erleichtern, wie z.B. die Umschreibung des Wortes „Abort“ bei marokkanischen Patientinnen, welches in ihrer Kultur als besonders heikles Thema betrachtet wird (vgl. Baraldi & Gavioli 2015: 165ff.). Der kulturelle Essentialismus als zweite Strategie zeigt eine normierende Wirkung auf, indem die kulturellen Identitäten der Gesprächsbeteiligten fixiert werden. Laut Baraldis und Gaviolis Untersuchungen wird bei Verwendung dieser Strategie die Teilnahme der PatientInnen am Gespräch behindert. Beispielsweise wurde eine ghanaische Frau während einer ärztlichen Untersuchung von der interkulturellen Mittlerin dazu aufgefordert, Verhütungsmittel zu verwenden, um weitere Schwangerschaften zu vermeiden. Die Mittlerin fügte weiter hinzu, dass sie sich dessen bewusst ist, dass in Afrika Verhütungsmittel nicht oft verwendet werden. Durch diese Aussagen stereotypisiert die Mittlerin die afrikanische Kultur und behindert eine Antwort vonseiten der Patientin. Solchermaßen trägt die Mittlerin zur Fixierung der kulturellen Identitäten bei und erschwert eine freie Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Die Mittlerin wurde zur Fürsprecherin der Patientin (vgl. Baraldi & Gavioli 2015: 174f.). Aus der Studie lässt sich folgern, dass interkulturelle MittlerInnen nicht nur Verdolmetschungen liefern, sondern sich auch entweder für eine kulturelle Anpassung bzw.

aktive Beteiligung der GesprächsteilnehmerInnen oder für einen kulturellen Essentialismus einsetzen. (vgl. Baraldi & Gavioli 2015: 178).

In diesem einleitenden Teil zum medizinischen Dolmetschen wurden die verschiedenen Möglichkeiten zur Verständigung zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen kurz dargelegt. In den nächsten Teilen der vorliegenden Masterarbeit wird ausschließlich die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen behandelt, die mittels einer dolmetschenden Person erfolgt.

## **2.1 Begriffserklärung: *Community Interpreting* und *Healthcare Interpreting***

Das Dolmetschen im medizinischen Bereich (auf Englisch *Healthcare Interpreting* oder *Medical Interpreting*) fällt unter die Kategorie des *Community Interpreting* (vgl. Angelelli 2019: 3). *Community Interpreting* wird oft als die älteste Form des Dolmetschens betrachtet, da sie schon seit Urzeiten eingesetzt wurde, um Kommunikation zwischen verschiedenen Sprachvölkern zu ermöglichen (vgl. Roberts 1997: 7). Da sich die Dolmetschforschung am meisten mit der Variante des Konferenzdolmetschens befasst hat, wurde *Community Interpreting* erst in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts als eigene Dolmetschform anerkannt. Die Erforschung dieser Dolmetschform wurde von der Konferenzreihe zum *Community Interpreting* „Critical Link Conference“ gefördert (vgl. Pöllabauer 2013: 6). Diese Konferenz wurde zu ersten Mal 1995 im kanadischen Geneva Park veranstaltet und findet seitdem alle drei Jahre statt. In der Ankündigung der ersten Internationalen Konferenz zum Thema *Interpreters in the Community* wurde Kommunaldolmetschen folgendermaßen definiert:

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services. (zitiert nach Pöchlacker 2000: 37).

Aus der oben angeführten Definition kann geschlussfolgert werden, dass das Ziel des *Community Interpreting* darin besteht, Menschen, die die offizielle Sprache des Gastlandes nicht beherrschen, die Kommunikation mit VertreterInnen öffentlicher Institutionen oder Organisationen zu ermöglichen. *Community interpreting* ist die am häufigsten verwendete Bezeichnung für diese Dolmetschform und ist vor allem in Europa und Nordamerika verbreitet. Weitere Bezeichnungen sind unter anderem *liaison interpreting*, *dialogue interpreting*, *ad hoc interpreting* sowie *cultural interpreting* (vgl. Gentile 1997: 110). In manchen Ländern wird neben dem englischen Begriff auch die wortwörtliche Übersetzung verwendet, wie z.B.

Kommunaldolmetschen in Österreich (vgl. Pöchhacker 2000: 39). Das *Community Interpreting* umfasst das Dolmetschen in verschiedenen kommunikativen Settings: „medical und legal interpreting“, das Dolmetschen in den Bereichen „welfare, immigration, education“, sowie das „sign language and aboriginal language interpreting“ (vgl. Hale 2007: 30).

*Community Interpreting* wird i.d.R. dem Konferenzdolmetschen gegenübergestellt und zeichnet sich durch bestimmte Merkmale aus. Das erste Spezifikum dieser Dolmetschform sind die dialogischen Settings. Das *Community Interpreting* ist von dialogischen Settings bestimmt, in denen die Gesprächsparteien ständig Fragen und Antworten formulieren. Darum sieht sich der/die DolmetscherIn mit der Notwendigkeit konfrontiert, in zwei Sprachrichtungen zu dolmetschen (vgl. Gentile et al.1996: 18). In solchen Situationen wird der Konsektivmodus von DolmetscherInnen bevorzugt. Jedoch kann der Simultanmodus bzw. Chuchotage, auch Flüsterdolmetschen genannt, in bestimmten Situationen zum Einsatz kommen (vgl. Wadensjö 1992: 49).

Das Machtgefälle zwischen den Gesprächsbeteiligten zählt ebenfalls zu den wesentlichen Merkmalen des *Community Interpreting*. Einerseits sind die VertreterInnen einer Institution bzw. Organisation die sogenannten „service providers“ oder „professionals“ und andererseits das Individuum, auch KlientIn genannt, das sich an die RepräsentantInnen der jeweiligen Institution wendet, da es bestimmte Dienstleistungen benötigt (vgl. Garber 1998: 16). Charakteristisch für die Interaktion zwischen „professionals“ und KlientInnen ist das rollenbedingte Machtgefälle (vgl. Pöchhacker 2000: 40). Garber (1998) beschreibt diesen Umstand als eine Situation, in der „the powerless must face the powerful“. Die VertreterInnen der Institution gelten als „the powerful“, da sie diejenigen sind, die darüber entscheiden, welche Leistungen oder Dienstleistungen einem/einer KlientIn zuteil werden. Die KlientInnen sind „the powerless“, da sie in der Regel kein ausreichendes Wissen über die Institution des/der Experten/Expertin besitzen, um nachvollziehen zu können, nach welchen Kriterien ihre Situation beurteilt wird. Daher befindet sich der/die KlientIn laut Garber (1998) in einer „more humble position“. Das Machtgefälle zwischen den Gesprächsparteien wird u. a. durch die Tatsache verschärft, dass der/die KlientIn in vielen Fällen einer ethnischen Minderheit angehört (vgl. Garber 1998: 19). Anderssprachige sind mit dem System und den institutionellen Regeln des Gastlandes nicht vertraut und können die kulturspezifischen Elemente nicht immer verstehen, weswegen es notwendig ist, dass DolmetscherInnen die kulturellen Unterschiede den fremdsprachigen KlientInnen erläutern. Darüber hinaus sind im Kommunalbereich Interessenskonflikte zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen zu finden (z.B. AsylbewerberInnen vs. Asylbehörde). In solchen Situationen können gespannte Verhältnisse

und Rassenvorurteile den Ausgang des Gesprächs stark beeinflussen (vgl. Pöllabauer 2013: 3f.).

*Community Interpreting* kann sowohl in einem formellen als auch informellen Kontext erfolgen. Im Gegensatz zum Konferenzdolmetschen sind Settings dieser spezifischen Dolmetschform dialogisch, welche zwischen zwei oder mehreren RednerInnen stattfinden. Die Aussagen der KommunikationsteilnehmerInnen sind ungeplant und erfolgen in verschiedenen Sprachregistern (z.B. Slang, Dialekt, Redewendungen usw.). Daher kommt es zu Überlappungen der Äußerungen der GesprächspartnerInnen oder zu unklaren SprecherInnenwechsel, was die Kommunikationssteuerung vonseiten der Dolmetschenden erschwert (vgl. Pöllabauer 2013: 2f.).

Im Kommunalbereich stellen Intimsphäre und Emotionalität ein weiteres Merkmal dieser Variante des Dolmetschens. In der Tat sind in diesem Bereich persönliche Angelegenheiten, wie z.B. Krankheiten, Armut, Migration sowie Menschenrechte, an der Tagesordnung und werden von den Gesprächsparteien aus verschiedenen Perspektiven angesprochen. DolmetscherInnen befinden sich „in the heart of action“ und müssen mit diesen belastenden Themen umgehen. Dolmetschende fungieren in solchen Settings als Gate-Keepers, welche zwischen den *service providers* des Gastlandes und den fremdsprachigen KlientInnen vermitteln (vgl. Pöllabauer 2013: 3).

Die physische Nähe von Dolmetschenden zu den anderen Gesprächsparteien zählt auch zu den wesentlichen Merkmalen des Kommunaldolmetschens. In diesem Bereich finden face-to-face-Gespräche statt, an denen i.d.R. drei Personen teilnehmen. DolmetscherInnen werden in solchen Settings als aktive KommunikationsteilnehmerInnen betrachtet, da sie die Kommunikation zwischen den Gesprächsparteien durch ihre Verdolmetschung filtern und steuern. Jedoch können DolmetscherInnen seit den 1970er Jahren dank des Telefondolmetschens, welches zum ersten Mal im Bereich *Community interpreting* eingesetzt wurde, auch disloziert arbeiten. Neuerdings werden auch neue Techniken wie z.B. Videodolmetschen getestet (vgl. Pöllabauer 2013: 2)

Wie bereits angeführt, ist das Dolmetschen im Gesundheitsbereich dem Kommunaldolmetschen untergeordnet. Angelelli (2014) liefert für das *healthcare interpreting* die folgende Definition:

Special type of interpreting that facilitates communication between users and providers of health services who do not share the same language (either spoken or signed). It occurs mainly in settings such as hospitals, clinics, and doctor offices and involves the communication of signed, verbal and nonverbal messages in real time. The language of one user group (the provider) is mainly the/a societal language of the country. The language of the patient is the

non-societal language, i.e., the language of a specific ethnic/linguistic group. Healthcare interpreting serves the latter user group to ensure their access to healthcare services. (Angelelli 2014: 574).

Wie in der oben angeführten Definition von Angelelli erklärt, besteht die Aufgabe der DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich darin, sprachliche und kulturelle Barrieren zwischen fremdsprachigen PatientInnen und ÄrztInnen zu beseitigen, um Kommunikation zu gestatten und Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Anderssprachige zu garantieren. Das Tätigkeitsfeld der DolmetscherInnen umfasst nämlich nicht nur die sprachliche Ebene, sondern auch die soziokulturelle Ebene, da Arzt/Ärztin und PatientIn zwei verschiedenen Kulturen angehören und unterschiedliche Bildungs- und Sprachniveaus aufweisen (vgl. Allaoui 2005: 18).

Im Folgenden soll ein Einblick in die wichtigsten Merkmale des medizinischen Dolmetschens gegeben werden. Viele Eigenschaften treffen jedoch nicht nur auf das Dolmetschen im Gesundheitsbereich zu, sondern auch auf das ganze *Community Interpreting*.

## **2.2 Hauptmerkmale des medizinischen Dolmetschens**

Wie bereits erwähnt, lässt sich das medizinische Dolmetschen der Kategorie des *Community interpreting* zuordnen und zeigt die typischen Eigenschaften dieser Dolmetschform auf.

Als erstes Spezifikum des Dolmetschens im Gesundheitswesen bzw. des Kommunaldolmetschens ist die Ungleichheit zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen zu nennen (vgl. Pöchhacker 2000: 40). Im Falle des medizinischen Dolmetschens stellt der/die Arzt/Ärztin „the professional“ dar und die PatientInnen sind die KlientInnen. Der/die *healthcare provider* gilt als der/die ExpertIn und ist aufgrund von Ausbildung, medizinischen Wissens und Status dem/der PatientIn, medizinischem/medizinischer LaiIn, überlegen (vgl. Bechmann 2014: 129). Davidson (2001) bezeichnet ÄrztInnen als die „voice of medicine“, welchen die PatientInnen als „voice of the lifeworld“ gegenüberstehen. Davidson (2001) hebt hervor, dass die erste Diskrepanz in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung in der höheren Position der Behandelnden zu finden ist, da sie als „voice of medicine“ diejenigen sind, die den/die PatientIn untersuchen und seinen/ihren Gesundheitszustand bewerten. PatientInnen sind in diesem Umstand machtlos und verfügen über kein ausreichendes Wissen, um die Aussagen und Entscheidungen der MedizinerInnen zu bewerten (vgl. Davidson 2001: 171). Merlini (2009) beschäftigt sich auch mit der Ungleichheit der Gesprächsparteien im medizinischen Bereich und führt aus, dass die Beziehung zwischen den

KommunikationsteilnehmerInnen eine Doppelasymmetrie aufweist. Erstens lässt sich eine „asymmetry of topic“ feststellen, d.h. der Gesundheitszustand des/der Patienten/Patientin wird untersucht und nicht der des/der Arztes/Ärztin. Zweitens liegt eine „asymmetry of knowledge and therefore of tasks“ vor: Der/die PatientIn ist i.d.R. der/die LaiIn und der/die Arzt/Ärztin der/die ExpertIn. Sie verfügen über unterschiedliches Wissen, unterschiedliche soziale Rollen und Funktionen. Der/die PatientIn drückt seine/ihre körperlichen Beschwerden aus, antwortet auf die von den ÄrztInnen gestellten Fragen und folgt seinen/ihren Anweisungen. Dagegen hört sich der/die Arzt/Ärztin die Beschwerden an, führt die Untersuchung durch, stellt eine Diagnose und verschreibt dem/der PatientIn eine spezifische Behandlung. Daher gilt der/die Arzt/Ärztin im medizinischen Gespräch als die dominante Gesprächspartei, welche die Kommunikation mit den PatientInnen steuert (vgl. Merlini 2009: 95). Die Asymmetrie zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn ist auch laut Allaoui (2005) in den Rollen und Funktionen der KommunikationspartnerInnen zu finden. ÄrztInnen steuern das medizinische Gespräch, indem sie dem/der PatientIn Fragen stellen. Die Antworten der PatientInnen weisen sprachliche Unterschiede auf, da sie sich abhängig von ihrer sozialen Schicht ausdrücken (vgl. Allaoui 2005: 13). Die Fragenstellung seitens der MedizinerInnen gilt als besonderes zum Machtgefälle beitragender Faktor. ÄrztInnen bedienen sich Frage-Antwort-Sequenzen, um die Symptome der Behandelten besser zu verstehen und eine genauere Diagnose zu stellen. In der Tat kommt die Mehrheit der während der Untersuchung gestellten Fragen von ÄrztInnen (vgl. Angelelli 2019: 45). Der/die PatientIn verfügt über für die Diagnose ausschlaggebende Informationen, die der/die Arzt/Ärztin mit gezielten Fragen erhalten kann und deren Relevanz für die Diagnosestellung dem/der PatientIn mangels seines/ihres medizinischen Fachwissens unklar ist (vgl. Bechmann 2014: 130). Die hohe Anzahl der von den Behandelnden gestellten Fragen und der „geschlossene“ Charakter dieser Fragen verdeutlichen die Macht der ÄrztInnen, den Ablauf und Inhalt des Gesprächs zu bestimmen (vgl. Mishler 1984: 62). Daher lässt sich die medizinische Kommunikation laut Bechmann (2014: 130) häufig unidirektional definieren: Der/die Behandelnde befragt den/die PatientIn über seinen/ihren Gesundheitszustand und Symptome und der/die Behandelte beantwortet diese Fragen. Die geringe Teilnahme seitens des/der Patienten/Patientin während des Gesprächs kann aber auch von anderen Faktoren bestimmt werden, wie z.B. Persönlichkeit und soziale Herkunft der PatientInnen, der Kontext, in dem die Konsultation stattfindet und die Beziehung zwischen den Gesprächsparteien (vgl. Hale 2007: 39).

Wie im vorherigen Teil erwähnt, ist das Machtgefälle zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auch in den vom/von der MedizinerIn verwendeten Sprachregister und

Fachausdrücken zu finden. Kalverkämper (1996) unterscheidet drei Arten des fachlichen Kommunikationsprozesses: Fachinterne oder innerfachliche Kommunikation, wenn die ExpertInnen eines Faches miteinander sprechen, interfachliche Kommunikation, wenn Fachleute verschiedener Fachgebiete kommunizieren, und fachexterne Kommunikation, wenn der/die ExpertIn mit dem/der LaiIn spricht (vgl. Kalverkämper 1996: 134f.). Die Kommunikation zwischen ExpertInnen und LaiInnen wird durch den Mangel an Fachwortschatz seitens des/der Laien/Laiin erschwert; dadurch ist er/sie nicht in der Lage, die entscheidenden Wörter der Kommunikation zu verstehen (vgl. Porzig 1993: 219). In der ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation treten laut Theo Bungarten (1983) verschiedene Kommunikationskonflikte auf, die vom fehlenden gemeinsamen sprachlichen Kode abhängen:

Am markantesten sind Konflikte zwischen Experten und Laien, nicht nur, weil beide Gruppen nicht über die jeweilige Fachkompetenz und damit fachliche Vorstellungswelt und Wissenskompetenz des Partners verfügen, sondern weil für die Übermittlung der Nachricht kein gemeinsamer sprachlicher Kode erreicht wird, soweit es um schwierige fachliche Sachverhalte oder Sichtweisen und Interessen geht. (Bungarten 1983: 134)

Dieses Problem kann aber durch eine bewusste Sprachgestaltung und Partnerbezug zwischen ExpertInnen und LaiInnen gelöst werden (Kalverkämper 1996: 155). In der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist von einer ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation die Rede. ÄrztInnen bedienen sich der medizinischen Fachsprache, die i.d.R. die PatientInnen ohne medizinische Ausbildung nicht beherrschen, um über medizinische Sachverhalte zu sprechen (vgl. Steger 2018: 12). Rasky et al. (2003) heben hervor, dass auch PatientInnen, die dieselbe Muttersprache der MedizinerInnen haben, eine vereinfachte Wiedergabe der Äußerungen seitens des/der Arztes/Ärztin benötigen. Der Bedarf an Explikationen für LaiInnen ist sowohl auf die hohe Menge an lateinischen medizinischen Fachwörtern als auch auf das unzureichende Wissen der PatientInnen über die menschliche Anatomie zurückzuführen (vgl. Rasky et al. 2003: 110). Deswegen versuchen ÄrztInnen im sprachlichen Umgang mit LaiInnen die medizinischen Sachverhalte vereinfacht zu formulieren, indem sie eine Mischung von fach- und gemeinsprachlichen Ausdrücken verwenden. Jedoch ist es unmöglich, vollständig auf die Fachsprache zu verzichten, da diese zur Genauigkeit der Informationen beiträgt (vgl. Steger 2018: 18). Diese Lösung wird von Rehbein (1994) als „semiprofessionelle Rede“ definiert, deren besondere Eigenschaft in einer Zusammensetzung aus alltagssprachlichen Elementen besteht, die gleichzeitig einen fachlichen Wissensbezug aufweisen. In der deutschen Sprache manifestiert sich dieses Phänomen vor allem in den medizinischen Fachtermini, die eine Entzündung bezeichnen. Die Entzündung kann oft von einer deutschen oder einer lateinischen

bzw. griechischen Benennung beschrieben werden, wie z.B. Appendizitis vs. Blinddarmentzündung, Sinusitis vs. Nasennebenhöhlenentzündung (vgl. Rehbein 1994: 125). Wie im Kapitel 1.6 ausgeführt, ermöglichen die griechische und lateinische Sprache sowohl die Exaktheit, als auch die Kürze eines Terminus. Jedoch werden diese gräkolateinischen Fachausdrücke von den LaiInnen nicht immer verstanden. Daher sollen ÄrztInnen darauf achten, die „semiprofessionellen Fachausdrücke“ zu benutzen, indem sie ihr Fachwissen in alltagssprachliche Elemente umsetzen. Meyer (2004) betont die Bedeutung der „semiprofessionellen Rede“, da sie die Lücke zwischen dem unterschiedlichen medizinischen Wissen von Behandelnden und Behandelten überbrückt. Damit wird eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den beiden Gesprächsparteien gewährleistet, da das Wissensgefälle kein Hindernis mehr darstellt (vgl. Meyer 2004: 114). Im Falle eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs befürwortet Pöchlhacker (2000) aufgrund des beschränkten Wissens der LaiInnen eine zielgerichtete Dolmetschung, d.h. DolmetscherInnen sollen für die LaiInnen eine „bearbeitende Wiedergabe“ des Gesagten liefern, in der Fachausdrücke verständlicher gemacht oder erklärt werden (vgl. Pöchlhacker 2000:57).

Eine besondere Eigenschaft des Dolmetschens im medizinischen Bereich ergibt sich aus der Vielfalt der medizinischen Situationen, mit denen sich DolmetscherInnen konfrontiert sehen. Frishberg (1994) führt aus, dass die Tätigkeitsfelder, in denen DolmetscherInnen arbeiten, unterschiedlich sind, wie z.B. ein routinemäßiges Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch, medizinische Notfallsituationen, Geburtsvorbereitungskurse oder Unterstützung bei komplexen Laborbefunden (vgl. Frishberg 1994: 118).

Ein weiteres Merkmal des Dolmetschens im Gesundheitswesen ist die physische Nähe des/der Dolmetschers/DolmetscherIn zu den anderen Gesprächsparteien. In der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation wird von einer *Triade* gesprochen, d.h. dass drei Personen beim Gespräch anwesend sind und aktiv dazu beitragen. Die Anwesenheit des/der Dolmetschenden während des Dialoges kann laut Weiss und Stuker (1999) zwar Verständigung ermöglichen aber auch die Kommunikation erschweren, da die Gesprächsparteien indirekt miteinander kommunizieren. Der/Die DolmetscherIn kann beispielsweise von den PatientInnen als störend empfunden werden, weil diese das Gefühl haben könnten, dass sie das Gespräch nur zum Teil steuern können (vgl. Weiss & Stuker 1999: 257ff.). Jedoch lässt sich in der triadischen Konstellation ein Vorteil finden, welcher in der Präsenz von zwei ExpertInnen besteht: sowohl der/die MedizinerIn und als auch der/die DolmetscherIn hören dem/der Behandelten und bemühen sich darum, ihn/sie zu verstehen (vgl. Allaoui 2005: 26f.).

Der am meisten verwendete Dolmetschmodus im medizinischen Bereich ist der Konsektivmodus. Dennoch bedienen sich Dolmetschende in bestimmten Situationen auch des Simultanmodus bzw. Chuchotages. Wie vorher erwähnt, arbeiten *healthcare interpreters* i.d.R. vor Ort. Jedoch können sie in bestimmten Fällen auch disloziert arbeiten, wenn es ihnen unmöglich ist, physisch am medizinischen Gespräch teilzunehmen. Das wird *remote interpreting* genannt und erfolgt mittels verschiedener Techniken, wie z.B. Telefonleitungen oder Videokonferenzen. Das *remote interpreting* wird in einigen Krankenhäusern bevorzugt, da dadurch Zeit gespart wird und den PatientInnen mehr Privatsphäre gegeben wird (vgl. Angelelli 2019: 29).

Nach diesem Einblick in die wesentlichen Besonderheiten des Medizindolmetschens werden im folgenden Unterkapitel der Ablauf eines medizinischen Gesprächs und die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beschrieben.

### **2.3 Das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch**

Die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erfolgt während einer Untersuchung in Form eines Gesprächs und ist von einer bestimmten Struktur charakterisiert. Das Gespräch ist funktional und verfolgt einen bestimmten Zweck: Es ermöglicht ÄrztInnen schnell medizinisch relevante Informationen zu sammeln (vgl. Bechmann 2014: 170). Laut Bechmann (2014) kann ein traditionelles ärztliches Gespräch in fünf verschiedene Phasen eingeteilt werden:

- 1) Gesprächsinitialisierung: Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau
- 2) Informationsakquise/Informationssammlung/Situationsanalyse
- 3) Körperliche Untersuchung
- 4) Befunderklärung und Planung der weiteren Schritte/Partizipative Entscheidungsfindung
- 5) Gesprächsabschluss (vgl. Bechmann 2014: 198)

Weitere häufige Phasen des Gesprächs sind etwaige Hinzufügungen und Bürokratie (vgl. Valero-Garcés 2002: 473).

Die erste Phase des Gesprächs gilt als Initialisierung, in der PatientIn und Arzt/Ärztin zusammenkommen und den ersten Kontakt aufbauen. Von besonderer Relevanz ist die zweite Phase, die von einer starken Gesprächsinteraktivität geprägt ist. Zuerst erklärt der/die PatientIn die Gründe, aus denen er/sie sich der Konsultation unterzieht, indem er/sie die Beschwerden

darlegt. Danach werden Hintergrundinformationen vom/von der Arzt/Ärztin abgefragt, um „somatische Informationen, medizinisch-therapeutisch relevantes Wissen über die Person sowie Kenntnis über die sozialen Faktoren des Patienten zu gewinnen“ (Bechmann 2014: 174). Dieses Prozedere wird Anamnese genannt. Die Anamnese folgt objektiven Kriterien und ist stark standardisiert. In dieser Phase werden Fragen zu bestimmten thematischen Bereichen gestellt und zwar: Aktuelle Beschwerden, Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen und etwaige Operationen, Allergien sowie chronische Erkrankungen. Während der Anamnese sammelt der/die Behandelnde nicht nur Informationen über den/die PatientIn, sondern auch über die Familie, um zu erfahren, ob Erbkrankheiten von Eltern und Geschwistern vorhanden sind. Weitere in der Anamnese gestellte Fragen betreffen den aktuellen Gesundheitszustand des/der Patienten/Patientin, persönliche Daten (Alter, Gewicht usw.), Alkohol- und Nikotinkonsum, Geschlechtskrankheiten, Einnahme von Medikamenten und Sozialleben (z.B. Beruf, Familienstand) (vgl. Bechmann 2014: 174f.).

Nachdem der/die Behandelnde ausreichende Informationen über die Symptome und den Gesundheitszustand des/der Behandelten gesammelt hat, findet die körperliche Untersuchung statt. Beschwerdeerfassung, Anamnese und körperliche Untersuchung ermöglichen eine Diagnosestellung, die dem/der PatientIn in der vierten Phase dargelegt wird. Darüber hinaus verschreibt der/die Arzt/Ärztin eine geeignete Behandlung oder eine weitere Untersuchung. In der letzten Phase überprüft der/die Arzt/Ärztin, dass der/die PatientIn das Vorgehen für die Behandlung richtig verstanden hat und die GesprächspartnerInnen verabschieden sich (vgl. Bechmann 2014: 199-202).

### **2.3.1 Die Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung**

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist, wie bei jeder menschlichen Beziehung, die Kommunikation. Studien bestätigen, dass eine gute Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation die Zufriedenheit der Behandelten erhöht und zu besseren klinischen Ergebnissen beiträgt (vgl. Angelelli 2004: 15). Frey (1998) hält die Beziehung zwischen den GesprächsteilnehmerInnen für das wichtigste Element dieses bestimmten dialogischen Settings. Er betont, dass PatientInnen, die eine gute Beziehung mit dem/der Behandelnden aufbauen, zufriedener sind, die Behandlung genauer einhalten und i.d.R. keine weiteren ÄrztInnen aufsuchen (vgl. Frey 1998: 324). Daher befürwortet Roter (2002) eine *patient-centred medicine*, in der ÄrztInnen den PatientInnen die Möglichkeit geben, sowohl Symptome als auch Gedanken und Gefühle auszudrücken. Dank dieses Ansatzes fühlen sich PatientInnen besser verstanden und als Menschen wahrgenommen. Dennoch weist Roter

(2002) darauf hin, dass der Ausdruck *patient-centred medicine* die Bedeutung einer wechselseitigen Beziehung zwischen den Gesprächsbeteiligten nicht genug deutlich macht. Der Ausdruck *relationship-centred medicine* hingegen ist besser geeignet, die Wichtigkeit der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung hervorzuheben, in der die Perspektiven der KommunikationsteilnehmerInnen integriert werden. Dadurch können PatientInnen unabhängig vom kulturellen Hintergrund, Ethnie und Geschlecht besser behandelt werden (vgl. Roter 2002: 391).

Wie eingangs erwähnt, ist die Beziehung zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen eines medizinischen Gesprächs besonders wichtig. Der Gesprächsablauf kann aber von sprachlichen und kulturellen Barrieren beeinträchtigt werden (vgl. Angelelli 2004: 15). Um diese kulturellen und sprachlichen Unterschiede zu beseitigen, kommen DolmetscherInnen zum Einsatz. Deswegen ist die Aufgabe der DolmetscherInnen besonders wichtig und wird diesbezüglich im nächsten Unterkapitel näher behandelt.

## **2.4 Aufgaben der DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch**

Das gedolmetschte Gespräch, welches innerhalb einer öffentlichen Einrichtung, wie z.B. einem Krankenhaus erfolgt, wird von Wadensjö (1992) als ein *situated activity system* definiert, welches die Kopräsenz von drei oder mehr Personen vorsieht. Einerseits sind die sogenannten *primary parties*, in dem Fall Arzt/Ärztin und PatientIn, die der Sprache des Gegenübers nicht mächtig sind. Andererseits ist der/die DolmetscherIn zu finden, eine sprachmittelnde Person, deren Aufgabe darin besteht, den Informationsaustausch zwischen den Gesprächsparteien zu ermöglichen. Die dolmetschende Person stellt der/die einzige KommunikationsteilnehmerIn dar, welche die Aussagen von beiden *primary parties* versteht und eine Verbindung zwischen den RednerInnen herstellen und kontrollieren kann (vgl. Wadensjö 1992: 65). Aus diesem Grund hat der/die DolmetscherIn eine „potentially powerful middle position“ inne (vgl. Wadensjö 2002: 368).

Wadensjö (1992) stellt die zwei Hauptaufgaben von DolmetscherInnen in einem dialogischen Setting vor, die stark miteinander verbunden sind und nicht voneinander getrennt werden können: *relaying* und *co-ordinating*. Die erste Aufgabe betrifft die Übertragung des Gesagten in die andere Sprache. Hierzu hebt Wadensjö nicht nur den Inhalt, sondern auch die nonverbalen Aspekte der Kommunikation hervor. Die zweite Aufgabe wird *co-ordinating* genannt und bezieht sich auf die Fähigkeit des/der Dolmetschers/Dolmetscherin, den Dialogverlauf implizit oder explizit zu koordinieren, da er/sie die Sprachen der beiden

RednerInnen beherrscht (vgl. Wadensjö 1992: 69f.). Die zwei Aufgaben *relaying* und *coordinating* werden im Folgenden näher behandelt.

#### **2.4.1 Relaying: Renditions und non-renditions nach Wadensjö (1992)**

Wie vorher ausgeführt, soll ein/eine DolmetscherIn bei einem Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch sowohl die Aussagen, als auch die nonverbalen Elemente der *primary parties* übertragen. Wadensjö (1992) unterscheidet zwischen zwei Übertragungstypen und zwar *renditions* und *non-renditions*. Bei ersterem handelt es sich um Übertragungsverfahren, die sich auf verschiedene Weise auf die Originalaussagen, sogenannte *originals*, beziehen und in Subkategorien eingeteilt werden können. *Originals* sind alle Aussagen einer *primary party*, die den Inhalt für die *rendition* des/der Dolmetschers/Dolmetscherin enthalten und als Ausgangspunkt für das *relaying* gelten. *Non-renditions* hingegen betreffen die koordinierende Funktion der GesprächsdolmetscherInnen. Eine *non-rendition* findet statt, wenn der/die DolmetscherIn Aussagen macht, die keiner Aussage der anderen Gesprächsparteien entspricht. Wadensjö stellt sechs verschiedene Übertragungsverfahren oder *renditions* dar, welche im Folgenden genauer beschrieben werden (vgl. Wadensjö 1992: 70).

Als erstes Übertragungsverfahren sind die *close renditions* zu nennen, welche die im Original explizit ausgesprochenen Informationen enthält. In diesem Falle gibt der/die DolmetscherIn die originalen Beiträge genau und vollständig wieder: „The close rendition is in all important respects informationally and interactionally equivalent with the original and has approximately the same style as judged from the retrospective analyst’s point of view“ (Wadensjö 1992: 70). Allerdings kann auch dieses Übertragungsverfahren zu gegenseitigen Missverständnissen führen, da ähnliche Konzepte in anderen Sprachen andere Bedeutungen aufzeigen können. *Close renditions* sind jedoch nicht mit wortwörtlichen Übersetzungen zu verwechseln. Zweitens nennt Wadensjö (1992) die *expanded renditions*, die mehr Informationen enthalten als der Originalbeitrag, da sie vom/von der DolmetscherIn explizit gemacht werden. Die Informationserweiterung kann sowohl zur Disambiguierung, Auflösung sprachlicher Mehrdeutigkeiten, und Präzisierungen als auch zur „vaguification“ beitragen, einem Prozess, welcher Unbestimmtheit generiert. *Reduced renditions* sind hingegen Wiedergaben, die weniger Informationen enthalten als die Originalaussagen. *Reduced renditions* können auch eine Äußerung präzisieren oder verallgemeinern. Die vierte Subkategorie betrifft die *substituting renditions*. Diese Übertragungsform erfolgt durch eine Kombination von Expansion und Reduktion (vgl. Wadensjö 1992: 70f.).

Die oben beschriebenen Unterkategorien der *renditions* beziehen sich i.d.R. nur auf einen Beitrag eines/einer GesprächspartnerIn. Die im Folgenden ausgeführte rendition bezieht sich hingegen auf mehrere Beiträge. In diesem Fall ist von *summarizing renditions* die Rede, welche eine Sequenz von zwei oder mehreren Äußerungen der *primary party* in einer einzigen Äußerung wiedergeben. Als letztes nennt Wadensjö die *lack of renditions*. In diesem besonderen Fall sind die in den Äußerungen der *primary parties* enthaltenen Informationen nicht in den Aussagen des/der Dolmetschers/Dolmetscherin zu finden. Diese Unterkategorie soll aber nicht mit *non-renditions* verwechselt werden, die im folgenden Unterkapitel behandelt wird (vgl. Wadensjö 1992: 71).

*Renditions* beweisen, dass DolmetscherInnen keine „translation machines“ sind, sondern Menschen, deren Dolmetschungen von zahlreichen kontextuellen Faktoren abhängen, welche den Gesprächsverlauf beeinflussen können (vgl. Wadensjö 1992: 72).

#### **2.4.2 Co-ordinating: Explicit und implicit moves**

Wie vorher erwähnt, ist *co-ordinating* die zweite wichtige Aufgabe eines/einer DolmetscherIn. Wadensjö (1992) hebt hervor, dass sowohl *renditions*, als auch *non-renditions* eine koordinierende Funktion aufweisen. Die *Relaying*- und *Co-ordinating*-Funktionen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können in derselben Äußerung kombiniert werden. *Non-renditions* sind, wie bereits erwähnt, Beiträge der DolmetscherInnen, welche keine Entsprechung in den Äußerungen der *primary parties* haben. Es handelt sich um Aussagen der dolmetschenden Person, die eine koordinierende Funktion aufweisen (vgl. Wadensjö 1992: 72). In der Regel werden die spontanen Beiträge der DolmetscherInnen in einer von den beiden Dialogsprachen geäußert und richten sich an eine der Gesprächsparteien. *Non-renditions* stellen entweder Antworten des/der Dolmetschers/Dolmetscherin auf die Fragen einer *primary party* dar oder Aussagen, mit denen der/die DolmetscherIn eine Partei auffordert, zu sprechen. Weitere Charakteristika sind „explicitness“ oder „implicitness“. Explizite koordinierende Beiträge werden von Wadensjö (1992) als „responses addressed to the prior speaker“, „initiatives addressed to the other primary party“ oder „meta-comments“ bezeichnet. Die ersten koordinierenden Aussagen sind Fragen, welche an den/die RednerIn, der/die gerade gesprochen hat, gestellt werden und können z.B. in Form von Verständnisfragen oder Anmerkungen zum Inhalt des Beitrages erfolgen. Die zweiten explizit koordinierenden Beiträge finden statt, wenn der/die DolmetscherIn das „turn-taking“ steuert, indem er/sie den GesprächsteilnehmerInnen das Wort erteilt oder sie dazu auffordert, weiterzusprechen, weil er/sie weitere Informationen für die Dolmetschung benötigt. „Meta-comments“ erfolgen, wenn DolmetscherInnen neben der

Wiedergabe zusätzliche Erklärungen liefern, die unterschiedliche Funktionen aufzeigen können. Die dolmetschende Person kann z.B. einer *primary party* erläutern, was die andere *primary party* mit seiner Äußerung meint oder einen Beitrag erklären, welcher vom/von der RezipientIn falsch oder gar nicht verstanden wurde. Außerdem kann der/die DolmetscherIn die Gesprächsbeteiligten darüber informieren, was die andere *primary party* während der Interaktion macht bzw. machen wird. Die koordinierende Funktion kann auch implizit stattfinden. Durch die verschiedenen Typen von *renditions* beeinflusst der/die DolmetscherIn den Gesprächsverlauf, indem er/sie entscheidet, was gesagt, erklärt oder ausgelassen werden muss (vgl. Wadensjö 1992: 73).

### **2.4.3 Sichtbarkeit von DolmetscherInnen**

Angelelli (2004) greift die von Wadensjö beschriebenen Aufgaben der DolmetscherInnen auf und führt weiter aus, dass dolmetschende Personen, in ihrer Eigenschaft als aktive KommunikationsteilnehmerInnen, den Gesprächsverlauf beeinflussen können. Sie bringen nämlich nicht nur ihre Sprachkenntnisse in das Gespräch ein, sondern auch ihren sozio-kulturellen Hintergrund. Die von DolmetscherInnen in die Situation eingebrachten sozio-kulturellen Faktoren wirken auf das medizinische Gespräch und können seinen Ausgang bestimmen. Daher beschreibt Angelelli (2004) dolmetschende Personen als sichtbare Gesprächsbeteiligte, da sie durch ihre Anwesenheit und aktive Teilnahme das ärztliche Gespräch mitgestalten. Sie werden als dritte „co-participants“ des kommunikativen Ereignisses betrachtet (vgl. Angelelli 2004: 7-11). Außerdem weist Angelelli darauf hin, dass die Dolmetschtätigkeit nicht in einem „social vacuum“ erfolgt, sondern in einer Institution, dem Krankenhaus, die „permeable to societal norms and cultural blueprints“ ist (Angelelli 2019: 151). Im Folgenden ist das *Visible Interpreter Model* von Angelelli zu finden, das die Zusammenhänge und gegenseitige Beeinflussung der Gesprächsbeteiligten veranschaulicht.

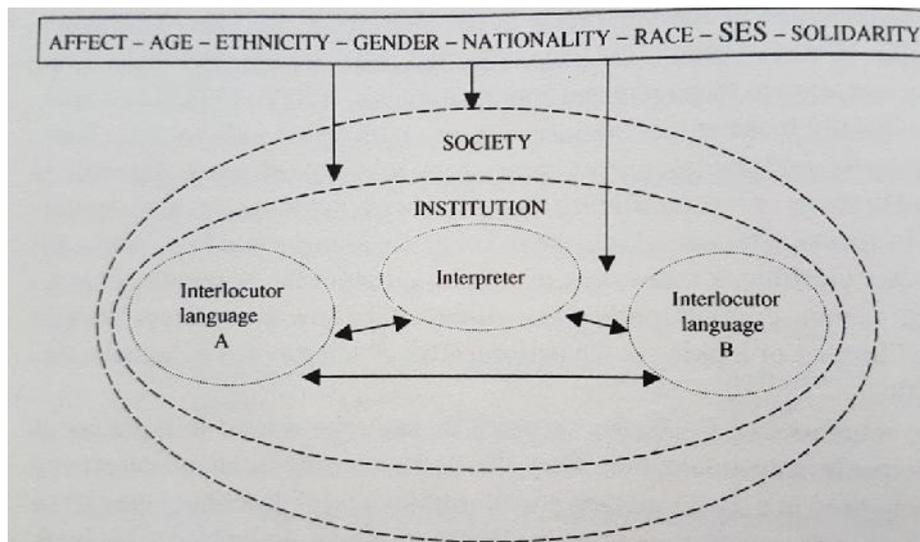


Abb. 3: *The visible interpreter model* nach Angelelli (2004: 10)

Das Modell stellt das gedolmetschte Gespräch mit allen KommunikationsteilnehmerInnen (GesprächspartnerIn A und B und die dolmetschende Person) dar, welches in eine Institution eingebettet ist. Diese Institution befindet sich in der Gesellschaft und beide beeinflussen den Dialogverlauf. Weitere von Angelelli im Modell veranschaulichte Faktoren sind Nationalität, Alter, Ethnie, sozioökonomischer Status, Geschlecht und Solidarität, welche das Gespräch auf allen Ebenen beeinflussen. Diesen Faktoren sind alle Gesprächsbeteiligten ausgesetzt, das bedeutet, dass die TeilnehmerInnen ihre Normen und ihr Selbst ins kommunikative Ereignis mitbringen, welche den Dialog gestalten. Die Sichtbarkeit der DolmetscherInnen ist auf vielen verschiedenen Ebenen zu finden. Einige Beispiele sind: Vorstellung ihrer Rolle im Gespräch, Vermittlung kultureller Unterschiede und Nuancen, Abbau von sprachlichen Barrieren, Aufbau von Vertrauen zwischen den GesprächspartnerInnen, Informationsverwaltung, zusätzliche Erklärungen, Förderung eines gegenseitigen Respektes und Schaffung eines Gleichgewichtes im Laufe der Konversation (vgl. Angelelli 2004: 10f.).

Angelelli (2004) führt aus, dass gute gedolmetschte medizinische Gespräche das Vertrauen, Verständnis und die Zufriedenheit der DialogteilnehmerInnen verbessern, weil der Informationsaustausch erleichtert wird. Jedoch können bei gedolmetschten Gesprächen im Gesundheitsbereich Probleme auftreten (vgl. Angelelli 2004: 24). Die Anwesenheit von DolmetscherInnen kann die Kommunikation negativ beeinflussen. In der Tat erfolgt die verbale Kommunikation indirekt durch die dolmetschende Person, d.h. Arzt/Ärztin und PatientIn sprechen sich nicht direkt an. Dieser Umstand kann den Aufbau einer erfolgreichen Beziehung zwischen Behandelten und Behandelnden gefährden und Auswirkungen auf die nonverbale Kommunikation verursachen, wenn die Gesprächsparteien keinen Augenkontakt aufbauen.

Durch diesen Mangel entsteht eine gewisse Distanz zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn. Darüber hinaus kann der/die MedizinerIn wegen des mangelnden Augenkontaktes wichtige nonverbale Signale seitens des/der Patienten/Patientin übersehen. Die Anwesenheit einer dolmetschenden Person während der Untersuchung kann von den PatientInnen als störend empfunden werden, da sie als Eingriff in die Intim- und Privatsphäre empfunden werden kann (vgl. Angelelli 2019: 57ff.).

Da die nonverbale Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch besonders relevant ist, soll im folgenden Unterkapitel ein Einblick in dieses Thema gegeben werden.

### **2.4.3 Nonverbale Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch**

Die nonverbale Kommunikation bei einem Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch spielt eine wichtige Rolle. Durch non- und paraverbale Elemente können bedeutende Informationen über Gefühle und Gedanken der PatientInnen den Behandelnden übermittelt werden (vgl. Angelelli 2019: 58). Die para- und nonverbalen Signale erfüllen laut Poyatos (2002) verschiedene Funktionen: Sie können verbale Informationen unterstützen, wiederholen oder diesen widersprechen, aber auch als primäre kommunikative Mittel fungieren (z.B. langes Schweigen, Weinen). Verbale und nonverbale Elemente sind stark miteinander verbunden und interagieren miteinander. Mithilfe der Körper- und Parasprache kommen gewisse Informationen zum Ausdruck, welche sich durch Wörter nicht vollständig ausdrücken lassen. Eine relevante Eigenschaft der para- und nonverbalen Signale ist ihre Kulturgebundenheit. Aufgrund dieser kann es bei einem gedolmetschten Gespräch zu Missverständnissen oder Fehldeutungen kommen, da manche nonverbalen Elemente in den verschiedenen Kulturen der GesprächspartnerInnen andere Bedeutungen haben und falsch interpretiert werden können (vgl. Poyatos 2002: 239ff.).

Wie vorher erwähnt, spielen Para- und Körpersprache in einem medizinischen Gespräch eine wichtige Rolle, da der/die Arzt/Ärztin relevante Informationen über den/die PatientIn sammeln kann. Im Falle eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs erreichen verbale und nonverbale Elemente den/der Behandelnden bzw. Behandelten zeitversetzt. Zuerst nimmt der/die ZuhörerIn die para- und nonverbalen Signale wahr und erst mit der Dolmetschung des Gesagten werden die verbalen Elemente übermittelt. Aus diesem Grund lässt sich der Zusammenhang von Para- und Körpersprache mit dem Gesagten nicht sofort herstellen. Die zeitversetzte Übermittlung ermöglicht dem/der Arzt/Ärztin zwar eine bessere Analyse der nonverbalen Kommunikation des/der Patienten/Patientin, kann aber auch zu falschen

Interpretationen führen (vgl. Felgner 2009: 57). Um die Probleme der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten Gespräch zu beseitigen, sollte der/die DolmetscherIn laut Felgner (2009) in der Lage sein, die nonverbalen Elemente zu erkennen, richtig einzuordnen und in der Verdolmetschung zu berücksichtigen. Nonverbale Signale können auch von DolmetscherInnen verwendet werden, um den Kommunikationsverlauf zu steuern und zu regulieren. DolmetscherInnen können mithilfe von Körpersprache, wie z.B. Blickkontakt oder Handgesten, die KommunikationsteilnehmerInnen um eine Pause bitten oder zu einem Sprecherwechsel auffordern (vgl. Felgner 2009: 52f.).

Die Positionierung des/der Dolmetschers/Dolmetscherin im Raum spielt ebenso eine bedeutende Rolle in der nonverbalen Kommunikation. Die Sitzordnung spiegelt die Machtverteilung und die Beziehung zwischen den Gesprächsbeteiligten wider und beeinflusst das Senden und Empfangen der non- und paraverbalen Signale. In der Regel sollen sich DolmetscherInnen neben den/die PatientIn positionieren und sich im Hintergrund halten. Jedoch hängt die Positionierung des/der Dolmetschenden im medizinischen Gespräch von zahlreichen umgebungsbedingten Faktoren ab, wie z.B. der Größe und Konfiguration des Raumes, der für eine optimale Sitzordnung zu klein sein kann oder über keine ausreichende Anzahl an Stühlen für alle KommunikationsteilnehmerInnen verfügt. Weitere Faktoren, welche die Positionierung der dolmetschenden Person beeinflussen, sind: Art des Gesprächs, Uhrzeit, spezielle medizinische Umstände, Zustand des/der Patienten/Patientin, kulturelle Faktoren und Dolmetschart (vgl. Felgner 2009: 59). Wenn die ÄrztInnen vor dem Gespräch über die gewünschte Sitzordnung nicht informiert wurden, können sich DolmetscherInnen im medizinischen Bereich an die gegebene Umgebung anpassen und eine adäquate Positionierung im Raum finden, welche zumindest Blickkontakt zu allen Gesprächsbeteiligten ermöglicht (vgl. Felgner 2009: 59ff.).

Aus den bisherigen Beschreibungen lässt sich entnehmen, dass die Dolmetschtätigkeit im Gesundheitswesen von zahlreichen Anforderungen geprägt ist. Im gedolmetschten medizinischen Gespräch spielt Genauigkeit der Dolmetschung eine wichtige Rolle. Im nächsten Unterkapitel wird dieser Aspekt kurz dargelegt.

#### **2.4.4 Genauigkeit im gedolmetschten medizinischen Gespräch**

Für erfolgreiche Kommunikation zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen ist die Genauigkeit der Dolmetschungen zentral. Hale (2008) hebt hervor, dass eine der schwierigsten Rollen der DolmetscherInnen darin besteht, die Bedeutung der Aussage zu verstehen und sie in der Zielsprache möglichst treu und genau wiederzugeben (vgl. Hale 2008: 115). Um die

Originaläußerungen zu verstehen und eine möglichst genaue Dolmetschung zu liefern, ist die terminologische Vorbereitung der DolmetscherInnen besonders relevant. Wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind laut Crezee (2013) gute Kenntnisse über Anatomie und Physiologie der Organsysteme im menschlichen Körper vonseiten des/der Dolmetschers/DolmetscherIn. Außerdem sollen diese mit den üblichsten Krankheiten, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Aufklärungsgesprächsabläufen und Einwilligungserklärungen vertraut sein. DolmetscherInnen sollen die medizinische Terminologie beherrschen und zudem auch über Grundkenntnisse der lateinischen und griechischen Wortstämme, Präfixe und Suffixe verfügen, welche in medizinischen Ausdrücken oft vorkommen. Die Genauigkeit der in der Zielsprache wiedergegebenen Information ist im medizinischen Bereich vor allem in der Anamnese von großer Bedeutung, da falsch gedolmetschte Informationen katastrophale Konsequenzen für die Gesundheit des/der Patienten/Patientin haben können (vgl. Crezee 2013: 13f.).

Crezee (2013) fügt weiter hinzu, dass für Dolmetscherinnen im Gesundheitsbereich nicht nur die Beherrschung der medizinischen Terminologie essentiell ist, sondern auch der alltäglichen Redewendungen beider Sprachen, da in einem Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch immer wieder zwischen Fach- und Gemeinsprache abgewechselt wird. Das passiert, wenn ÄrztInnen medizinische Sachverhalte vereinfacht oder mittels Redewendungen paraphrasieren aber auch wenn sich PatientInnen einer Redewendung bedienen (vgl. Crezee 2013: 21).

Nach diesem Teil zur Darstellung des Dolmetschens im medizinischen Bereich wird sich das nächste Kapitel mit dem zentralen Thema der vorliegenden Masterarbeit beschäftigen, nämlich die Fachsprache in der Translation. Es werden verschiedene Studien zu diesem Thema vorgestellt sowie die von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe der Fachausdrücke.

### 3. Fachsprache in der Translation

Im ersten Teil der vorliegenden Masterarbeit wurde die Fachsprache als Variante der Gemeinsprache definiert, welche der begrifflichen Bestimmung fachspezifischer Gegenstände und der Verständigung über die jeweiligen Fachgebiete dient (vgl. Möhn/Pelka 1984: 26). Wie im Laufe der Arbeit mehrmals erwähnt wurde, differenzieren sich Fachsprachen vor allem durch die Lexik. Fachsprachliche Begriffe tragen nämlich die Hauptinformation der fachlichen Kommunikation und wegen ihres fachbezogenen Inhalts und teilweise auch aufgrund ihrer Form lassen sich Fachtermini von Allgemeinwörtern unterscheiden (vgl. Fluck 1997: 20).

Fachtermini zeigen verschiedene Charakteristika auf, welche von Niska (2002) aufgelistet wurden. Das erste Merkmal eines Terminus ist die Verständlichkeit all seiner Teile. Darüber hinaus führt Niska aus, dass ein Terminus unzweideutig und nicht irreführend sein sollte und sich idealerweise auf einziges Konzept beziehen sollte. Er sollte die phonetischen, morphologischen und syntaktischen Regeln des Sprachsystems befolgen und den in den anderen Sprachen verwendeten Termini ähneln bzw. entsprechen. Ein Terminus sollte von ExpertInnen anerkannt werden sowie „linguistically efficient and productive“ sein (vgl. Niska 2002: 44f.).

Laut Niska (2003) erfolgt die Verwendung von Fachsprache und der dazugehörigen Terminologie, welche Cabré (1999) als „part of the lexicon defined by subject matter and pragmatic usages“ definiert (Cabré 1999: 11), in vier Ebenen. Zuerst ist die wissenschaftliche Ebene zu finden. Hier entstehen die neuen fachsprachlichen Begriffe, welche sich auf neue wissenschaftliche Entdeckungen oder Konzepte beziehen. Mithilfe dieser Fachbegriffe wird die Kommunikation innerhalb einer wissenschaftlichen Gesellschaft ermöglicht. Die zweite Ebene ist die belehrende Ebene, in der die neuen Entdeckungen der Gesellschaft vorgestellt werden. Diese Ebene gilt als erster Schritt zu Standardisierung. Danach folgt die Anwendungsebene; hier werden die neuen Konzepte in jene Institutionen eingeführt, in denen die neuen Technologien bzw. Konzepte etabliert werden. Als letzte ist die Benutzerebene zu nennen, auf der sich die neuen Termini in der Bevölkerung verbreiten. In diesem Stadium ist Exaktheit der Termini von großer Bedeutung, da etwaige Fehler zu gravierenden Konsequenzen für das Individuum führen können. Dies stellt auch die Ebene dar, auf der die Mehrheit der TranslatorInnen tätig ist (vgl. Niska 2003: 94).

Fachsprachen werden von ExpertInnen des jeweiligen Fachbereichs verwendet, um sich auf fachsprachliche Sachverhalte zu beziehen. Jedoch werden Fachsprachen nicht nur in der

Kommunikation unter Fachleuten eingesetzt, sondern auch in der Kommunikation zwischen ExpertInnen und LaiInnen oder unter LaiInnen. Niska (2002) unterscheidet drei Kommunikationskonstellationen, in denen Fachsprache eingesetzt wird:

- 1) ExpertIn - ExpertIn
- 2) ExpertIn – LaiIn bzw. LaiIn - ExpertIn
- 3) LaiIn – LaiIn

In diesen verschiedenen Settings ist der Anteil an Fachwörtern unterschiedlich. In einer Situation, in der die Gesprächsbeteiligten LaiInnen sind, kommen weniger Fachbegriffe vor als in der Kommunikation unter ExpertInnen, bei der ein höherer Bedarf an korrekten Fachbegriffen vorliegt. Im zweiten Setting kommunizieren Fachleute mit Personen, welche der fachsprachlichen Begriffe nicht mächtig sind (vgl. Niska 2002: 40). Valero-Garcés (2005) fügt eine vierte Kommunikationskonstellation hinzu und zwar die Kommunikation zwischen ExpertInnen und Semi-ExpertInnen (vgl. Valero-Garcés 2005: 75).

Die ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation gilt als die schwierigste Konstellation, mit der TranslatorInnen konfrontiert werden (vgl. Niska 2002: 40). Wie in Kapitel 2 ausgeführt, sind gedolmetschte ExpertInnen-LaiInnen-Gespräche v.a. im Kommunalbereich zu finden, wo die VertreterInnen der jeweiligen öffentlichen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Asylbehörde, soziale Dienste usw.) mit fremdsprachigen Menschen, welche über unterschiedliche sozio-kulturelle Hintergründe und Ausbildungsniveaus verfügen, mittels einer dolmetschenden Person kommunizieren. Dieser Umstand zählt zu den wichtigsten Merkmalen des Kommunaldolmetschens, welches sich durch die Ungleichheit der Gesprächsbeteiligten von den anderen Dolmetschformen, wie z.B. Konferenzdolmetschen, unterscheiden lässt (vgl. Valero-Garcés 2005: 76). Bei einem gedolmetschten Gespräch können DolmetscherInnen, sowohl als LaiInnen, als auch als (Semi-)ExpertInnen betrachtet werden. In der Regel werden *ad hoc interpreters* für LaiInnen gehalten und den fremdsprachigen PatientInnen gleichgestellt. Dagegen werden professionelle DolmetscherInnen, welche über eine langjährige Erfahrung in bestimmten institutionellen Settings verfügen, als „Semi-ExpertInnen“ betrachtet (vgl. Pöllabauer 2017: 135).

In den verschiedenen öffentlichen Einrichtungen bedienen sich Menschen einer spezifischen Terminologie. Die korrekte Übersetzung von Terminologie in die Zielsprache spielt eine sehr wichtige Rolle für die Verständigung zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen. Obwohl Fachtermini circa 5% des gesamten Textes

ausmachen, gelten sie als ausschlaggebende Bestandteile. Wenn spezifische Fachbegriffe falsch verstanden und demzufolge falsch übersetzt werden, können folgenschwere Probleme auftreten. Da DolmetscherInnen keine ExpertInnen der Bereiche, in denen sie arbeiten, sind, müssen sie vor dem Dolmetschauftrag spezifische Kenntnisse über das jeweilige Fachgebiet erwerben, welche ihnen dabei helfen, die richtige Übersetzung von Fachbegriffen zu liefern (vgl. Pöllabauer 2017: 133).

Nach diesem einleitenden Teil zur Fachsprache in der Translation soll sich das nächste Unterkapitel mit den von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Übersetzung fachsprachlicher Terminologie beschäftigen.

### **3.1 Dolmetschstrategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen**

Niska (1998a; 1998b; 2002) hat sich im Rahmen seiner Arbeiten mit den verschiedenen Strategien auseinandergesetzt, welche DolmetscherInnen einsetzen, um Fachbegriffe in der Zielsprache wiederzugeben. Wenn der/die DolmetscherIn Fachausdrücke in eine andere Sprache übersetzt, soll er/sie sich jener Strategien bedienen, welche von der Zielsprache akzeptiert werden, d.h., dass übersetzte Termini sich an das Sprachsystem der Zielsprache anpassen sollen (z.B. Wortbildung) (vgl. Niska 2002: 45). Niskas (1998a) erste Studie besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil hat er verschiedene Dolmetschstrategien aus der Literatur dargelegt und hat mittels einer Umfrage DolmetscherInnen aus unterschiedlichen Mailinglisten darum gebeten, ihre Meinung zu den Strategien zu äußern. Im zweiten Teil wurden nur GerichtsdolmetscherInnen befragt. In der Umfrage haben diese ihre Präferenz für die unterschiedlichen Ansätze ausdrücken können. Die von Niska angeführte Dolmetschstrategien sind: „omissions“, „approximate equivalent“, „explanation“, „loan translation“ und „direct loan“. Aus der Umfrage geht hervor, dass die befragten DolmetscherInnen Erläuterungen und annähernde Äquivalente am stärksten bevorzugen. Dagegen sind Auslassungen und direkte Lehnwörter die am wenigsten beliebten Strategien (vgl. Niska 2002: 18). In dieser Veröffentlichung befasst sich Niska auch mit der Wiedergabe von Fachbegriffen, welche keine Entsprechung in der Zielsprache haben und vom/von der DolmetscherIn als Neologismen wahrgenommen werden. Niska beschreibt vier Strategien, die DolmetscherInnen in diesem Fall einsetzen können. Bei einem Terminus, für den es keine direkte Entsprechung in der Zielsprache gibt, stehen dem/der DolmetscherIn folgende Lösungen zur Verfügung: Den Terminus auslassen, eine vorläufige Rohübersetzung liefern, den Terminus erläutern oder einen Neologismus prägen. Neologismen können in Form einer wortwörtlichen Übersetzung oder

eines an die Zielsprache angepassten Lehnwortes erfolgen. Zudem finden auch neue Wortprägungen statt, welche aber beim Dolmetschen nicht so üblich sind wie beim Übersetzen (vgl. Niska 1998a). Auslassungen sind nicht jederzeit als Fehler des Dolmetschers bzw. der Dolmetscherin zu betrachten. Eine Auslassung kann eine bewusste Entscheidung darstellen, welche DolmetscherInnen treffen, wenn sie die Grundinformationen übermitteln müssen und ihnen keine Zeit zur Verdolmetschung aller Details zur Verfügung steht. Auslassungen können auch von unklaren bzw. mehrdeutigen Aussagen des/der Redners/Rednerin abhängen, welche der/die DolmetscherIn nicht sofort in der Zielsprache wiedergeben kann. Der fehlende Begriff wird häufig zu einem späteren Zeitpunkt gedolmetscht, sobald die dolmetschende Person eine geeignete Übersetzung gefunden hat (vgl. Niska 1998a).

In seiner zweiten Studie führt Niska (1998b) dieselbe Umfrage unter schwedischen DolmetscherInnen durch und berücksichtigt auch ihren soziokulturellen, linguistischen und professionellen Hintergrund. In diesem Falle gelten Auslassungen erneut als die am wenigsten bevorzugte Strategie. Erläuterungen und Lehnübersetzungen hingegen sind unter den schwedischen DolmetscherInnen sehr beliebt. Aus der zweiten Studie geht hervor, dass „explanations“ im *Community Interpreting* sehr häufig sind und auf verschiedene Weisen erfolgen können. Der/die DolmetscherIn kann einen Begriff direkt erklären oder die andere Gesprächspartei, i.d.R. den/die ExpertIn, um eine Erläuterung bitten, welche dann für den/die andere/n GesprächsteilnehmerIn gedolmetscht wird. Zudem können auch vereinfachte Umschreibungen des Begriffes vom/von der DolmetscherIn geliefert werden und in manchen Fällen wartet die dolmetschende Person darauf, dass die anderen Gesprächsbeteiligten ohne ihre Hilfe das Problem lösen (vgl. Niska 1998b).

Im Rahmen einer weiteren Veröffentlichung aus 2002 setzt Niska sich wiederum mit den verschiedenen Strategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen auseinander. Er unterscheidet dabei sechs verschiedene Strategien: „direct-equivalence“, „loan translation“, „explanation of concept“, „direct loan“, „term creation“ und „translation couplets“ (vgl. Niska 2002: 45). Die erste von Niska dargestellte Strategie ist die „direct-equivalence“. Es handelt sich um eine direkte Entsprechung des Terminus. Wenn ein entsprechender Terminus in der Zielsprache vorliegt, welcher dasselbe Konzept wie in der Ausgangsprache ausdrückt, wird dieser Terminus verwendet. Diese Strategie wird v.a. bei internationalen Begriffen oder Nomenklaturen eingesetzt aber nicht bei kulturspezifischen Termini, da keine direkten Entsprechungen zu finden sind. Allerdings lassen sich kulturspezifische Begriffe in bestimmten Fällen übersetzen, da die andere Sprache über einen Terminus verfügt, welcher auf ein sehr ähnliches Konzept hindeutet. Diese Übersetzung wird als „cultural equivalence“ bezeichnet. Nach den „direct

equivalences“ sind Lehnübersetzungen zu finden. Mittels dieser Strategie werden Komposita und Wortverbindungen wortwörtlich übersetzt, sofern die Sprache das ermöglicht. Lehnübersetzungen finden v.a. bei kulturspezifischen Termini oder Internationalismen Anwendung, wie z.B. das deutsche Wort „Fernsehen“, welches eine Lehnübersetzung aus dem Englischen „television“ ist. Begriffserläuterungen stellen einen weiteren Ansatz zur Übersetzung fremdsprachlicher Termini dar. In diesem Falle werden Konzepte durch möglichst kurze Sätze erläutert. Zu den vom/von der DolmetscherIn eingesetzten Strategien zählen auch „direct loans“. Es handelt sich dabei um direkte Lehnwörter, welche i.d.R. in der gesprochenen Sprache von EinwanderInnen verwendet werden. „Direct loans“ sind Wörter der Ausgangssprache, welche auf bestimmte in der Zielsprache fehlende Konzepte hindeuten. Diese Wörter werden nicht übersetzt, sondern in ihrer ursprünglichen Form verwendet. Direkte Lehnwörter kommen auch in schriftlichen Texten als Zitate vor. In manchen Fällen werden sie aber der Morphologie und Phonologie der Zielsprache angepasst. Als fünfte Strategie nennt Niska (2002) die „term creation“. In diesem Falle werden neue Komposita oder Wortverbindungen geprägt, welche aus den in der Zielsprache bereits bestehenden Wörtern oder Morphemen aufgebaut werden. Die Wortprägung ist ein natürlicher Prozess in allen Sprachen, welcher auf unterschiedliche Weisen erfolgt und sich immer an die Sprachstruktur anpasst. „Term creations“ finden auch statt, wenn einem alten Wort oder mundartlichen Ausdrücken neue Bedeutungen erteilt werden. „Translation couplets“ stellen den sechsten Ansatz dar und werden von Niska als Zusammensetzung von zwei oder mehreren Strategien beschrieben. Beispielsweise ist die Kombination von einem direkten Lehnwort und der nachfolgenden Erläuterung eine „translations couplet“, d.h. dass der Terminus zuerst in der Fremdsprache wiederholt und gleich danach erläutert wird (vgl. Niska 2002: 45f.). In einer späteren Veröffentlichung fügt Niska (2003) zwei weitere Strategien hinzu und zwar „omissions“, Auslassungen, und „approximate equivalence“, annäherndes Äquivalent (vgl. Niska 2003: 102).

Valero-Garcés (2005) hat sich im Rahmen ihrer Arbeit mit den Strategien der Dolmetschung fachsprachlicher Begriffe bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen befasst. In ihrer Studie untersucht Valero-Garcés zwei Korpora von gedolmetschten Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen. Der Korpus A besteht aus in US-amerikanischen Krankenhäusern aufgenommenen medizinischen Gesprächen, welche unter Hinzuziehung eines/einer professionellen Dolmetschers/Dolmetscherin erfolgten. Im zweiten Korpus (B) sind hingegen medizinische Gespräche zu finden, welche in einigen Krankenhäusern und

Gesundheitszentren Madrids aufgenommen wurden und bei denen Verwandte der PatientInnen als *ad hoc interpreters* fungierten (vgl. Valero-Garcés 2005: 80).

Aus den Aufnahmen des Korpus A lassen sich die folgenden von professionellen DolmetscherInnen eingesetzten Strategien finden: Direktes Lehnwort, entsprechender Begriff, wortwörtliche Übersetzung, Begriffserläuterungen, Auslassungen, Verwendung von nicht vorhandenen Wörtern, unakzeptable oder unvollständige Wiedergaben, falsche Übersetzungen und „translation couplets“ (vgl. Valero-Garcés 2005: 86). In den Aussagen des/der Dolmetschenden sind auch die von Cabré (1999) genannten „Determinologisierungen“ zu finden. Es handelt sich um einen Prozess, durch den Fachwörter, welche zum aktiven Wortschatz der SprecherInnen gehören, ihres exakten semantischen Inhalts entleert wurden. Dabei handelt es sich um Begriffe, die zwischen der Fach- und Gemeinsprache anzusiedeln sind, da sie von den BenutzerInnen entweder als fachsprachliche Begriffe oder allgemeinsprachliche Wörter betrachtet werden (vgl. Cabré 1999:100).

Im Korpus B sind die Aufnahmen von den Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen zu finden, welche von *ad hoc interpreters* gedolmetscht wurden. Wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, verfügen *ad hoc interpreters* i.d.R. über keine Dolmetschausbildung und sind mit der medizinischen Fachsprache nicht vertraut. Aus den Aufnahmen geht hervor, dass *ad hoc interpreters* folgende Dolmetschstrategien einsetzen: Auslassungen, entsprechender bzw. ähnlicher Begriff, falsche Übersetzungen, deiktische Ausdrücke und außersprachliche Elemente (Handgesten, Geräusche) (vgl. Valero-Garcés 2005: 91). Beim Dialogdolmetschen werden Deixis und außersprachliche Elemente sehr oft verwendet, wenn DolmetscherInnen Ausdrucksschwierigkeiten haben, z.B. wenn ihnen das richtige Wort nicht einfällt (vgl. Valero-Garcés 2005: 88).

Aus Valero-Garcés Studie kann geschlussfolgert werden, dass die Fachsprache DolmetscherInnen verschiedene Probleme verursacht (vgl. Valero-Garcés 2005: 91). Die am häufigsten eingesetzten Dolmetschstrategien im ersten Korpus waren wortwörtliche Übersetzungen und direkte Lehnwörter. Der/die DolmetscherIn bedient sich aus unterschiedlichen Gründen der Lehnwörter. Beispielsweise wird diese Strategie verwendet, wenn die Zielsprache über keinen entsprechenden bzw. ähnlichen Fachbegriff verfügt oder wenn der Fachbegriff in der Zielsprache viel länger und komplizierter oder nicht üblich ist. Die Hauptaufgabe von Dolmetschenden besteht darin, die Kommunikation zu gewährleisten und deswegen versuchen sie Fachbegriffe zu vermeiden, welche die Gesprächsbeteiligten nicht verstehen können. Was wortwörtliche Übersetzungen angeht, belegen die Ergebnisse, dass ihre Verwendung sinnlose oder irreführende Texte in der Zielsprache produzieren können. Die am

häufigsten von *ad hoc interpreters* eingesetzten Strategien sind Auslassungen, deiktische Ausdrücke und außersprachliche Elemente. Außerdem sind auch verschiedene wortwörtliche Übersetzungen zu finden, welche oft zu Missverständnissen und gesundheitsschädlichen Konsequenzen führten (vgl. Valero-Garcés 2005: 92f.).

Valero-Garcés (2005) hebt in der Conclusio hervor, dass bei Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen verschiedene Probleme vorliegen, welche DolmetscherInnen durch Fachwissenserwerb und eine gute terminologische Vorbereitung lösen können. In solchen Settings sehen sich DolmetscherInnen mit der Notwendigkeit konfrontiert, das medizinische Wissen in der Ausgangs- und Zielsprache ausdrücken zu können, die Fachbegriffe der Ausgangssprache richtig zu verstehen und die passenden Fachbegriffe, welche dieselbe Bedeutung in der Zielsprache reproduzieren, zu verwenden. Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beeinflusst die Qualität der medizinischen Dienstleistung. Daher sollen DolmetscherInnen dafür sorgen, dass keine Missverständnisse zwischen Behandelnden und Behandelten auftreten (vgl. Valero-Garcés 2005: 94).

Pöllabauer (2017) untersuchte im Rahmen des Projektes „Community Interpreting und Kommunikationsqualität im Sozial- und Gesundheitswesen“<sup>2</sup> die von den DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Fachterminologie in der Zielsprache. Das Projekt fokussierte sich auf Kommunikation und Dolmetschen in österreichischen Sozialeinrichtungen. Die Studie wurde am Bürgerbüro in Kapfenberg und am Wohnungsamt der Stadt Graz durchgeführt, wo authentische gedolmetschte Gespräche zwischen österreichischen DienstleisterInnen und fremdsprachigen Personen aufgenommen wurden (vgl. Pöllabauer 2017: 138). Aus den Daten geht hervor, dass DolmetscherInnen bei der Wiedergabe von Fachausdrücken Schwierigkeiten hatten, was zu unklaren Dolmetschungen und Missverständnissen führte. Außerdem wurde festgestellt, dass DolmetscherInnen verschiedene Rollen übernommen haben: Sie verhielten sich als FürsprecherInnen oder HelferInnen der KlientInnen, haben aber auch als dritte *co-participants* am Gespräch teilgenommen (vgl. Pöllabauer 2017: 140).

Anhand der von Niska (2002) und Valero-Garcés (2005) dargestellten Dolmetschstrategien verwendet Pöllabauer (2017) folgende Kategorien für die Analyse der Wiedergabe von Fachbegriffen:

---

<sup>2</sup> Teil des vom Zukunftsfonds Steiermark finanzierten Projektes „Migration Research“. Im Mittelpunkt standen Kommunikation und Dolmetschen in den Sozialeinrichtungen. Untersucht wurde die Kommunikation zwischen institutionellen VertreterInnen und nicht-deutschsprachigen KlientInnen sowie das Dolmetschverfahren.

1. „Omissions“: Auslassung des Terminus
2. „Direct equivalence“: Verwendung eines Begriffes, welcher sich auf dasselbe Konzept bezieht. Wenn ein entsprechender Terminus in der Zielsprache nicht vorhanden ist, kann ein ähnlicher Terminus eingesetzt werden, was auch als „approximate equivalence“ bezeichnet wird.
3. „Loan translation“: Es handelt sich dabei um eine wortwörtliche Übersetzung von Komposita oder Wortverbindungen.
4. „Direct loan“: Der Begriff der Ausgangssprache wird in der Zielsprache verwendet und wird in manchen Fällen an die Morphologie und Phonetik der Zielsprache angepasst.
5. „Explanation of concept“: Begriffserläuterungen bzw. -umschreibungen.
6. „Simplification“: Der Fachbegriff wird durch einen weniger spezifischen Terminus oder allgemeinsprachlichen Begriff vereinfacht beschrieben.
7. „Term creation“: Prägung neuer Wörter bzw. Komposita, welche aus in der Zielsprache bereits vorhandenen Wörtern bzw. Morphemen bestehen. In dieser Kategorie sind auch alte oder mundartliche Wörter zu finden, welchen eine neue Bedeutung erteilt wird.
8. „Use of deixis or non-verbal communication“: DolmetscherInnen greifen auf Mimik und Gesten zurück, um die Bedeutung eines Terminus zu erläutern.
9. Verwendung von Wörterbüchern oder anderen Hilfsquellen vor Ort, wie z.B. elektronische Geräte.
10. „Translation couplets“: Zwei Strategien werden zusammen eingesetzt (vgl. Pöllabauer 2017: 142).

Aus den verschiedenen Aufnahmen der am Wohnungsamt und Bürgerbüro durchgeführten Gespräche ließ sich feststellen, dass DolmetscherInnen dieselben Strategien vorzogen. Die zwei am häufigsten eingesetzten Dolmetschstrategien waren Auslassungen von schwierigen Fachbegriffen und Umschreibungen bzw. Vereinfachungen der Fachausdrücke. „Direct equivalences“ wurden selten verwendet und die Kategorie der „translation couplets“ kam nur ein einziges Mal vor. Insgesamt wurden nur fünf der oben angeführten Kategorien von den Dolmetschenden verwendet. Laut Pöllabauer liegt die Verwendung derselben Dolmetschstrategien daran, dass es sich um *ad hoc interpreters* handelt, welche im konkreten Fall über keine guten Deutschkenntnisse und terminologische Vorbereitung verfügen. Aus der Analyse geht hervor, dass die Dolmetschungen unpräziser sind als die Originaläußerungen, was auf die Auslassung von Fachbegriffen zurückzuführen ist. Darüber hinaus erkennt Pöllabauer

Redundanz in den Dolmetschungen und die Verwendung der dritten Person Singular seitens der Dolmetschenden (vgl. Pöllabauer 2017: 150f.).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen Ähnlichkeiten mit den von Valero-Garcés und Niska durchgeführten Studien. Dolmetschende neigen dazu, Fachbegriffe auszulassen, zu vereinfachen oder zu paraphrasieren. Diese Dolmetschstrategien führen dazu, dass die Dolmetschungen ungenauer und redundanter erscheinen als die von den „service providers“ gelieferten Beiträgen. Darüber hinaus lieferten DolmetscherInnen missverständliche und unklare Übersetzungen, auch aufgrund der geringen Deutschkenntnisse der *ad hoc interpreters* (vgl. Pöllabauer 2017: 151).

Dieses Kapitel befasste sich mit den von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen, anhand derer die im empirischen Teil der vorliegenden Masterarbeit präsentierten Daten analysiert werden.. Der empirische Teil wird im folgenden Kapitel behandelt und besteht aus einer Simulation eines gedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächs. Diese Arbeit zielt darauf ab, zu untersuchen, welche Strategien die Dolmetscherin zur Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe einsetzt und inwieweit die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden, wie z.B. das Verstehen der vom Arzt erteilten Informationen.

## **4. Die Untersuchung**

Im folgenden Kapitel soll der empirische Teil der vorliegenden Arbeit präsentiert werden. Zunächst wird die Zielsetzung der Masterarbeit vorgestellt, anschließend die Methodik zur Datenerhebung beschrieben und Präsentation und Auswertung des Datenmaterials unternommen.

### **4.1 Zielsetzung**

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, zu untersuchen, wie DolmetscherInnen bei einem ExpertInnen-LaiInnen-Gespräch mit der von den ExpertInnen verwendeten Fachsprache umgehen, welche Strategien sie für die Wiedergabe fachsprachlicher Begriffe einsetzen und inwieweit sie die Bedürfnisse der LaiInnen berücksichtigen, wie z.B. das Verstehen der von ExpertInnen erteilten Informationen. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde ein spezifisches Setting der Kommunikation zwischen ExpertInnen und LaiInnen untersucht: Das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch.

### **4.2 Methodik**

Um die von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe fachsprachlicher Begriffe zu analysieren, wurden zwei Videoaufnahmen eines simulierten gedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächs durchgeführt, welche als Grundlage für die Datenauswertung dienen.

Die teilnehmende Beobachtung wird als eine der üblichsten Formen der Datenerhebung in der qualitativen Forschung herangezogen. Im Rahmen der Feldforschung findet diese Methode häufig Anwendung, da sich dank der Nähe zum Forschungsgegenstand gehaltvolle Daten erheben lassen (vgl. Hug & Poscheschnik 2015: 108f.). Außerdem kann der Fokus der teilnehmenden Beobachtung nicht nur „auf verbalsprachliche Daten, sondern auch auf Verhaltensweisen und Handlungen der Menschen“ gerichtet werden (Hug & Poscheschnik 2015: 109).

Der Untersuchungsgegenstand ist eine inszenierte Lungenuntersuchung, an der ein italienischer Arzt und ein österreichischer Patient unter Einbeziehung einer Dolmetscherin teilnehmen.

### 4.3 Datenmaterial

Das Datenmaterial besteht aus zwei Videoaufnahmen einer simulierten Lungenuntersuchung. Der Arzt ist italienischer Muttersprache und hat vor kurzem sein Medizinstudium in Italien abgeschlossen. Er ist der deutschen Sprache nicht mächtig und arbeitet im Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH). Die Rolle des Patienten wird von einem österreichischen Studenten gespielt, welcher kein Italienisch spricht. Die Dolmetscherin ist italienische Muttersprachlerin und studiert am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien. Sie besucht das 5. Semester des Masterstudiums in Konferenzdolmetschen.

Die simulierte Lungenuntersuchung besteht aus zwei Arztterminen, welche jeweils 19 und 12 Minuten dauern. Im ersten Gespräch finden die Symptombeschreibung, Anamnese und körperliche Untersuchung statt. Um eine genauere Diagnose stellen zu können, empfiehlt der Arzt dem untersuchten Patienten, sich einer Blutabnahme und einem Brustströntgen zu unterziehen. Beim zweiten Folgetermin stellt der Arzt anhand der Befunde die Diagnose und verschreibt dem Patienten eine Therapie. Beide Termine wurden mittels einer Videokamera gefilmt und zur Sicherheit auch mittels eines Audioaufnahmeegerätes aufgenommen. Die Videokamera wurde an der Seite des Raumes platziert, damit alle Gesprächsbeteiligten aufgenommen werden konnten.

Die Wahl der Inszenierung eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs hängt vom schweren Zugang zu authentischen Daten ab. Im Gesundheitswesen werden Anträge auf Genehmigung von Filmaufnahmen bei authentischen Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen aufgrund der Wahrung der Privatsphäre und des persönlichen Datenschutzes der PatientInnen i.d.R. abgelehnt (vgl. Felgner 2017: 251). Daher stellt die Inszenierung eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs eine wertvolle Möglichkeit dar, die in der vorliegenden Masterarbeit behandelten dolmetschwissenschaftlich relevanten Phänomene zu untersuchen.

Bei einer inszenierten Dolmetschsituation stellt sich die Frage der Authentizität und Verwertbarkeit des Videomaterials. Laut Felgner (2017) ist bei simulierten Gesprächen nicht von Authentizität im engeren Sinn die Rede. Allerdings stellt die in Szene gesetzte gedolmetschte Situation in vielen Fällen keine rein künstliche Simulation bzw. kein reines Rollenspiel dar, da sie den echten Bedingungen des jeweiligen Settings angenähert werden kann, indem die Simulation mit echten FachexpertInnen und DolmetscherInnen durchgeführt wird (vgl. Felgner 2017: 256). Im Falle der vorliegenden Dolmetschinszenierung haben z.B. ein Arzt als Fachexperte, welcher über ein abgeschlossenes Medizinstudium verfügt, sowie eine professionell ausgebildete Dolmetscherin an der Simulation teilgenommen. Die Dolmetscherin

befindet sich am Ende ihres Masterstudiums in Konferenzdolmetschen und verfügt über ausreichende translatorische Fähigkeiten, um das Gespräch professionell zu dolmetschen. Die Rolle des Patienten scheint die einzige Rolle in der Dolmetschinszenierung zu sein, die gänzlich simuliert werden muss. Jedoch wurde im Rahmen der Simulation versucht, die ärztliche Untersuchung so authentisch wie möglich zu gestalten. Da sich die vorliegende Masterarbeit mit dem Thema der Fachsprache in gedolmetschten ExpertInnen-LaiInnen-Gesprächen beschäftigt, wurde auf Empfehlung des Arztes eine Untersuchung bei einem Lungenfacharzt simuliert. Da PatientInnen i.d.R. die jeweiligen Fachärzte aufsuchen, wenn bestimmte Beschwerden auftreten und um die Simulation so realistisch wie möglich zu gestalten, wurde als Basis für das Gespräch ein in Wirklichkeit stattgefundener klinischer Fall nachgespielt. Mit Hilfe des italienischen Arztes wurde dann das Patientenprofil erstellt. Dem österreichischen Patienten wurden die während der Simulation zu beschreibenden Symptome und seine Krankengeschichte mitgeteilt. Damit sich die Dolmetscherin terminologisch auf den Dolmetschauftrag vorbereiten konnte, wurde ihr die Art der Fachuntersuchung und das Patientenprofil bekanntgegeben.

Zur Authentizität der Dolmetschinszenierung trägt überdies die Tatsache bei, dass der Arzt der deutschen und der Patient der italienischen Sprache nicht mächtig ist. Daher waren beide Gesprächsparteien während des simulierten Gesprächs tatsächlich auf die Dolmetscherin angewiesen, um den anderen Gesprächspartner zu verstehen und den Dialog führen zu können. Felgner (2017) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass Dolmetschinszenierungen, bei denen die Rolle des Patienten/der Patientin von Personen, welche beide Gesprächssprachen verstehen und sprechen, übernommen wird, zu einem Authentizitätsverlust führt (vgl. Felgner 2017: 257).

#### **4.4 Transkription**

Wie eingangs erwähnt, besteht der Korpus der vorliegenden Untersuchung aus zwei Videoaufnahmen von zwei Terminen eines Arzt-Patienten-Gesprächs, deren Dauer jeweils 19 und 12 Minuten beträgt.

Für die Transkription der zwei Videoaufnahmen wurde der Partitur-Editor des Transkriptionsprogrammes EXMARaLDA gebraucht. Dieses Programm ermöglicht die Erstellung der Transkription in Form einer Partiturnotation. Wie bei einer musikalischen Partitur erfolgt eine Unterteilung der Transkription in mehreren Spuren, welche erlaubt, pro GesprächspartnerIn mehrere untereinander angeordnete Zeilen zu verwenden. Dadurch können

Simultaneität und Linearität der Diskursereignisse graphisch wiedergegeben werden (vgl. Rehbein et al. 2004: 7). Auf diese Art und Weise können die nonverbalen Elemente in Zusammenhang mit den simultanen verbalen Elementen dargestellt werden.

Zu den Vorteilen des Partitur-Editors von EXMARaLDA zählt die Verarbeitung der Transkriptionen gemäß der unterschiedlichen gängigen Transkriptionskonventionen, wie z.B. GAT (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem), HIAT (Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen) und CHAT (Codes for the Human Analysis of Transcripts). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die aufgenommenen Gespräche nach dem Transkriptionssystem HIAT transkribiert. Mittels des HIAT-Systems können auch die non- und paraverbalen Elemente berücksichtigt und die mit dem Verbaltext verbundenen Handlungen beschrieben werden (vgl. Ehlich & Rehbein 1981: 174).

#### **4.4.1 Die Partitur**

Der erste Schritt für die Transkription besteht in der Erstellung einer SprecherInnentabelle für jede/n SprecherIn (vgl. Rehbein et al. 2004: 10). Für diese wurden folgenden Informationen eingegeben: Funktion, Abkürzung und Geschlecht. Die Abkürzungen für die SprecherInnen werden im Folgenden angeführt:

- A: Arzt
- D: Dolmetscherin
- P: Patient

Die Partitur des HIAT-Systems setzt sich aus verschiedenen Spuren zusammen, welche herangezogen werden, um die verschiedenen SprecherInnen sowie Informationstypen zu unterscheiden (vgl. Rehbein et al. 2004: 8). In diesem Transkriptionssystem ist zunächst bei jedem/jeder SprecherIn die verbale Spur zu finden, in der die von den Gesprächsparteien ausgesprochenen Wörter, Sprechpausen sowie „nicht-redebegleitenden Handlungen“, wie z.B. Husten, transkribiert werden. Neben der verbalen Spur können für jeden/jede SprecherIn auch weitere Spuren, welche relevante Informationen enthalten, hinzugefügt werden. Beispielsweise kann eine Spur für die suprasegmentalen Phänomene angelegt werden, in der Aspekte wie Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit und Sprechweise angeführt werden. Nonverbale Spuren, in denen die nonverbalen Elemente, die gleichzeitig zu den verbalen Äußerungen erfolgen, eingegeben werden, können ebenfalls hinzugefügt werden. Außerdem ist es möglich Kommentar-Spuren anzulegen, in der sich jene Phänomene kommentieren lassen, welche über

keine formalisierte Repräsentation verfügen. Überdies kann auch eine Übersetzungsspur angelegt werden, welche sich für die Analyse der vorliegenden Simulation als hilfreich erweist (vgl. Rehbein et al. 2004: 8). In der Transkription der zu analysierenden Videoaufnahmen werden für alle SprecherInnen eine verbale und eine nonverbale Spur angelegt und zusätzlich eine Übersetzungsspur für die Dolmetscherin und den Arzt, in welcher der italienische Text ins Deutsche übersetzt wird.

Die verbalen Spuren werden in der Partitur durch „v“ gekennzeichnet, beispielsweise wird die verbale Spur des Arztes folgendermaßen veranschaulicht: „A [v]“. Die nonverbalen Phänomene werden durch „nv“ bzw. „ak“ gekennzeichnet, wobei „nv“ für nonverbale Kommunikation steht und „ak“ für Aktionen, d.h. nicht-sprachliche Handlungen. Die Übersetzungsspuren werden durch das Kürzel der jeweiligen Sprache markiert. Im Falle der vorliegenden Transkription wird die Spur, welche die deutsche Übersetzung der italienischen Äußerungen enthält, durch „de“ gekennzeichnet. Im Folgenden sollen die für die vorliegende Transkription verwendeten Transkriptionskonventionen nach HIAT dargelegt werden.

#### **4.4.2 Transkriptionskonventionen nach HIAT**

Wie bereits im vorherigen Unterkapitel erwähnt, wurden die Videoaufnahmen nach den HIAT-Transkriptionskonventionen (vgl. Rehbein et al. 2004) transkribiert. Im Folgenden werden diese beschrieben.

- Kurze Sprechpausen mit einer geschätzten Dauer von bis zu einer Sekunde werden mit einem (•) bis zu drei (•••) Pausenpunkten notiert. Längere Sprechpausen werden in Sekunden angegeben, welche in runden Doppelklammern notiert werden: z.B. ((3s)).
- Reparaturen oder Selbstkorrekturen werden durch einen Schrägstrich nach dem zu reparierenden Äußerungsteil gekennzeichnet: z.B. „ich denke/ ich würde eine Blutabnahme machen“
- Unverständliche Wörter bzw. Äußerungen werden durch Doppelklammern ersetzt, in denen „unverständlich“, gefolgt von einem Komma und Angabe der Zeitdauer des unverständlichen Teils, angegeben wird.
- Der Beginn einer Äußerung wird durch den großgeschriebenen Buchstaben gekennzeichnet.

- Es werden Punkte am Ende deklarativer Sätze gesetzt, Fragezeichen am Ende der Fragen und Ausrufezeichen nach den Ausrufen. Auslassungspunkte markieren den Abbruch eines Satzes.
- Interjektionen werden durch die übliche Schreibweise notiert: z.B. „äh, ähm“.
- Zahlen und Datumsangaben werden ausgeschrieben.
- Abkürzungen werden als solche notiert: z.B. EKG (Elektrokardiogramm).
- Paralinguistische Elemente sind in der verbalen Spur zu finden und werden in Doppelklammern signalisiert: z.B. ((lacht)).
- Im Gespräch vorkommende Personennamen werden anonymisiert und durch die ersten Buchstaben des jeweiligen Namens ersetzt: z.B. Max Mustermann > M. M.

Wie im zweiten Kapitel erwähnt, spielt die nonverbale Kommunikation im medizinischen Gespräch eine wichtige Rolle. In der Transkription werden alle nonverbalen Elemente, welche für die Zielsetzung der vorliegenden Masterarbeit relevant sind, notiert. Redebegleitende nonverbale Handlungen werden in der nonverbalen Spur angegeben und dem entsprechenden Äußerungsteil zugeordnet. In Bezug auf die Blickrichtung wird diese in Anlehnung an Felgner (2017) in der nonverbalen Spur transkribiert und folgendermaßen gekennzeichnet:  $B > A$ , d.h., dass der Blick in Richtung Arzt gerichtet ist (vgl. Felgner 2017: 175).

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit werden nur jene Gesprächspassagen dargestellt, die für die Zielsetzung der Arbeit relevant sind. Das heißt, dass nur die Passagen ausgewählt wurden, welche im Zusammenhang mit den von der Dolmetscherin eingesetzten Strategien für die Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe sind. Im Laufe der Analyse wird auf Auszüge des transkribierten Gesprächs Bezug genommen und die Verweise darauf erfolgen folgendermaßen: (Abkürzung der jeweiligen Datei + Nummer der EXMARaLDA Tabelle). Beispiel: (B 1).

Im folgenden Kapitel soll die Analyse des transkribierten Arzt-Patienten-Gesprächs behandelt werden.

## 5. Analyse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der im vorherigen Kapitel vorgestellten Simulation dargelegt, in der die von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien für die Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe analysiert werden. Die Analyse erfolgt in Anlehnung an die im dritten Kapitel vorgestellten Dolmetschstrategien von Niska (2002) und Pöllabauer (2017).

### 5.1 Das simulierte Arzt-Patienten-Gespräch

Wie im vierten Kapitel angekündigt, besteht die simulierte Lungenuntersuchung aus zwei Arztterminen. Der erste Termin folgt dem Ablauf eines herkömmlichen Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächs (s. Kapitel 2.3). Während des Gesprächs finden folgende Phasen statt: Symptombeschreibung vonseiten des Patienten, Anamnese, körperliche Untersuchung des Patienten und Planung der weiteren Schritte. Beim Folgetermin wurden die Befunde besprochen, eine genauere Diagnose gestellt und dem Patienten eine Therapie verschrieben.

#### 5.1.1 Die Sitzordnung

Bevor die Analyse behandelt wird, ist es notwendig, die Sitzposition der Gesprächsbeteiligten im Raum kurz darzustellen. Dolmetscherin und Patient betreten gemeinsam den Raum, in dem insgesamt drei Stühle vorhanden waren. An einer Seite des Tisches war ein Stuhl für den Arzt zu finden und an der anderen Seite zwei nebeneinanderstehende Stühle, welche für die Dolmetscherin und den Patienten vorgesehen waren. Daher positionierte sich die Dolmetscherin neben den Patienten. Die genaue Sitzposition wird im Folgenden veranschaulicht.

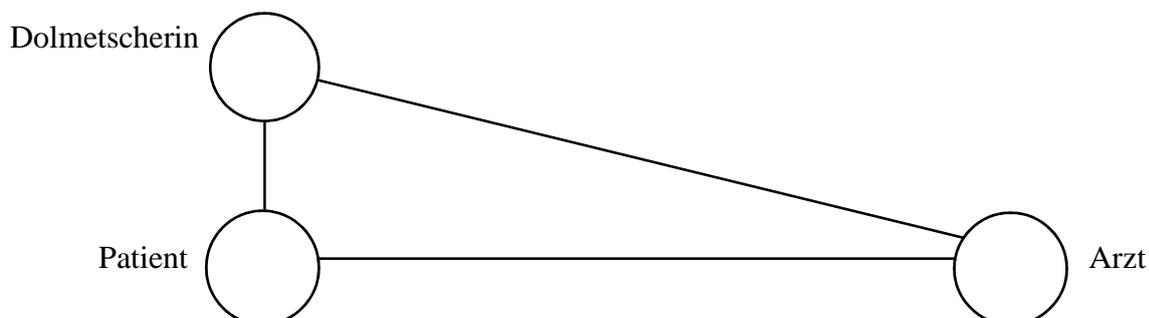


Abb. 4: Graphische Darstellung der Sitzordnung der KommunikationsteilnehmerInnen

Wie im zweiten Kapitel der vorliegenden Masterarbeit ausgeführt, erweist sich die Positionierung der dolmetschenden Person neben dem Patienten oder der Patientin als vorteilhaft. Die oben veranschaulichte Sitzordnung der Gesprächsbeteiligten spiegelt die von Felgner (2002) vorgeschlagene Positionierung wider, welche DolmetscherInnen den Blickkontakt zu allen KommunikationsteilnehmerInnen ermöglicht. Diese Sitzordnung wurde in beiden Arztterminen eingehalten. Im ersten Termin wurde jedoch die oben dargestellte Positionierung kurz verändert, als der Arzt die körperliche Untersuchung des Patienten durchführte. In diesem Falle ist die Dolmetscherin aufgestanden, damit sich der Arzt neben den Patienten positionieren und ihn untersuchen konnte. Während der körperlichen Untersuchung stand die Dolmetscherin an der linken Seite des Arztes.

### **5.1.2 Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung**

Das simulierte Arzt-Patienten-Gespräch zeigt die wesentlichen Merkmale einer Dolmetschsituation im Kommunalbereich auf (s. Kapitel 2). Die inszenierte Lungenuntersuchung ist tatsächlich von einer starken Asymmetrie zwischen Behandelndem und Behandeltem geprägt. Wie im zweiten Kapitel der vorliegenden Masterarbeit ausgeführt, betrifft die Ungleichheit zwischen den Gesprächspartnern verschiedene Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. -Beziehung.

An erster Stelle ist die Überlegenheit des Arztes zu nennen. Der Arzt erweist sich als die dominante Gesprächspartei, welche die Kommunikation mit dem Patienten steuert, indem er ständig Fragen stellt. Laut Angelelli (2019) gilt die Frage-Antwort-Sequenz als besonders zum Machtgefälle beitragender Faktor (vgl. Angelelli 2019: 45). Im Falle der durchgeführten Simulation stellt der Arzt ebenfalls jene Gesprächspartei dar, welche Fragen stellt und den Dialog steuert. Bei der Anamnese lässt sich die Frage-Antwort-Sequenz am deutlichsten feststellen. Der Arzt befragt den Patienten über seinen Gesundheitszustand, Lebensstil und etwaige Krankheiten bzw. Erkrankungen von Verwandten. In dieser Phase beschränkt sich der Patient darauf, die vom Arzt gestellten Fragen zu beantworten. Vom Behandelten werden während der Anamnese keine Fragen gestellt. In den folgenden Transkriptionsausschnitten werden einige Passagen angeführt, welche die Frage-Antwort-Sequenz darstellen.

## Transkriptauszug 1

[U 14]

	24 [01:27.6]	25 [01:29.9]	26 [01:33.0]
<b>A [v]</b>	Hai problemi respiratori?		
<b>A [de]</b>	Hast du Atembeschwerden?		
<b>A [nv]</b>	<i>Sieht den Patienten nicht an.</i>		
<b>A [ak]</b>	<i>Schreibt am Computer</i>		
<b>D [v]</b>	pillole eh • alla sera.	Haben Sie • Atemstörungen?	
<b>D [de]</b>	Tabletten äh • am Abend.		
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>P [v]</b>			Ja, ich hab
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>

[U 46]

	77 [04:59.1]
<b>A [v]</b>	Nella tua famiglia ci sono problemi? •• I tuoi genitori sono vivi o no?
<b>A [de]</b>	Gibt es in deiner Familie Probleme? •• Sind deine Eltern noch am Leben oder nicht?
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	Sind Ihre Eltern
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

In den anderen Phasen der beiden simulierten Arzttermine erweist sich die Teilnahme des Patienten am Gespräch ebenfalls als gering. Wie von Hale (2007) hervorgehoben, kann dieses Verhalten des Patienten von verschiedenen Faktoren bestimmt werden (vgl. Hale 2007: 39). Im Falle der durchgeführten Simulation lässt sich feststellen, dass der Patient in den meisten Fällen das Wort ergreift, um die vom Arzt gestellten Fragen zu beantworten oder um Erläuterungen zu bitten. In vielen Passagen beschränken sich die Äußerungen des Patienten auf Aussagesätze wie „okay“ oder „ja“. Im Folgenden werden einige Beispiele zitiert.

## Transkriptauszug 2

[U 162]

	268 [18:02.0]
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Also, ähm was die Tabletten angeht, müssen Sie zwei Tabletten am Abend und am/ in
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

		269 [18:10.8]270 [18:11.7]
A [v]		Ehm hai domande?
A [de]		Ähm hast du Fragen?
A [nv]		B>P
D [v]	der Früh nehmen und die sind fünfhundert Milligramm.	
D [nv]		
P [v]		Okay.
P [nv]		B>A

Die geringe Teilnahme des Patienten am medizinischen Gespräch lässt sich auch im Anteil der vom Arzt ausgesprochenen Wörter im Vergleich zu dem des Patienten festzustellen. Mithilfe des Wortzählungsprogrammes AntConc wurden aus den Transkriptionen alle Wörter des Arztes und des Patienten bei beiden Terminen gezählt. Beim ersten simulierten Arzttermin beträgt die Zahl der vom Behandelnden ausgesprochenen Wörter 928. Dagegen verwendet der Patient lediglich 397 Wörter. Beim Folgetermin ist dieser Unterschied noch deutlicher. In der Tat artikuliert der Arzt 752 Wörter, während der Patient nur 142 verwendet. Jedoch enthalten diese Zahlen nicht jene Wörter, welche in den Aufnahmen nicht zu verstehen sind, was aber als übersehbares Detail betrachtet werden kann, da sehr wenige unverständliche Passagen in den Gesprächen vorkommen.

Das Machtgefälle zwischen Patienten und Arzt ist auch im vom Behandelnden verwendeten Sprachregister zu finden, da er sich zahlreicher medizinischer Fachausdrücke<sup>3</sup> bedient, welche vom Patienten kaum gebraucht und nicht immer verstanden werden. Aus den oben angeführten Wortzahlen wurde der Prozentsatz der vorgekommenen Fachausdrücke ausgerechnet. Beim ersten Termin beträgt der Prozentsatz der vom Arzt verwendeten Fachwörter circa 4,7% des Verbaltextes. Beim Folgetermin erhöht sich die Zahl auf 6,6%. Diese Zahlen spiegeln den Standardprozentsatz eines Fachtextes wider (s. Kapitel 3). Dagegen stellen die beim ersten Arzttermin vom Patienten verwendeten Fachwörter circa 0,53% all seiner Äußerungen dar. Beim zweiten simulierten Arzt-Patienten-Gespräch sind keine Fachbegriffe in den Aussagen des Behandelten zu finden. Die Äußerungen der Dolmetscherin enthalten mehr Fachtermini als diejenigen des Patienten aber weniger als diejenigen des Arztes. Sie befindet sich in einer Zwischenposition. Beim ersten inszenierten Gespräch beträgt der Prozentsatz an Fachwörtern in den Aussagen der Dolmetschenden circa 2,7% all ihrer

<sup>3</sup> Als Fachausdrücke gelten all jene Wörter bzw. Wortverbindungen, welche die im ersten Kapitel vorgestellten Merkmale eines Fachbegriffes aufweisen: Fachbezogener Inhalt, Exaktheit, Begrifflichkeit, Eindeutigkeit und Neutralität (s. Kapitel 1.4 und 1.6).

Äußerungen. Beim Folgetermin erhöht sich diese Zahl auf 3,9%. Im Folgenden werden die prozentuellen Anteile der von den drei Gesprächsbeteiligten verwendeten medizinischen Fachausdrücke verglichen und in Form von zwei Tortendiagrammen dargestellt. Es wird für jeden simulierten Arzttermin ein Tortendiagramm abgebildet.

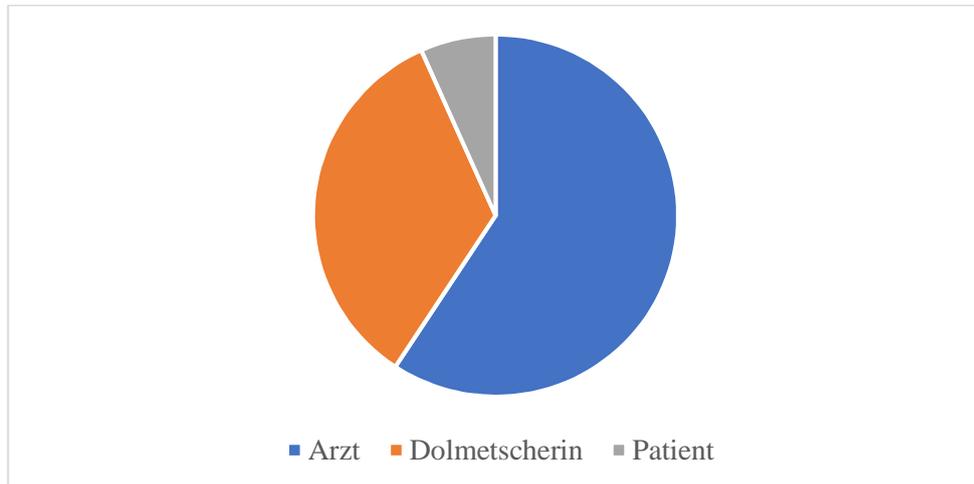


Abb. 5: Graphische Darstellung des Anteils an von den Gesprächsbeteiligten verwendeten medizinischen Fachausdrücken beim ersten simulierten Arzt-Patienten-Gespräch

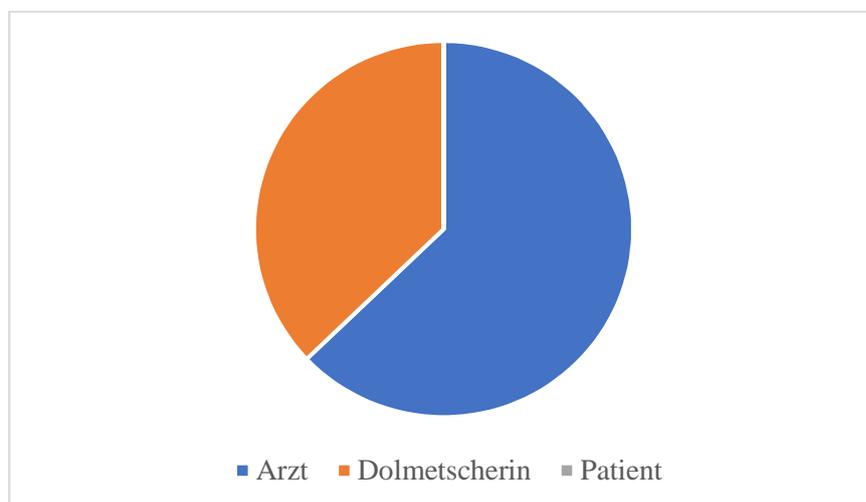


Abb. 6: Graphische Darstellung des Anteils an von den Gesprächsbeteiligten verwendeten medizinischen Fachausdrücken beim zweiten simulierten Arzt-Patienten-Gespräch

Im Laufe der simulierten Gespräche liefert der Arzt Erklärungen der verwendeten Fachbegriffe, indem er eine Mischung von Gemein- und Fachsprache verwendet, was von Rehbein (1997) als „semiprofessionelle Rede“ definiert wird. Im Folgenden soll ein Beispiel angeführt werden.

### Transkriptauszug 3

[B 10]

	27 [00:54.2]	28 [00:55.8]
<b>A [v]</b>		È il numero delle piastrine che sono quelle
<b>A [de]</b>		Das sind Blutplättchen, die jene Zellen sind, die zur
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	E che cosa significa esattamente questo?	
<b>D [de]</b>	Und was heißt das genau?	
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>	<i>B&gt;A</i>

[B 11]

		29 [01:03.0]
<b>A [v]</b>	cellule che servono per coagulare il sangue •• sono un po' ridotte del normale.	
<b>A [de]</b>	Blutgerinnung beitragen •• sie sind ein bisschen weniger als normal.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Also,
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

Durch die Verwendung einer „semiprofessionellen Rede“ wird das Wissensgefälle zwischen Arzt und Patienten überbrückt und eine erfolgreiche Kommunikation gewährleistet, da medizinische Fachbegriffe vereinfacht erläutert werden (vgl. Meyer 2004: 114). Im Falle, dass die Erläuterungen medizinischer Fachbegriffe aus der Dolmetschung ausgeschlossen werden, lassen sich die Aussagen der ExpertInnen von den LaiInnen nicht verstehen. Dieses Phänomen ist auch in den Transkriptionen der vorliegenden Fallstudie zu beobachten. Im Folgenden ist die betreffende Passage angeführt.

### Transkriptauszug 4

[B 7]

		24 [00:39.8]
<b>A [v]</b>		Però le piastrine sono un poco diminuite, si parla di
<b>A [de]</b>		Aber die Blutplättchen sind heruntergesunken, man spricht von
<b>A [nv]</b>		<i>Schaut auf die Befunde</i>
<b>D [v]</b>	Blutkörperchen sind normal.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[B 8]

	..
A [v]	trombocitopenia ma ••• niente di preoccupante, è un po' più in basso del normale.
A [de]	Thrombozytopenie aber ••• nichts Ernstes, es ist ein bisschen niedriger als normal.
A [nv]	
P [nv]	

[B 9]

	25 [00:48.5]	26 [00:53.0]
D [v]	Also Sie haben Thrombozytopenie aber das ist kein riesiges Problem	
D [nv]	<i>B&gt;P</i>	
P [v]		Was heißt das?
P [nv]	<i>B&gt;D</i>	<i>B&gt;D</i>

Aus den Transkriptionsausschnitten kann beobachtet werden, dass die vom Arzt gelieferte Erläuterung des Terminus „Thrombozytopenie“ aus der Dolmetschung ausgelassen wird, was den Patienten dazu verleitet, um eine Erklärung zu bitten (s. B 9).

Nach diesem einleitenden Teil zur Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung werden im folgenden Unterkapitel die verschiedenen Strategien zur Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe untersucht.

### 5.1.3 Eingesetzte Strategien zur Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe

Wie bereits erwähnt, bedienen sich DolmetscherInnen verschiedener Dolmetschstrategien, um die von ÄrztInnen verwendeten medizinische Fachbegriffe in der Zielsprache wiederzugeben. In Anlehnung an die von Niska (2002) und Pöllabauer (2017) dargestellte Strategien wird die Dolmetschung in der vorliegenden Fallstudie analysiert.

Aus den Transkriptionen der ersten inszenierten Dolmetschsituation kann beobachtet werden, dass die Dolmetscherin verschiedene Strategien einsetzt. Bereits in der Phase der Symptombeschreibung kommen verschiedene medizinische Fachbegriffe vor. Als Erstes ist das Fachwort „Paracetamol“ zu erwähnen. Im Folgenden wird das Beispiel angeführt.

## Transkriptauszug 5

[U 10]

..		16 [01:01.1]	17 [01:03.2]
<b>A [v]</b>			
<b>A [de]</b>	eingegenommen?		
<b>A [nv]</b>			
<b>D [v]</b>		Was für ein Medikament haben Sie eingenommen?	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>P [v]</b>			Ich glaub, es heißt
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>

[U 11]

18 [01:05.2*]		19 [01:11.0]
<b>D [v]</b>		Ok, crede che sia
<b>D [de]</b>		Ok, er glaubt, dass es Paracetamol ist
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>	Paracetamol • • und die Konzentration • ich glaub tausend.	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>	

[U 12]

..		20 [01:14.9]	21 [01:16.6]
<b>A [v]</b>		Quante volte l'hai presa?	
<b>A [de]</b>		Wie oft hast du es eingenommen?	
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>D [v]</b>	paracetamolo e da ((1s)) da mille.		Wie viele Male haben Sie
<b>D [de]</b>	und ((1s)) tausend Milligramm.		
<b>D [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>

Aus dieser Passage ist ersichtlich, dass der Patient in den letzten Tagen eine Tablette von Paracetamol zur Fiebersenkung eingenommen hat (s. U 12). In diesem Fall verwendet die Dolmetscherin die direkte italienische Entsprechung des deutschen Terminus und zwar „paracetamolo“ (s. U 10-12).

Nachdem der Patient seine Beschwerden ausgedrückt hat, fängt der Arzt an, weitere gezielte Fragen zu stellen, durch welche der Gesundheitszustand des Patienten besser verstanden werden kann. Beispielsweise fragt der Arzt den Patienten, ob er an Atembeschwerden leidet. Im folgenden Transkriptionsausschnitt ist diese Passage zu finden.

## Transkriptauszug 6

[U 14]

	24 [01:27.6]	25 [01:29.9]	26 [01:33.0]
<b>A [v]</b>	Hai problemi respiratori?		
<b>A [de]</b>	Hast du Atembeschwerden?		
<b>A [nv]</b>	<i>Schaut den Patienten nicht an.</i>		
<b>A [ak]</b>	<i>Schreibt am Computer</i>		
<b>D [v]</b>	pillole eh • alla sera.	Haben Sie • Atemstörungen?	
<b>D [de]</b>	Tabletten äh • am Abend.		
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>P [v]</b>			Ja, ich hab
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>

Auch in diesem Beispiel setzt die Dolmetscherin die Strategie „direct equivalence“ ein, um den italienischen medizinischen Ausdruck „problemi respiratori“ zu übersetzen. Die Übersetzung lautet „Atemstörungen“ (s. U 17). In dieser Passage kann zusätzlich beobachtet werden, dass die Dolmetscherin den Patienten siezt, während der Arzt ihn duzt. Die Verwendung der formellen Anrede vonseiten der Dolmetscherin erfolgt nicht nur im oben zitierten Transkriptionsausschnitt, sondern auch im Laufe des ganzen Gesprächs.

In der Antwort des Patienten auf die oben angeführte Frage werden verschiedene Beschwerden aufgelistet, wie z.B. Husten, Schnupfen und Halsweh (s. U 15). Dabei handelt es sich um Begriffe, die von LaiInnen verwendet werden, um körperliche Beschwerden auszudrücken. Die Dolmetscherin liefert für die Wiedergabe dieser Symptome folgende Übersetzungen: „tosse“, „rinorrea“ und „mal di collo“ (s. U 16). Unten ist die zutreffende Passage zu finden.

## Transkriptauszug 7

[U 15]

<b>P [v]</b>	ziemlich Husten, äh Schnupfen, also • mein Hals tut weh, das ist so wie so wie eine
<b>P [nv]</b>	

[U 16]

	27 [01:42.3]
<b>D [v]</b>	Sì, ho/ ha la tosse, rinorrea, mal di collo, diciamo i
<b>D [de]</b>	Ja, ich habe/ er hat Husten, Rinorrhö, Halsschmerzen, die typischen
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>	typische Grippe und • • ähm ja.
<b>P [nv]</b>	

Das Wort Husten wird von der Dolmetscherin mit dem entsprechenden Begriff „tosse“ übersetzt. Dagegen erfolgt die Übersetzung von „Schnupfen“, einem LaiInnenbegriff, in einer präziseren Form, da die Dolmetscherin den medizinischen Fachbegriff „rinorrea“, der dem deutschen Terminus „Rhinorrhö“ bzw. „Nasenlaufen“ entspricht, verwendet. Der entsprechende italienische Ausdruck für „Schnupfen“ ist „raffreddore“. Allerdings bezeichnet der von der Dolmetscherin gewählte Fachbegriff eine sehr spezifische Form von Schnupfen und zwar das Nasenlaufen. Aus der Aussage des Patienten lässt sich aber nicht feststellen, ob es sich tatsächlich um Nasenlaufen handelt oder eine andere Art von Schnupfen.

In diesem Beispiel ist auch eine ungenaue Dolmetschung des Äußerungsteils des Patienten „mein Hals tut weh“ (s. U 15) zu finden. Im Deutschen bezeichnet das Wort Hals den Teil des menschlichen Körpers, welchen den Rumpf und den Kopf verbindet und entspricht dem italienischen Wort „collo“. Mit dem deutschen Ausdruck „mein Hals tut weh“ wollte der Patient vermutlich einen bestimmten Schmerz bezeichnen, welcher sich auf die inneren Organe des Halses bezieht, wie z.B. Kehlkopf oder Rachen. Die gelieferte Dolmetschung lautet „ho mal di collo“ (s. U 16). Obwohl „collo“ die direkte Entsprechung von „Hals“ ist, wird dieser Ausdruck im Italienischen i.d.R. für Nackenschmerzen verwendet und nicht für Schmerzen der oben genannten Organe. Die richtige Übersetzung wäre „ho mal di gola“ gewesen, da dieser allgemeine Ausdruck die Schmerzen des Kehlkopfs bzw. Rachens bezeichnet.

Im Laufe der Anamnese sind auch weitere medizinischen Fachbegriffe zu finden. Der erste vorkommende medizinische Terminus ist „Herzgeräusche“, welcher vom Patienten ausgesprochen wird. Der folgende Transkriptionsausschnitt führt die betreffende Passage an:

#### Transkriptauszug 8

[U 37]

	..
<b>P [v]</b>	Ähm ich bin da quasi untersucht worden und • • • ich glaub, es hat geheißen, dass ich
<b>P [nv]</b>	

[U 38]

	..
<b>P [v]</b>	Herzgeräusche habe, aber • es gab kein großes Problem oder keine Folgen ((2s))
<b>P [nv]</b>	

[U 39]

..		63 [04:10.4]
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>		Non/ allora quando era piccolo aveva/ è
<b>D [de]</b>		Nicht/ also als Kind hatte er/ wurden ihm Herzgeräusche
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>	davon gehabt oder keine folgende Therapie.	
<b>P [nv]</b>		

[U 40]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	stato diagnosticato con soffi cardiaci ••• non so se è un grandissimo problema perché
<b>D [de]</b>	diagnostiziert ••• ich weiß nicht, ob das ein sehr großes Problem ist, weil es ist nicht/ er wurde keiner Operation
<b>D [nv]</b>	

Der deutsche Fachbegriff „Herzgeräusche“ (s. U 37-38) wird von der Dolmetscherin mit dem italienischen Ausdruck „soffi cardiaci“ wiedergegeben. In diesem Falle wird eine „direct equivalence“ verwendet, da die von der Dolmetscherin verwendete Übersetzung dem deutschen Terminus entspricht. Anzumerken ist noch die Satzbildung der gelieferten Dolmetschung, welche ein Hinzufügen eines weiteren medizinischen Fachausdrucks, der vom Patienten nicht verwendet wurde, aufweist. Der Behandelte drückt sich folgendermaßen aus: „Es hat geheißen, dass ich Herzgeräusche habe“ (s. U 37-38). Die Dolmetschung lautet: „È stato diagnosticato con soffi cardiaci“ (s. U 40). Das Verb „diagnosticare“ (dt. diagnostizieren) gehört auch zum medizinischen Fachwortschatz und stellt ein zusätzliches Fachelement in der Dolmetschung dar.

Im Laufe der Anamnese ist die erste Auslassung eines medizinischen Fachbegriffes in der Wiedergabe der Dolmetscherin zu finden.

## Transkriptauszug 9

[U 44]

..		71 [04:37.0]	72 [04:41.1]
<b>A [v]</b>		Ehm hai avuto anche interventi chirurgici, appendicite o ••• cose del	
<b>A [de]</b>		Ähm hattest du schon mal eine Operation, Appendizitis oder •••	etwas
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>D [v]</b>			Wurden Sie
<b>D [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>	<i>B&gt;D</i>

[U 45]

73 [04:41.8]74 [04:43.7]	
A [v]	genere?
A [de]	ähnliches?
A [nv]	
D [v]	• anderen Operationen unterzogen?
D [de]	
D [nv]	
P [v]	
P [nv]	

In der Transkriptzeile U 44 fragt der Arzt, ob sich der Patient bereits einer Operation unterzogen hat und fügt zusätzlich als Beispiel die Operation an der Appendizitis hinzu. Dieser aus dem Lateinischen stammende Terminus bezeichnet eine Entzündung des Blinddarmes. Die Dolmetscherin gibt diesen Terminus in der Zielsprache nicht wieder und fragte nur, ob der Behandelte schon chirurgische Eingriffe hatte, ohne das vom Arzt hinzugefügten Beispiel zu nennen.

Während der Anamnese fragt der Arzt den Patienten, ob es Verwandte gibt, welche Gesundheitsprobleme haben bzw. hatten. Der Patient antwortet, dass sein Vater an einem Herzinfarkt verstorben ist. Die Dolmetscherin verwendet wiederum eine „direct equivalence“ in ihrer Dolmetschung, um den Fachbegriff „Herzinfarkt“ in der Zielsprache wiederzugeben. Der übersetzte Fachausdruck lautet „infarto cardiaco“ und ist unten angeführt:

#### Transkriptauszug 10

[U 48]

78 [05:03.0]	
D [v]	noch am Leben? ••• Haben Sie Probleme?
D [nv]	
P [v]	Ähm mein Vater ist mit fünfundfünfzig
P [nv]	<i>B&gt;D</i>

[U 49]

P [v]	gestorben ••• Herzinfarkt ••• meine Mutter leidet unter Depression und ••• ich weiß
P [nv]	

[U 50]

		79 [05:20.4]
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>		Eh il padre è morto a
<b>D [de]</b>		Äh der Vater ist mit fünfundfünfzig an
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>	der Grund ist nicht wirklich klar ((unverständlich 2s))	
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[U 51]

<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	cinquantacinque anni per un infarto cardiaco • la madre soffre di depressione e non/	
<b>D [de]</b>	Herzinfarkt gestorben • die Mutter leidet unter Depression und/ er sagt auch, dass sein Cousin mit zwanzig ohne	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

Im Laufe der Anamnese erkundigt sich der Arzt nach den in der Familie des Patienten vorhandenen Krankheiten bzw. Erkrankungen. Es wird gefragt, ob es unter den Verwandten des Behandelten Tumorfälle gab. Der Arzt benutzt den Begriff „tumore“ (s. U 53), welcher von der Dolmetscherin mit „Krebs“ (s. U 54) übersetzt wurde. Im Folgenden werden die betreffenden Dialogzeilen dargestellt:

### Transkriptauszug 11

[U 52]

		80 [05:32.1]
<b>A [v]</b>		Ok. • • •
<b>A [de]</b>		Ok. • • • habt ihr
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	dice anche che suo cugino è morto a vent'anni senza un motivo apparente.	
<b>D [de]</b>	ersichtlichen Grund gestorben ist.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>

[U 53]

		81 [05:37.2]
<b>A [v]</b>	avete storie di tumori in famiglia • • • per caso?	
<b>A [de]</b>	Fälle von Tumorerkrankungen in der Familie • • • zufällig?	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Ähm • • • hatte jemand von Ihrer
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[U 54]

..		82 [05:40.9]	83 [05:43.2]
<b>A [v]</b>			
<b>A [de]</b>			
<b>A [nv]</b>			
<b>D [v]</b>	Familie Krebs?		Ehm no.
<b>D [de]</b>			Ähm nein.
<b>D [nv]</b>			B>A
<b>P [v]</b>		Mh na, ich glaub net.	
<b>P [nv]</b>		B>D	

Aus den Transkriptionsausschnitten ergibt sich, dass die Dolmetscherin für die Wiedergabe des medizinischen Terminus „tumore“ keine der im dritten Kapitel dargelegten Strategien einsetzt. Der Begriff „Krebs“ bezeichnet im Deutschen nur bösartige Tumoren und entspricht dem italienischen „cancro“. Die direkte Entsprechung des Fachbegriffes „tumore“ ist „Tumor“, welcher sich sowohl auf gutartige als auch bösartige Geschwülste bezieht. „Tumore“ und „Tumor“ gehen auf das lateinische Wort „tumere“ (dt. geschwollen sein) zurück. In diesem Falle wurde eine ungenaue Wiedergabe des medizinischen Terminus geliefert, da gutartige Tumoren in der Dolmetschung ausgeschlossen werden.

Nachdem der Behandelnde ausreichende Informationen während der Anamnese gesammelt hat, informiert er den Patienten darüber, dass er die körperliche Untersuchung durchführen wird. In der Äußerung verwendet er den Terminus „patologia“. Im Folgenden werden die Äußerung des Arztes und die Dolmetschung angeführt.

## Transkriptauszug 12

[U 66]

..		104 [07:04.5*]
<b>A [v]</b>	finora abbiamo valutato un po' il tuo stato di salute,	delle informazioni che mi hai dato
<b>A [de]</b>	haben wir deinen Gesundheitszustand geschätzt und auch	die Informationen, die du mir gegeben hast
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		
<b>P [ak]</b>		<i>Schaut auf das Heft der Dolmetscherin</i>

[U 67]

..	
<b>A [v]</b>	e di quelle • dei tuoi familiari, non sembra esserci • • • un nesso particolarmente
<b>A [de]</b>	und die über deine Familienangehörigen, es sieht so aus • • • dass es keinen bedeutenden Zusammenhang mit
<b>A [nv]</b>	
<b>P [ak]</b>	

[U 68]

		105 [07:17.4]
<b>A [v]</b>	rilevante per la tua patologia però ora ti visito e • • possiamo essere più sicuri.	
<b>A [de]</b>	deiner Pathologie gibt, aber jetzt werde ich dich untersuchen und• • wir können mehr davon sicher sein.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Okay,
<b>D [nv]</b>		B>P
<b>P [ak]</b>		B>D

[U 69]

<b>D [v]</b>	bis jetzt haben wir ein Paar Info erhalten über Sie und ihre Familie aber wir haben so
<b>D [nv]</b>	
<b>P [ak]</b>	

[U 70]

<b>D [v]</b>	keine relevanten Informationen bekommen, um eine Diagnose zu stellen, das heißt, wir
<b>D [nv]</b>	
<b>P [ak]</b>	

[U 71]

		106 [07:28.7]107 [07:36.0]	108 [07:38.4]
<b>A [v]</b>		Puoi/ puoi rimanere seduto.	
<b>A [de]</b>		Du kannst/ du kannst sitzen bleiben.	
<b>A [ak]</b>		<i>Arzt steht auf und setzt sich neben den Patienten</i>	
<b>D [v]</b>	werden Sie jetzt untersuchen.		Sie können da
<b>D [nv]</b>			
<b>D [ak]</b>		<i>Dolmetscherin steht auf</i>	
<b>P [v]</b>		Okay.	
<b>P [ak]</b>			

Der Behandelte kann aus den gegebenen Infos über die Familie keinen Zusammenhang mit der Pathologie des Patienten feststellen. Das verwendete italienische Fachwort ist „patologia“ (dt. Pathologie). Dieses Terminus zeigt die typischen Merkmale eines medizinischen Fachbegriffes auf (s. Kapitel 1.6): Er setzt sich aus den zwei aus dem Griechischen stammenden Wortstämmen „pathos“ und „logos“ zusammen und wird mit der Bedeutung von Krankheit oder besonderem Zustand des Organismus verwendet. In der Aussage der Dolmetscherin wurde dieser Terminus ausgelassen und das zu übertragende Konzept umgeschrieben. Wie im oberen Beispiel angeführt (s. U 69-70), sagt die Dolmetscherin, dass der Arzt keine Informationen bekommen hat, um die Diagnose stellen zu können. Wiederum verwendet die Dolmetscherin einen medizinischen Fachausdruck (eine Diagnose stellen), welcher in der Ausgangsäußerung nicht

zu finden ist. Indem der Terminus „patologia“ durch den Ausdruck „Diagnose stellen“ ersetzt wird, wird jedoch der Sinn der Äußerung beibehalten.

Nach der Anamnese findet die körperliche Untersuchung statt. Zunächst werden Fieber, Blutdruck und Herzschläge des Patienten gemessen. Hier werden folgende Fachbegriffe vom Arzt verwendet: „pressione“ und „battiti cardiaci“. Aus den unten angeführten Passagen ist zu entnehmen, dass die Dolmetscherin für beide Termini die direkten Entsprechungen benutzt: „Blutdruck“ und „Herzschläge“ (s. U 75-77).

### Transkriptauszug 13

[U 75]

..		115 [08:17.9]
<b>A [v]</b>		Diciamo più o meno centocinque battiti cardiaci per
<b>A [de]</b>		Also, ungefähr hundertfünf Herzschläge pro Minute.
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>A [ak]</b>	<i>Handgelenk des Patienten</i>	
<b>D [v]</b>	Neununddreißig ähm • Punkt vier.	
<b>P [nv]</b>		

[U 76]

..		116 [08:22.9]	117 [08:26.3]	118 [08:27.0]
<b>A [v]</b>	minuto.			Misuriamo la
<b>A [de]</b>				Wir messen den
<b>A [nv]</b>				
<b>A [ak]</b>				<i>Blutdruck wird</i>
<b>D [v]</b>	Ähm ungefähr einhundertfünf Herzschläge pro Minute.			
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>			
<b>P [v]</b>				Mh.
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>			

[U 77]

..		119 [08:29.9]	120 [08:33.7]
<b>A [v]</b>	pressione già che ci siamo.		È normale, non ti
<b>A [de]</b>	Blutdruck auch.		Es ist normal, keine Sorge •
<b>A [ak]</b>	<i>gemessen</i>		
<b>D [v]</b>		Okay, wir messen noch den Blutdruck.	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	

Im Laufe der körperlichen Untersuchung wird auch die Sauerstoffsättigung des Patienten gemessen. Der Arzt informiert ihn darüber, dass er mittels eines Gerätes untersucht, wie viel Sauerstoff im Blut vorhanden ist. Interessanterweise spricht der Arzt den Fachbegriff

„Sauerstoffsättigung“ nicht aus, sondern liefert nur eine Umschreibung des Terminus (s. U 78-81). Im Folgenden ist die betreffende Passage zu finden:

#### Transkriptauszug 14

[U 78]

	122 [08:39.3]	123 [08:41.2]	124 [08:43.0]
<b>A [v]</b>		Dammi la mano ((1s))	ti metto un piccolo
<b>A [de]</b>		Gib mir deine Hand ((1s))	ich messe jetzt mit diesem Dings,
<b>A [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	circa einhundertzwanzig zu sechzig • • also ganz normal.		
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;A</i>
<b>P [ak]</b>			<i>Gibt dem Arzt die Hand</i>

[U 79]

<b>A [v]</b>	affarino qui, è un oggetto che permette di misurare quanto ossigeno hai nel sangue.
<b>A [de]</b>	wieviel Sauerstoff du im Blut hast.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	
<b>P [ak]</b>	

[U 80]

	125 [08:49.1]
<b>D [v]</b>	Er wird jetzt die Sauerstoffsättigung messen • • • um zu sehen wie viel Sauerstoff im
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>

[U 81]

	126 [08:54.3]	127 [08:54.8]	128 [08:56.2]	129 [08:58.3]	130 [09:00.7]
<b>A [v]</b>		Novantacinque percento.		Ehm	
<b>A [de]</b>		Fünfundneunzig prozent.		Ähm gut, ein	
<b>A [nv]</b>				<i>B&gt;P</i>	
<b>D [v]</b>	Blut Sie haben.			Fünfundneunzig Prozent.	
<b>D [nv]</b>					
<b>P [v]</b>	Okay.				
<b>P [nv]</b>					<i>B&gt;A</i>

Aus den Transkriptionsausschnitten kann festgestellt werden, dass die Aussage des Arztes keinen medizinischen Fachbegriff aufzeigt und er nur die Begriffs Umschreibung von „Sauerstoffsättigung“ liefert. Dadurch versucht der Arzt, das Informationsniveau so einfach wie möglich zu halten. In der Wiedergabe der Dolmetscherin sind jedoch sowohl der medizinische Terminus als auch die Begriffserläuterung zu finden. Dadurch fügt die Dolmetscherin eigenständig das spezifische Fachwort hinzu, das vom Arzt nicht erwähnt wurde, und gibt auch

die Erklärung des Terminus wieder (s. U 80-81). Diese Strategie ist schwierig einzuordnen, da es in der Äußerung des Arztes kein medizinischer Fachausdruck zu finden ist, er wird jedoch von der Dolmetscherin neben der Begriffserklärung extra erwähnt.

Während der körperlichen Untersuchung kommen noch weitere vom Behandelnden ausgesprochene Fachausdrücke vor: „mucosa“ (Schleimhaut) „emorragia congiuntivale e buccale“ (Mund- und Bindehautblutung). Im Folgenden werden die betreffenden Passagen zitiert.

## Transkriptauszug 15

[U 86]

142 [09:50.1] 143 [09:58.0]	
<b>A [v]</b>	Va bene. Allora, non ti preoccupare, per ora ho visto il tuo stato di salute delle mucose •
<b>A [de]</b>	Gut. Also, keine Sorgen, ich habe bis jetzt den Gesundheitszustand der Schleimhaut untersucht • alles
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>

[U 87]

144 [10:05.4]		145 [10:08.6]
<b>A [v]</b>	tutto normale.	<b>Non hai</b>
<b>A [de]</b>	normal.	Du hast weder
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	Also, die Schleimhaut ist ganz normal • • • kein Problem.	
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>	<i>B&gt;A</i>

[U 88]

..	
<b>A [v]</b>	emorragie né congiuntivali né a livello buccale ee ((1s)) il cuore è ben condotto ee •
<b>A [de]</b>	Mund- noch konjunktivale Blutungen und ((1s)) das Herz ist gut geleitet • auch in der Peripherie.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 89]

146 [10:19.6]	
<b>A [v]</b>	anche a livello periferico.
<b>A [de]</b>	
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Also, Sie haben keine konjunktivalen Blutungen • • • und
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[U 90]

		147 [10:27.0]
<b>A [v]</b>		Se puoi sollevarti la
<b>A [de]</b>		Mache deinen Oberkörper frei bitte.
<b>A [nv]</b>		B>P
<b>D [v]</b>	Sie haben auch keine Herzprobleme ((unverständlich 1s)).	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

Für die Wiedergabe des Fachwortes „mucose“ bedient sich die Dolmetscherin der „direct equivalence“ und übersetzt den Terminus mit „Schleimhaut“ (s. U 86-87). Danach stellt der Arzt fest, dass weder Mund- noch Bindehautblutungen vorhanden sind. In diesem Falle übersetzt die Dolmetscherin nur den Ausdruck „emorragie congiuntivali“ mit „konjunktivale Blutungen“, was als direkte Entsprechung des italienischen Begriffs betrachtet werden kann. In der Dolmetschung werden aber die Mundblutungen ausgelassen (s. U 88-89). In derselben Wiedergabe ist auch der erste Fall von „simplification“ zu finden. Der Arzt sagt folgende Phrasen: „il cuore è ben condotto e • • anche a livello periferico“ (s. U 88-89). Damit möchte der Arzt den Patienten darüber informieren, dass sein Herz gut durchblutet ist, auch in der Peripherie. „Peripherie“ ist ein in der Medizin gebräuchter Begriff, welcher die vom Körperstamm entfernten Strukturen bezeichnet. Die Dolmetscherin lässt diesen Terminus aus und vereinfacht die Äußerung des Arztes, indem sie den Patienten verständigt, dass er keine Herzprobleme hat, ohne den Herz-Kreislauf und die Peripherie zu erwähnen. Es wird also kein medizinischer Fachbegriff von der Dolmetscherin verwendet, sondern stattdessen eine Aussage mit dem Ziel den Patienten zu beruhigen. Diese Wiedergabe kann in Anlehnung an Wadensjö's *renditions* (s. Kapitel 2.4.1) als *reduced rendition* definiert werden, da es sich um eine Dolmetschung handelt, welche weniger Informationen als die ursprüngliche Aussage enthält.

Nach den oben zitierten Äußerungen des Arztes, findet die Untersuchung des Thorax statt, welche durch die folgende Aussage angekündigt wird:

#### Transkriptauszug 16

[U 92]

		150 [10:33.8]	151 [10:37.7]
<b>A [v]</b>	Misuriamo/ guardiamo un secondo il torace.		
<b>A [de]</b>	Wir messen/ schauen uns kurz den Brustkorb.		
<b>D [v]</b>			Wir werden jetzt den Thorax abtasten.

Hier ist noch ein Fall von „direct equivalence“ zu finden. In der Tat wird der Fachbegriff „torace“ wird mit dem entsprechenden Terminus „Thorax“ übersetzt. Wie im ersten Kapitel ausgeführt, verfügt die deutsche Medizinfachsprache in manche Fälle über einen germanischen und einen lateinischen Terminus, welche sich auf dasselbe Konzept beziehen. Die Dolmetscherin hat sich in diesem Falle für den lateinischen Ausdruck entschieden, welcher für einen deutschsprachigen Patienten schwer verständlich sein könnte. Es handelt sich dabei um ein aus dem Lateinischen stammendes medizinisches Fachwort, dessen deutsche Entsprechung der sogenannte „Brustkorb“ ist.

Nach der körperlichen Untersuchung finden die Diagnoseerklärung und Planung der weiteren Schritte statt (s. Kapitel 2.3). In dieser Phase gebraucht der Arzt unterschiedliche medizinische Fachwörter, um die Ergebnisse der Untersuchung mit dem Patienten zu besprechen. In den folgenden Passagen sind zwei Fachtermini zu finden: „espansione polmonare“ und „lobo“.

#### Transkriptauszug 17

[U 113]

..		225 [13:52.5]
<b>A [v]</b>		Ho valutato l'
<b>A [de]</b>		Ich habe die
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	ähm saisonalen Änderungen ähm vielleicht war es zu kalt für Sie.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>

[U 114]

..		
<b>A [v]</b>	espansione dei polmoni, • è regolare e • entrambi i polmoni si espandono	
<b>A [de]</b>	Lungenausdehnung untersucht, • sie ist normal • beide Lungen dehnen sich regelmäßig aus, obwohl sich der rechte	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 115]

..		
<b>A [v]</b>	normalmente, anche se abbiamo il lobo di destra che • si espande un po' meno rispetto	
<b>A [de]</b>	Lungenlappen weniger ausdehnt als der linke.	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 116]

226 [14:06.2]	
<b>A [v]</b>	a quello di sinistra.
<b>A [de]</b>	
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Wir haben auch die Lungen gemessen und die sind ganz normal •
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[U 117]

<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	obwohl ähm der rechte Lungenlappen ein bisschen so • anders ist, also es gibt eine
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 118]

227 [14:17.9]	
<b>A [v]</b>	Non è nulla di preoccupante però, non ••• è ((1s)) rimane nel
<b>A [de]</b>	Es nicht etwas Ernstes aber ••• es ist ((1s)) es könnte sich um eine Lungeninfektion
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	kleine Asymmetrie.
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>

In diesen Ausschnitten informiert der Arzt den Patienten darüber, dass die Lungen sich gleichmäßig ausdehnen, obwohl der rechte Lungenlappen eine kleinere Ausdehnung aufweist als der linke Lappen. Der Fachbegriff „espansione dei polmoni“ (Lungenausdehnung) wird von der Dolmetscherin nicht wiedergegeben und die Aussage wird vereinfacht formuliert. Das Konzept von Ausdehnung wird in der Dolmetschung vollständig ausgelassen und es wird nur gesagt, dass die Lungen des Patienten keine auffälligen Anomalien aufzeigen (s. U 114 und 116). Im zweiten Äußerungsteil des Arztes kommt der Terminus „lobo“ vor. Hierbei gibt die Dolmetscherin die direkte Entsprechung des Fachwortes wieder und zwar „Lungenlappen“. Allerdings fehlt in der Dolmetschung der Bezug zur Lungenausdehnung, welche in der Aussage des Arztes dreimal erwähnt wurde. Die Dolmetscherin versucht, das Konzept zu umschreiben und spricht von „kleiner Asymmetrie“ der Lungenlappen (s. U 117-118). Auch diese Dolmetschung kann als *reduced rendition* betrachtet werden, da sie nicht alle Informationen der Ausgangsäußerung wiedergibt.

Die folgenden Aussagen des Arztes zeigen verschiedene medizinischen Fachbegriffe auf:

## Transkriptauszug 18

[U 119]

..		228 [14:27.1]
<b>A [v]</b>	quadro di una possibile infezione polmonare.	
<b>A [de]</b>	handeln.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Also, das könnte also • zu einer Infektion
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[U 120]

..		229 [14:3(230 [14:31.4]
<b>A [v]</b>		Quando ti ho fatto dire la parola trentatré, prima era per
<b>A [de]</b>		Als ich dich darum gebeten habe, trentatré zu sagen, habe ich die Weiterleitung
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	zurückgeführt werden.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [v]</b>	Ah!	
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>

[U 121]

..		
<b>A [v]</b>	valutare la trasmissione delle onde sonore nel polmone • • ce l'hai normale • • è un	
<b>A [de]</b>	(tieffrequenter) Schallwellen in der Lunge • • bei dir ist das normal • • es ist ein bisschen hoch im rechten Grundlappen • • •	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 122]

..		
<b>A [v]</b>	poco aumentata nel lobo basale di destra • • • questo esame si chiama fremito vocale	
<b>A [de]</b>	diese Untersuchung heißt Stimmfremitus.	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 123]

..		231 [14:47.5]
<b>A [v]</b>	tattile.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Ok, wir haben auch den Stimmfremitus gemessen und • • als Sie dreiunddreißig
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

		232 [14:57.6]
A [v]		Dall'esame che
A [de]		Aus der
A [nv]		B>P Zeigt mit
D [v]	gesagt haben, wollten wir also die Geräusche in Ihren Lungen • messen.	
D [nv]		
P [nv]		B>A

In der ersten angeführten Äußerung des Arztes ist der folgende Terminus zu finden: „infezione polmonare“ was im Deutschen einer Lungeninfektion entspricht und wird von der Dolmetscherin lediglich als „Infektion“ übersetzt (s. U 119). In diesem Beispiel wird eine direkte Entsprechung des italienischen Terminus „infezione“ verwendet, aber die Art der Infektion wird nicht genauer bestimmt. Deswegen handelt es sich um eine ungenaue Wiedergabe des Ausgangsbegriffes. Die Dolmetschung der Äußerung des Arztes kann wiederum als eine *reduced rendition* betrachtet werden, da nicht alle Informationen übertragen wurden.

Die zweite angeführte Aussage des Arztes enthält folgende Fachbegriffe: „lobo basale“, „trasmissione delle onde sonore nel polmone“ und „fremito vocale tattile“ (s. U 120-123). Die Dolmetscherin setzt für die Wiedergabe der oben zitierten Fachausdrücke verschiedene Dolmetschstrategien ein. „Fremito vocale tattile“ wird als „Stimmfremitus“ gedolmetscht und kann in die Kategorie „direct equivalences“ eingeordnet werden. Die Dolmetscherin fügt aber keine Erklärung des Terminus hinzu. Dagegen wird der Fachausdruck „trasmissione delle onde sonore nel polmone“ (dt. Weiterleitung der Schallwellen in der Lunge) vereinfacht wiedergegeben. Dies kann als „simplification“ gewertet werden, da das Konzept umgeschrieben und vereinfacht wird. Die Dolmetschung dieses Ausdruckes lautet: „die Geräusche in Ihren Lungen“ (s. U 124). Der Fachbegriff „lobo“ (dt. Lungenlappen), welcher in den vorherigen Passagen mit dem entsprechenden Terminus gedolmetscht wurde, kommt zum zweiten Mal vor. Er wird aber diesmal von der Dolmetscherin ausgelassen und lässt sich in die Kategorie „omissions“ einordnen. Nicht nur der medizinische Fachbegriff, sondern ein ganzes Konzept wird ausgelassen, als der Arzt über die Weiterleitung der Schallwellen in der Lunge spricht. Diese sind normal, aber im rechten Lungenlappen erhöht. Diese Informationen sind in der gelieferten Dolmetschung nicht zu finden. Deswegen fällt die Dolmetschung in die Kategorie der *reduced renditions*.

Weitere vom Arzt verwendete Fachtermini sind „linfonodo“ (dt. Lymphknoten), „infezione virale o batterica“ (virale oder bakterielle Infektion) und „prelievo di sangue“ (dt. Blutabnahme) und sind in den folgenden Transkriptionsausschnitten auffindbar:

### Transkriptauszug 19

[U 125]

..		233 [15:00.1*]
<b>A [v]</b>	ti ho fatto al collo non	hai nessun linfonodo che è aumentato di dimensioni, per
<b>A [de]</b>	Tastuntersuchung des Halses sind keine	geschwollenen Lymphknoten zu finden, das heißt, dass es sich um etwas
<b>A [nv]</b>	dem Finger auf den Hals	
<b>P [nv]</b>		Schaut auf das Heft der Dolmetscherin

[U 126]

..		
<b>A [v]</b>	cui probabilmente è qualcosa che è limitato a livello polmonare. • • Per essere più	
<b>A [de]</b>	handelt, das auf die Lungen begrenzt ist. • • Um sicherzustellen, dass es sich um eine virale oder bakterielle	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 127]

..		
<b>A [v]</b>	sicuri se si tratta di un'infezione virale o batterica andremo a fare un piccolo prelievo	
<b>A [de]</b>	Infektion handelt, werden wir eine kleine Blutabnahme durchführen.	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 128]

..		234 [15:15.5]
<b>A [v]</b>	di sangue.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>	B>D	
<b>D [v]</b>	Also Sie haben ähm kein Problem mit den Lymphknoten im Hals • also wir	
<b>D [nv]</b>	B>P	
<b>P [nv]</b>	B>D	

[U 129]

..		
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	glauben, das ist nur ein Problem mit den Lungen und wir werden jetzt also die	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 130]

..		235 [15:27.4]236 [15:28.1]
<b>A [v]</b>		<b>Gli hai detto che dobbiamo</b>
<b>A [de]</b>		Hast du ihm gesagt, dass wir noch
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Infektion untersuchen mit einer Blutabnahme.	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>		Okay!
<b>P [nv]</b>		

Die eingesetzte Strategie zur Wiedergabe des Terminus „linfonodo“ lässt sich in die Kategorie der „direct equivalences“ einordnen, da die Dolmetscherin den medizinischen Fachbegriff „Lymphknoten“ verwendet (s. U 128). Dieselbe Strategie wird für die Wiedergabe von „pelievo di sangue“ eingesetzt. In der Tat ist in der Dolmetschung die direkte Entsprechung des Terminus zu finden und zwar „Blutabnahme“. Für die Wiedergabe des Ausdrucks „infezione virale o batterica“ ist ein ähnliches Übertragungsverfahren festzustellen wie im Beispiel U 119. Hier erwähnt die Dolmetscherin nur das Fachwort „Infektion“ (s. U 130), jedoch wird die Art der Infektion nicht bestimmt. Es handelt sich dabei wiederum um eine *reduced rendition*, da nicht alle Informationen der Aussage des Arztes übertragen werden. Nach der Dolmetschung fragt der Arzt interessanterweise die Dolmetscherin, ob sie den Patienten darüber informiert hat, dass eine Blutabnahme durchgeführt wird, um festzustellen, ob die Infektion bakteriell oder viral bedingt ist. Die Äußerung wird in den folgenden Transkriptionsausschnitten dargestellt.

[U 130]

..		235 [15:27.4]236 [15:28.1]
<b>A [v]</b>		<b>Gli hai detto che dobbiamo</b>
<b>A [de]</b>		Hast du ihm gesagt, dass wir noch
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Infektion untersuchen mit einer Blutabnahme.	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>		Okay!
<b>P [nv]</b>		

[U 131]

..		237 [15:31.1]
<b>A [v]</b>	vedere se è virale o batterica giusto?	
<b>A [de]</b>	verstehen müssen, ob es viral oder bakteriell bedingt ist?	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Ähm wir müssen jetzt ähm sehen, was für eine
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[U 132]

..	
238 [15:35.4]239 [15:36.1]	
<b>A [v]</b>	Siccome hai una febbre abbastanza alta che
<b>A [de]</b>	Da du hohes Fieber hast, mehr als neununddreißig Grad, • wir
<b>A [nv]</b>	B>P
<b>D [v]</b>	Art von Infektion Sie haben.
<b>D [nv]</b>	
<b>P [v]</b>	Okay.
<b>P [nv]</b>	B>A

Wie im Ausschnitt U 131 festzustellen ist, beantwortet die Dolmetscherin die Frage des Arztes nicht. Das „ähm“ am Anfang des Satzes der Dolmetscherin zeigt eventuell an, dass sie überlegt, wie sie mit der direkten Ansprache des Arztes umgehen soll. Die vom Mediziner gestellte Frage wird nicht beantwortet und die Dolmetschende richtet sich an den Patienten. Sie informiert ihn darüber, dass die Infektionsart noch zu bestimmen ist (s. U 131-132). In diesem Falle kann die Wiedergabe der Dolmetschenden als „simplification“ betrachtet werden. Sie benutzt wiederum nicht die direkte Entsprechung von „infezione virale o batterica“, welche „virale oder bakterielle Infektion“ lautet, sondern sagt nur, dass die Infektionsart bestimmt werden muss.

Nach der Diagnoseerklärung verschreibt der Arzt dem Patienten eine medikamentöse Therapie. Im Folgenden wird der betreffende Transkriptionsausschnitt angeführt, welcher drei medizinische Fachtermini und die dazugehörige Dolmetschung enthält.

## Transkriptauszug 20

[U 133]

..	
<b>A [v]</b>	supera i trentanove, • noi pensiamo che possa essere di origine batterica. Per questa
<b>A [de]</b>	denken, dass es bakteriell ist. Aus diesem Grund fangen wir sofort mit der Therapie an. Wir beginnen mit
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 134]

..	
<b>A [v]</b>	ragione iniziamo subito la terapia con l'amoxicillina acido clavulonico che è un
<b>A [de]</b>	Amoxicillin mit Clavulansäure, das ist ein Breitbandantibiotikum. ((1s)) Danach werden wir machen/ nach der
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 135]

..	
<b>A [v]</b>	antibiotico ad ampio spettro. ((1s)) Poi aggiustiamo dopo fare/ dopo che abbiamo fatto
<b>A [de]</b>	Bakterienkultur werden wir das ändern, wenn wir Bakterien im Blut finden.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 136]

..	
240 [15:58.3]	
<b>A [v]</b>	una coltura batterica, se troviamo dei batteri nel sangue.
<b>A [de]</b>	
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Also Ihr Fieber ist ziemlich
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[U 137]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	hoch und deswegen denk ich mir, dass Sie ähm einige Bakterien in dem Körper haben.
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 138]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	• Deswegen werden wir sofort ähm mit der Therapie anfangen und zwar mit
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 139]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	Amizuklin/ Amoxicillin mit Clavulansäure ähm • und dann werden wir mit einer
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 140]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	Zellkultur ähm besser sehen, was für Bakterien Sie haben, damit wir eine bessere
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[U 141]

	241 [16:20.9]	242 [16:22.7]
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	Therapie also • führen können.	Per quanto
<b>D [de]</b>		Wie lange muss
<b>D [nv]</b>		B>A
<b>P [v]</b>	Okay und wie lange muss ich das nehmen?	
<b>P [nv]</b>	B>D	B>A

Aus den oben angeführten Passagen werden folgende vom Arzt eingesetzte Fachbegriffe analysiert: „terapia“ (dt. Therapie), „amoxicillina acido clavulanico“ (dt. Amoxicillin Clavulansäure), „antibiotico ad ampio spettro“ (dt. Breitbandantibiotikum) und „coltura batterica“ (dt. Bakterienkultur). „Terapia“ und „amoxicillina acido clavulanico“ werden mit den entsprechenden Fachwörtern wiedergegeben: „Therapie“ und „Amoxicillin mit Clavulansäure“ (s. U 138-139). Es handelt sich dabei um die Kategorie „direct equivalence“. „Amoxicillina acido clavulanico“ kommt im Laufe des Gesprächs noch zweimal vor und wird von der Dolmetscherin beide Male durch denselben entsprechenden Fachbegriff übersetzt. Dagegen wird der Fachausdruck „antibiotico ad ampio spettro“ von der Dolmetscherin ausgelassen (s. U 139). Diese Information bezieht sich auf „Amoxicillin mit Clavulansäure“ und kann als Erläuterung des medizinischen Terminus betrachtet werden. Um „coltura batterica“ zu übersetzen bedient sich die Dolmetscherin des Fachwortes „Zellkultur“ (s. U 140), welches nicht dem Ausgangsbegriff entspricht. Die direkte deutsche Entsprechung ist „Bakterienkultur“.

Neben der Verschreibung eines Breitbandantibiotikums empfiehlt der Arzt dem Patienten, sich einer Röntgenuntersuchung zu unterziehen. Das vom Arzt verwendete Fachwort ist „RX“, ein Akronym, das für das italienische Wort „radiografia“ (dt. Röntgen) steht. Wie im Kapitel 1.6 ausgeführt, bedient sich die medizinische Fachsprache verschiedener Akronyme bzw. Sigel und Abkürzungen, welche eine präzise und rasche Kommunikation ermöglichen. Das Kürzel „RX“ wird dreimal in drei verschiedenen Aussagen vom Arzt gebraucht. Im Folgenden wird nur ein Beispiel angeführt, da die Dolmetscherin stets dieselbe Strategie zur Wiedergabe dieses Terminus einsetzt.

## Transkriptauszug 21

[U 145]

..		248 [16:37.0249 [16:37.7]
<b>A [v]</b>		Se sei d'accordo io farei anche un RX per monitorare lo stato del
<b>A [de]</b>		Wenn du damit einverstanden bist, würde ich auch eine Röntgenuntersuchung durchführen,
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	bekommen	
<b>P [v]</b>	passt.	
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>

[U 146]

..		
<b>A [v]</b>	polmone perché hai ((1s)) un suono nel lobo di destra che secondo me •• sarebbe da	
<b>A [de]</b>	um den Lungenzustand zu kontrollieren, weil du hast ((1s)) ein Geräusch im rechten Lappen, der meiner Meinung nach ••	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 147]

..		250 [16:51.6]
<b>A [v]</b>	approfondire.	
<b>A [de]</b>	eingehend zu untersuchen ist.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Wenn Sie damit einverstanden sind, können wir auch ein
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[U 148]

..		
<b>D [v]</b>	Röntgen von den Lungen machen, damit wir besser sehen können, was dieses	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[U 149]

..		251 [16:59.9]
<b>D [v]</b>	Geräusch in der rechten Lunge ist.	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [v]</b>	Und wie ist die Strahlenbelastung? Ich meine, ist	
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

Aus den Transkriptionsausschnitten ergibt sich, dass die Dolmetscherin für die Wiedergabe des Fachbegriffes „RX“ das entsprechende deutsche Fachwort „Röntgen“ verwendet (s. U 148). Wie vorher beschrieben, kommt dieses Wort mehrmals vor und wird jedes Mal als „direct equivalence“ übersetzt. In der oben angeführten Aussage des Arztes kommt der Fachausdruck

„lobo“ (Lungenlappen) wiederum vor, wofür sich die Dolmetscherin der Strategie „simplification“ bedient, da sie den Satz vereinfacht wiedergibt (s. U 148-149). Der Arzt erwähnt, dass das Geräusch im rechten Lungenlappen weiter untersucht werden soll. Die Dolmetschende spricht dagegen nur von einem Geräusch in der rechten Lunge. Dadurch wird die Aussage vereinfacht und es werden weniger Informationen dem Patienten übermittelt (*reduced rendition*).

Nachdem dem Patienten die Therapie und die weiteren Schritte erklärt wurden, erkundigt er sich über die Strahlenbelastung der durchzuführenden Röntgenuntersuchung. Der verwendete medizinische Terminus ist „Strahlenbelastung“ (s. U 149). In der Wiedergabe der Dolmetscherin lässt sich eine Auslassung des medizinischen Terminus feststellen. Die Dolmetscherin umschreibt den Fachausdruck „Strahlenbelastung“, indem sie den Arzt fragt, ob Röntgenstrahlen Probleme verursachen können (s. U 150-151). Dies ist ein Beispiel für eine Vereinfachung des fachspezifischen Wortes und kann in die Kategorie der „simplification“ eingeordnet werden. Im Folgenden soll die betreffende Passage angeführt werden.

## Transkriptauszug 22

[U 149]

.. 251 [16:59.9]	
<b>D [v]</b>	Geräusch in der rechten Lunge ist.
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [v]</b>	Und wie ist die Strahlenbelastung? Ich meine, ist
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[U 150]

.. 252 [17:05.4]	
<b>D [v]</b>	Ehm per quanto riguarda i raggi x ehm c'è qualche
<b>D [de]</b>	Ähm was das Röntgen betrifft, ähm gibt es Probleme? • Ist alles in Ordnung?
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>
<b>P [v]</b>	das okay oder oder ähm...
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[U 151]

.. 253 [17:09.7]	
<b>A [v]</b>	Non c'è nessun problema perché utilizziamo... • • cioè dipende
<b>A [de]</b>	Es gibt kein Problem, weil wir verwenden... • • es kommt darauf an, wann du zum
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	problema? • È tutto ok?
<b>D [de]</b>	
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>

Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, finden beim zweiten simulierten Arzttermin die Befunderklärung und die genauere Diagnosestellung statt. Zuerst wird der Befund der vom Arzt verschriebenen Blutabnahme gelesen bzw. erklärt. Danach erläutert der Arzt, was aus der Röntgenaufnahme festzustellen ist und zum Schluss verschreibt er dem Patienten eine geeignete Therapie.

Bei der Befunderklärung der Blutabnahme kommen verschiedene Fachwörter vor, wie z.B. „globuli rossi“ (dt. rote Blutkörperchen), „piastrine“ (dt. Blutplättchen) und „trombocitopenia“ (dt. Thrombozytopenie“). Im Folgenden werden die Transkriptionsausschnitte angeführt, in welchen die oben zitierten Termini zu finden sind.

### Transkriptauszug 23

[B 6]

		21 [00:28.2]22 [00:32.4]	23 [00:36.8]
<b>A [v]</b>	vedere assieme	Allora ((1,5s)) i globuli rossi sembrano normali.	
<b>A [de]</b>	gemeinsam an	Also ((1,5s)) die roten Blutkörperchen scheinen normal zu sein.	
<b>A [nv]</b>		B>P	
<b>A [ak]</b>	zu lesen		
<b>D [v]</b>	Ja!		Die roten ähm ••
<b>D [nv]</b>			B>P
<b>P [nv]</b>		B>A	B>D

[B 7]

		24 [00:39.8]
<b>A [v]</b>		Però le piastrine sono un poco diminuite, si parla di
<b>A [de]</b>		Aber die Blutplättchen sind heruntergesunken, man spricht von
<b>A [nv]</b>		Schaut auf die Befunde
<b>D [v]</b>	Blutkörperchen sind normal.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		B>D

[B 8]

<b>A [v]</b>	trombocitopenia ma ••• niente di preoccupante, è un po' più in basso del normale.	
<b>A [de]</b>	Thrombozytopenie aber ••• nichts Ernstes, es ist ein bisschen niedriger als normal.	
<b>A [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[B 9]

		25 [00:48.5]	26 [00:53.0]
<b>D [v]</b>	Also Sie haben Thrombozytopenie aber das ist kein riesiges Problem		
<b>D [nv]</b>	B>P		
<b>P [v]</b>			Was heißt das?
<b>P [nv]</b>	B>D		B>D

Für die Wiedergabe von „globuli rossi“ bedient sich die Dolmetscherin der Strategie „direct equivalence“ und übersetzt den Terminus mit dem entsprechenden deutschen Begriff „rote Blutkörperchen“ (s. B 6-7). Diese Strategie wird auch für den Terminus „trombocitopenia“ eingesetzt, da der ins Deutsche übersetzte Fachausdruck „Thrombozytopenie“ lautet (s. B 9). Es erfolgt jedoch keine Wiedergabe des Fachwortes „piastrine“ vonseiten der Dolmetscherin. Es handelt sich dabei um eine „omission“. Es wird aber nicht nur den Fachbegriff „piastrine“ ausgelassen, sondern auch ein ganzer Äußerungsteil des Arztes, in dem er die Bedeutung von „Thrombozytopenie“ erklärt. In der Tat lässt sich dieser Fachbegriff von LaiInnen schwer verstehen und zeigt die typischen Merkmale eines medizinischen Terminus auf, da er aus zwei griechischen Wortstämmen besteht und eine präzise und rasche Kommunikation ermöglicht. Um die fachspezifische Bedeutung von „Thrombozytopenie“ verständlich zu machen, liefert der Arzt eine zusätzliche Erklärung dieses Terminus, welche von der Dolmetscherin ausgelassen wird. Es handelt sich dabei wiederum um eine *reduced rendition*, welche dem Patienten die Möglichkeit nimmt, die Aussage des Arztes gänzlich zu verstehen. Sowohl die Auslassung des medizinischen Terminus „piastrine“ als auch eines Äußerungsteils verleiten den Patienten dazu, um eine Erklärung des Terminus zu bitten (s. B 9). Daher wiederholt der Arzt die bereits erteilte Begriffserläuterung, welche noch zwei weitere Fachausdrücke der Medizin enthält. Im Folgenden werden der betreffende Transkriptauszug angeführt.

#### Transkriptauszug 24

[B 10]

	27 [00:54.2]	28 [00:55.8]
<b>A [v]</b>		È il numero delle piastrine che sono quelle
<b>A [de]</b>		Das sind Blutplättchen, die jene Zellen sind, die zur
<b>A [nv]</b>		B>P
<b>D [v]</b>	E che cosa significa esattamente questo?	
<b>D [de]</b>	Und was heißt das genau?	
<b>D [nv]</b>	B>A	
<b>P [nv]</b>	B>A	B>A

[B 11]

		29 [01:03.0]
<b>A [v]</b>	cellule che servono per coagulare il sangue • • sono un po' ridotte del normale.	
<b>A [de]</b>	Blutgerinnung beitragen • • sie sind ein bisschen niedriger als normal.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Also,
<b>D [nv]</b>		B>P
<b>P [nv]</b>		B>D

[B 12]

		30 [01:09.2]31 [01:09.6]
<b>A [v]</b>		<b>Può</b>
<b>A [de]</b>		Es kann
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	die Zellen, die für das Blut sorgen, sind ein bisschen gering als normal.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [v]</b>		Okay.
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>

In der vom Arzt gelieferten Erklärung kommen folgende Fachwörter vor: „piastrine“ (Blutplättchen), „cellule“ (Zellen) und „coagulare“ (gerinnen). In der Dolmetschung wird der Terminus „piastrine“ wiederum ausgelassen. Vermutlich kennt die Dolmetscherin den entsprechenden deutschen Fachbegriff nicht und gibt nur die vom Arzt gelieferte Begriffserläuterung wieder, welche für den Patienten, einen medizinischen Laien, wichtiger ist als das Fachwort. Dagegen erfolgt eine vereinfachte Wiedergabe des fachspezifischen Verbes „coagulare“. Stattdessen verwendet die Dolmetscherin das Verb „sorgen“ (s. B 12). Dieses Vorgehen kann der Kategorie „simplification“ zugeordnet werden. In der Tat wird das Ausgangskonzept von Blutplättchen als Zellen für die Blutgerinnung in der Zielsprache vereinfacht und Blutplättchen werden als „Zellen, die für das Blut sorgen“ von der Dolmetscherin definiert (s. B 12). Die Wiedergabe des Fachbegriffs „cellule“ wird von der Dolmetscherin durch eine direkte Entsprechung des Terminus wiedergegeben. Sie verwendet dafür das Wort „Zellen“ (s. B 12).

Im Laufe der Befunderklärung verwendet der Arzt zahlreiche Fachbegriffe. Für die schwierigsten medizinischen Termini versucht der Behandelnde eine zusätzliche Erklärung hinzuzufügen, um dem Patienten das Verstehen zu erleichtern. In der folgenden Passage ist eine Aussage des Arztes zu finden, welche reich an fachspezifischen Termini der Medizin ist.

## Transkriptauszug 25

[B 16]

<b>A [v]</b>	che mi preoccupa un po' di più è che abbiamo una PCR che è una proteina C reattiva	
<b>A [de]</b>	mir Sorgen macht ist das CRP, ein C-reaktives Protein, das eine Entzündung aufzeigt, das ist ziemlich hoch und ••	
<b>A [nv]</b>	<i>Schaut teilweise auf den Befund</i>	
<b>P [nv]</b>		

[B 17]

..	
<b>A [v]</b>	indice di infiammazione che è abbastanza alta e ••• si confà con la possibilità del
<b>A [de]</b>	• entspricht einer möglichen Entzündung. ((1s)) ähm ••• und Leukozytose und Neutrophilie. • Eine absolute
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 18]

..	
<b>A [v]</b>	quadro infettivo. ((1s)) ehm ••• e leucocitosi e neutrofilia. • Una leucocitosi assoluta
<b>A [de]</b>	Leukozytose und eine relative Neutrophilie, das heißt, dass deine weißen Blutkörperchen, die Zellen für die
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 19]

..	
<b>A [v]</b>	e una neutrofilia relativa, ciò significa che i tuoi globuli bianchi, le cellule per la
<b>A [de]</b>	Abwehr, gestiegen sind und davon vor allem die Neutrophilen.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 20]

..		35 [01:54.0]
<b>A [v]</b>	difesa, sono aumentate e di queste in particolar modo i neutrofili.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>		Also, Sie haben eine
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

Die oben angeführte Aussage des Arztes enthält folgende zu analysierende Fachausdrücke: „PCR, proteina C reattiva“ (dt. CRP, reaktives C-Protein), „infiammazione“ (dt. Entzündung), „neutrofilia“ (dt. Neutrophilie), „leucocitosi“ (dt. Leukozytose), „globuli bianchi“ (dt. weiße Blutkörperchen), „neutrofili“ (dt. Neutrophilen). Die Begriffe „leucocitosi“, „neutrofilia“, „globuli bianchi“ und „proteina C reattiva“ werden vom Arzt erläutert. Im Folgenden wird die Dolmetschung der oben zitierten Aussage angegeben.

Transkriptauszug 26

[B 20]

..		35 [01:54.0]
<b>A [v]</b>	difesa, sono aumentate e di queste in particolar modo i neutrofili.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>		Also, Sie haben eine
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[B 21]

..		36 [02:00.5*]
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	Entzündung im Körper, ••• das heißt, Sie haben eine absolute ähm Leuko... cos'era	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>
<b>P [nv]</b>		

[B 22]

..		37 [02:03.0]	38 [02:04.0]
<b>A [v]</b>		Leucocitosi.	
<b>A [de]</b>		Leukozytose.	
<b>A [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	assoluta? la leucocitosi no? ••• Eine absolute Leukozytose ••• das heißt ähm Sie		
<b>D [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>

[B 23]

..		
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	haben ein Problem mit den weißen Blutkörperchen •• und Sie haben auch eine	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [nv]</b>		

[B 24]

..		39 [02:17.7]
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>	relative Neutrophilie. •• Also das ist ein/ eine Art von weißen Blutkörperchen	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [v]</b>		Ist das
<b>P [nv]</b>		

In der Wiedergabe der Dolmetscherin werden verschiedene Dolmetschstrategien verwendet. Zunächst erfolgt eine Auslassung des Terminus „PRC“, welcher zuerst als Akronym erwähnt und dann in vollständiger Form wiederholt wird. Die Dolmetscherin lässt beide Formen aus.

Ausgelassen wird auch das Fachwort „neutrofili“. Interessanterweise wird dieser Terminus in den folgenden Aussagen wiederholt und mit dem entsprechenden deutschen Fachbegriff „Neutrophilen“ übersetzt. Für die Wiedergabe des italienischen Fachbegriffes „infiammazione“ verwendet die Dolmetscherin die direkte deutsche Entsprechung des Terminus: „Entzündung“ (s. B 21). „Leucocitosi“ und „neutrofilia“ werden ebenfalls mit den entsprechenden deutschen Termini übersetzt: „Leukozytose“ und „Neutrophilie“ (s. B 22-24). Nachdem die Dolmetscherin die Leukozytose erwähnt hat, versucht sie die vom Arzt gelieferte Erklärung wiederzugeben, welche aber vereinfacht erfolgt. In der Erklärung wird von „globuli bianchi“ gesprochen, welche die Dolmetscherin mit „weiße Blutkörperchen“ (s. B 23) übersetzt („direct equivalence“). Allerdings wird die Begriffserklärung von „weißen Blutkörperchen“ in der Dolmetschung nicht inkludiert. Dieser Fachausdruck wird im Laufe der folgenden Passagen wiederholt und durch denselben entsprechenden Begriff übersetzt. Die gesamte Wiedergabe der Aussage des Arztes kann als eine von Wadensjö definierte *reduced rendition* betrachtet werden.

Nachdem der Befund der Blutabnahme besprochen wurde, widmet sich der Arzt der Erklärung der Röntgenaufnahme. In der unten angeführten Passage kommt das Fachwort „ombra cardiaca“ (Herzschatten) vor.

#### Transkriptauszug 27

[B 35]

..		52 [03:11.1]
A [v]		Questo bianco che tu vedi qui ••• è detta ••• semplicemente
A [de]		Das Weiße, das du hier siehst ••• wird Herzschatten genannt. Das ist eine normale
A [nv]		<i>Schaut auf die Röntgenplatte und zeigt mit dem Finger auf bestimmte Teile der Platte</i>
D [v]	zusammen anschauen.	
D [ak]		<i>Schaut auf die Röntgenplatte</i>
P [ak]		<i>Schaut auf die Röntgenplatte</i>

[B 36]

..		53 [03:18.7]
A [v]	ombra cardiaca. È una cosa normale che abbiamo tutti.	
A [de]	Sache, die wir alle haben.	
A [nv]		
D [v]		Also, das ist ganz normal, das ist
D [nv]		<i>Schaut auf die Röntgenplatte und zeigt auf den</i>
D [ak]		
P [ak]		<i>Schaut auf die Röntgenplatte</i>

[B 37]

	54 [03:22.5]	55 [03:23.2]	56 [03:24.5]	57 [03:24.9]
<b>A [v]</b>				Questo qui.
<b>A [de]</b>				Das hier. ((1s))
<b>A [nv]</b>				<i>Zeigt mit dem Finger</i>
<b>D [v]</b>	ein Herzschatten, das wir alle haben.		Das da.	
<b>D [nv]</b>	<i>Herzschatten</i>			<i>Schaut auf die</i>
<b>P [v]</b>		Das hier?	•••	oh okay.
<b>P [nv]</b>		<i>Zeigt auf den Herzschatten</i>		<i>Schaut auf die</i>
<b>P [ak]</b>				

Die Dolmetscherin übersetzt den medizinischen Terminus „ombra cardiaca“ mit dem entsprechenden deutschen Fachbegriff „Herzschatten“ (s. B 37). Es handelt sich dabei um einen Fall von „direct equivalence“. In diesem Beispiel spielt die nonverbale Kommunikation aller drei Gesprächsbeteiligten eine wichtige Rolle. Aus den oben zitierten Transkriptionsausschnitten ergibt sich, dass alle KommunikationsteilnehmerInnen auf die Röntgenplatte zeigen, um sich besser ausdrücken zu können. Während der Wiedergabe der Aussage des Arztes zeigt die Dolmetscherin auf die Platte, damit der Patient den Herzschatten auf der Röntgenaufnahme sehen kann (s. B 36-37). Die Verwendung außersprachlicher Elemente zur Wiedergabe von Fachbegriffen wird von Pöllabauer (2017) auch als eine gültige Dolmetschstrategie beschrieben. Daher kann die Wiedergabe des Fachbegriffes „ombra cardiaca“ in die von Niska (2002) vorgestellte Kategorie „translations couplet“ eingeordnet werden, da es sowohl ein „direct equivalence“ als auch nonverbale Elemente eingesetzt werden.

In ähnlicher Weise wird der Fachausdruck „trama vascolare polmonare“ (pulmonale Gefäßstruktur) wiedergegeben. Es handelt sich wiederum um ein „translation couplet“, da die Dolmetscherin den entsprechenden deutschen Begriff (pulmonale Gefäßstruktur) verwendet und zusätzlich auf das Element zeigt, auf welches sich der Fachbegriff bezieht (s. B 40-41). Andererseits erfolgt die Wiedergabe des Terminus „congestione polmonare“ (Lungenstauung). Die Dolmetscherin verwendet den Ausdruck „fokale Verdickung“, welcher sich aber auf ein anderes Konzept bezieht. Im Folgenden werden die betreffenden Transkriptionsausschnitte angeführt.

Transkriptauszug 28

[B 38]

..	
<b>A [v]</b>	((1s)) Ehm questi piccoli bianchi che vedi invece sullo sfondo sono detti trama
<b>A [de]</b>	Ähm diese kleinen weißen Dinge, die du hier siehst, werden pulmonal vaskuläres Gewebe genannt und das ist auch
<b>A [nv]</b>	<i>auf die Röntgenplatte</i>
<b>D [nv]</b>	<i>Röntgenplatte</i>
<b>P [nv]</b>	<i>Röntgenplatte</i>

[B 39]

..	
<b>A [v]</b>	vascolare polmonare e anche questo è normale, però ce l'hai un po' più bianco del
<b>A [de]</b>	normal. aber bei dir ist es weißer als normal, weil ••• du im Moment eine Lungenstauung hast.
<b>A [nv]</b>	
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 40]

..		58 [03:43.0]
<b>A [v]</b>	normale perché ••• hai una congestione polmonare in questo momento.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>		<i>Allora, ähm</i>
<b>D [nv]</b>		<i>Zeigt auf die</i>
<b>P [nv]</b>		<i>Schaut auf die</i>

[B 41]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	das ist eine/ hier können Sie sehen eine pulmonale Gefäßstruktur, • aber das ist auch
<b>D [nv]</b>	<i>Röntgenplatte</i>
<b>P [nv]</b>	<i>Röntgenplatte</i>

[B 42]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	normal. Es ist ein bisschen weiß, da Sie also •• eine Verdickung ähm eine fokale
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 43]

..		59 [03:55.5]	60 [03:56.6]	61 [04:00.0]
<b>A [v]</b>		Ehm qua puoi vedere un piccolo nodulo bianco.		
<b>A [de]</b>		Ähm hier siehst du einen kleinen weißen Knoten.		
<b>A [nv]</b>		<i>Zeigt auf die Röntgenplatte</i>		
<b>D [v]</b>	Verdickung haben.			Hier
<b>D [nv]</b>				<i>Zeigt auf die</i>
<b>P [v]</b>		Ah okay.		
<b>P [nv]</b>			<i>Schaut auf die Röntgenplatte</i>	

Nach der Befunderklärung findet die Diagnosestellung statt. Aus den Befunden ist ersichtlich, dass der Patient eine Staphylococcus-Aureus-Infektion hat. In den folgenden Transkriptionsschnitten wird dieser Gesprächsteil angeführt.

### Transkriptauszug 29

[B 52]

..		73 [04:40.3]	74 [04:44.4]
<b>A [v]</b>		E sembra ((1s)) che sia ••• stafilococco aureo.	
<b>A [de]</b>		Anscheinend ((1s)) handelt es sich um ••• Staphylococcus aureus.	
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	haben.		Also die wahrscheinlichste
<b>D [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>	<i>B&gt;D</i>

[B 53]

..		75 [04:49.0]	76 [04:50.0]	77 [04:52.9]
<b>A [v]</b>		Ehm •• staphylococcus aureus.		
<b>A [de]</b>		Ähm •• Staphylococcus aureus.		
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>		
<b>D [v]</b>	Infektion könnte Pneumokokkus sein.			Also
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [v]</b>		Okay.		
<b>P [nv]</b>				<i>B&gt;D</i>

[B 54]

..		78 [04:56.3]	79 [05:00.4]
<b>A [v]</b>		Quindi io •• cambierei la terapia se sei d'accordo.	
<b>A [de]</b>		Also, ich •• würde Therapie wechseln, wenn du damit einverstanden bist.	
<b>D [v]</b>	Staphylococcus aureus.		Ich
<b>D [nv]</b>			<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>			<i>B&gt;D</i>

Der vom Arzt verwendete medizinische Terminus ist „stafilococco aureo“ (s. B 52). Die Übersetzung des Fachbegriffes, welche von der Dolmetscherin geliefert wurde, ist „Pneumokokkus“ (s. B 53). Es handelt sich dabei um eine ungenaue Wiedergabe des Terminus, welcher sich auf eine andere Infektionsart bezieht. In der deutschen Sprache wird für diese Infektion das lateinische Wort verwendet, welche in der italienischen Sprache der Morphologie und Phonologie angepasst wird. Interessanterweise wiederholt der Arzt nach der Dolmetschung die Benennung der Infektion des Patienten, verwendet aber dabei das lateinische Wort (s. B 53). Die Dolmetscherin wiederholt für den Patienten das lateinische Fachwort, welches als entsprechender Fachbegriff zu betrachten ist. Mit großer Wahrscheinlichkeit hat der Arzt die ungenaue Übersetzung des Terminus verstanden, da der von der Dolmetscherin verwendete Begriff „Pneumokokkus“ dem italienischen Äquivalent ähnelt („pneumococco“). Daher wurde der Terminus noch einmal wiederholt. Im Laufe des Gesprächs wird der Terminus „stafilococco aureo“ noch einmal wiederholt und durch den entsprechenden Begriff in der Zielsprache wiedergegeben.

Nach der Diagnose verschreibt der Arzt dem Patienten die Therapie, welche mittels Spritzen verabreicht werden muss. Der Patient fragt, ob er diesen Vorgang eigenständig durchführen könne oder ob er sich dafür an jemanden wenden muss. Aus der Erklärung des Arztes geht hervor, dass für die Verabreichung ein Krankenpfleger hinzugezogen werden soll, sofern der Patient damit keine Erfahrung hat. Er fügt weiter hinzu, dass die Spritze, die der Patient benötigt, anders verabreicht werden muss als bei Diabetes. Im Folgenden wird die betreffende Passage angeführt:

### Transkriptauszug 30

[B 61]

	94 [05:35.9]	95 [05:38.0]
<b>A [v]</b>		Non è come quello del
<b>A [de]</b>		Das ist nicht wie bei Diabetes und du
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P Zeigt auf seinen Bauch</i>
<b>D [v]</b>	grado di farlo.	
<b>D [de]</b>	machen.	
<b>D [nv]</b>		
<b>P [v]</b>	Das gebe ich einfach ((unverständlich, 0,8s))	
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A Zeigt auf seinen Bauch</i>	<i>B&gt;A</i>

[B 62]

..	
<b>A [v]</b>	diabete che lo puoi fare qui. • • Quindi se non hai esperienza prima ti consiglio di
<b>A [de]</b>	kannst das nicht hier machen. • • Deswegen wenn du damit keine Erfahrung hast, empfehle ich dir, jemanden von deiner
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 63]

..	
<b>A [v]</b>	rivolgerti o a qualcuno che l'abbia fatto in passato nella tua famiglia o anche a un
<b>A [de]</b>	Familie, der das schon gemacht hat, oder einen Krankenpflegen um Hilfe zu bitten.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 64]

.. 96 [05:50.6]	
<b>A [v]</b>	infermiere.
<b>A [de]</b>	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	Also, wenn Sie damit keine Erfahrung haben, wäre es besser, eine andere
<b>D [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;D</i>

[B 65]

..	
<b>D [v]</b>	Person zu fragen, eine Krankenschwester oder jemanden, den Sie kennen. • Weil das
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 66]

.. 97 [06:00.7] 98 [06:02.8]99 [06:04.1]	
<b>A [v]</b>	Ehm quindi ti
<b>A [de]</b>	Ähm wir geben dir
<b>A [nv]</b>	<i>B&gt;P</i>
<b>D [v]</b>	ist nicht eine normale Spritze wie bei Diabetes zum Beispiel.
<b>D [nv]</b>	
<b>P [v]</b>	Oh okay • alles klar, mach ich.
<b>P [nv]</b>	<i>B&gt;A</i>

Die Dolmetscherin gibt die Aussage des Arztes wieder und verwendet die direkte Entsprechung des Fachwortes „diabete“ und zwar „Diabetes“ (s. B 66). Sie hat den aus dem Lateinischen stammenden Begriff verwendet, welcher dem italienischen Terminus ähnelt. Der entsprechende deutsche Terminus für Diabetes lautet „Zuckerkrankheit“. In der oben angeführten Passage kann außerdem beobachtet werden, dass eine Äußerung des Patienten nicht gedolmetscht

wurde. Jedoch antwortet der Arzt auf die Frage des Patienten. Wie im zweiten Kapitel der vorliegende Masterarbeit ausgeführt, nehmen ÄrztInnen zuerst die nonverbalen Signale der PatientInnen wahr und erst mit der Dolmetschung wird ihnen die verbale Information übermittelt (vgl. Felgner 2009: 57). Indem der Patient auf seinen Bauch zeigt, versteht der Arzt dessen Frage nach einer möglichen Spritzenverabreichung am Bauch. Daher informiert der Behandelnde den Patienten darüber, dass die Spritze an einem anderen Körperteil verabreicht werden muss, ohne auf die entsprechende Dolmetschung der Aussage des Behandelten zu warten.

In der folgenden Aussage des Arztes ist ein weiterer Fachterminus zu finden: „vancomicina intramuscolo“ (Vancomycin intramuskulär) (s. B 67). Unten wird der betreffende Transkriptionsausschnitt angeführt:

### Transkriptauszug 31

[B 67]

..		100 [06:07.6]
<b>A [v]</b>	daremo la vancomicina per l'intramuscolo.	
<b>A [de]</b>	Vancomycin für die intramuskuläre Spritze.	
<b>A [nv]</b>		
<b>D [v]</b>		Also die Therapie ist ••• Vancomycin,
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[B 68]

..		101 [06:13.4]	102 [06:14.4]	103 [06:16.4]
<b>D [v]</b>	intramuskulär.		Also das ist ein • ein Antibiotikum.	
<b>D [nv]</b>				
<b>P [v]</b>	Okay.			Ah okay •• und wie lang?
<b>P [nv]</b>				<i>B&gt;D</i>

In diesem Beispiel erfolgt wiederum eine Dolmetschstrategie, welche als „translation couplet“ betrachtet werden kann. In der Tat bedient sich die Dolmetscherin nicht nur der direkten Entsprechung des Terminus (Vancomycin), sondern liefert auch eine zusätzliche Begriffserklärung hinzu, welche vom Arzt nicht ausgesprochen wurde (s. B 67-68): Sie informiert den Patienten freiwillig darüber, dass Vancomycin ein Antibiotikum ist. Daher besteht dieses „translation couplet“ aus den von Pöllabauer (2017) vorgestellten Kategorien „direct equivalence“ und „explanation“. Dieses Übertragungsverfahren kann als *expanded rendition* betrachtet werden, da die Dolmetschung mehr Informationen enthält als die Ausgangsäußerung des Arztes.

Am Ende des Gesprächs empfiehlt der Arzt dem Patienten eine Herzuntersuchung mittels eines Elektro- und Echokardiogramms durchzuführen. Unten folgt der jeweilige Transkriptauszug.

### Transkriptauszug 32

[B 92]

..		122 [08:26.0]	123 [08:27.0]
<b>A [v]</b>		Se sei d'accordo quindi prenoterei una visita	
<b>A [de]</b>		Wenn du damit einverstanden bist, würde ich eine	
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>	
<b>D [v]</b>	Herzproblemen führen kann.		
<b>D [nv]</b>			
<b>P [v]</b>		Okay, ja!	
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;A</i>	

[B 93]

..	
<b>A [v]</b>	cardiologica e un'ECG. ••• E in mia opinione dovrete fare anche un
<b>A [de]</b>	Herzuntersuchung und ein EKG buchen. ••• Und meiner Meinung nach solltest du auch eine Echokardiographie
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 94]

..	
<b>A [v]</b>	ecocardiogramma per valutare la motilità cardiaca. • Però sarà il cardiologo stesso a
<b>A [de]</b>	machen, um die Motilität des Herzes zu untersuchen. • Aber der Kardiologe wird das dir bestätigen.
<b>A [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 95]

..		124 [08:40.4]
<b>A [v]</b>	darti conferma.	
<b>A [de]</b>		
<b>A [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>
<b>D [v]</b>	Also, wenn damit einverstanden sind, können wir schon ein EKG ••	
<b>D [nv]</b>		<i>B&gt;P</i>
<b>P [nv]</b>		<i>B&gt;D</i>

[B 96]

..	
<b>A [nv]</b>	
<b>D [v]</b>	machen und dann können Sie mit dem Kardiologen besprechen, was für Therapie ähm
<b>D [nv]</b>	
<b>P [nv]</b>	

[B 97]

125 [08:52.9]	
A [nv]	B>D
D [v]	oder weitere Analysen Sie brauchen.
D [nv]	
P [v]	Okay, ja ••• das ist kein Problem, ich wollte
P [nv]	B>D

In der Aussage des Arztes werden folgende Fachtermini erwähnt: „ECG“ (EKG), „ecocardiogramma“ (Echokardiogramm), „cardiologo“ (Kardiologe) und „motilità cardiaca“ (Motilität des Herzes). Die Übersetzung des Terminus „ECG“ kann in die Kategorie „direct equivalence“ eingeordnet werden, da die Wiedergabe „EKG“ lautet (s. B 95). Mit derselben Strategie wird „cardiologo“ in der Zielsprache wiedergegeben, indem die Dolmetscherin von „Kardiologe“ spricht (s. B 96). Dagegen lässt die Dolmetscherin das Fachwort „ecocardiogramma“ in der Wiedergabe aus und ersetzt es durch den Ausdruck „weitere Analysen“ (s. B 96-97). Es handelt sich dabei um eine Vereinfachung des medizinischen Terminus. In der Tat sagt die Dolmetscherin, dass sich der Patient anderen „Analysen“ unterziehen soll und bestimmt nicht die Art der Untersuchung. Der Fachbegriff „motilità cardiaca“ wird dagegen von der Dolmetschung ausgelassen und durch keine Begriffsvereinfachung bzw. -umschreibung ersetzt.

#### 5.1.4 Quantifizierung und Interpretation der eingesetzten Dolmetschstrategien

Durch die aus der inszenierten Dolmetschsituation erhobenen Daten und die vorliegende Analyse kann festgestellt werden, dass die Dolmetscherin verschiedene Strategien zur Wiedergabe medizinischer Fachtermini einsetzte. Aus den unterschiedlichen Dolmetschstrategien von Niska und Pöllabauer, welche im dritten Kapitel der vorliegenden Masterarbeit vorgestellt wurden, wurden nur sechs Kategorien von der Dolmetscherin verwendet. Die am häufigsten eingesetzten Dolmetschstrategien waren „direct equivalence“, welche insgesamt vierunddreißigmal eingesetzt wurde, und „omission“, welche zehnmal vorkam. Überdies sind auch folgende Kategorien zu finden: „simplification“ (neunmal), „translations couplets“ (dreimal), „use of deictics and non-verbal communication“ (zweimal) sowie „explanation“ (einmal). Außerdem lieferte die Dolmetscherin auch falsche Wiedergaben der vom Arzt verwendeten medizinischen Fachbegriffe, welche keiner der im dritten Kapitel angeführten Dolmetschstrategien entsprechen. Diese könnte als eine neue Kategorie von Dolmetschstrategien zur Erweiterung des Modells betrachtet werden. Diese erfolgt, wenn Dolmetschende Termini durch falsche Fachwörter übersetzen, welche sich aber auf andere

Konzepte beziehen. Im Falle der durchgeführten Simulation ist ein Beispiel dieses Phänomens im Transkriptauszug 28 zu finden. Aus den Transkriptionen lassen sich auch unklare bzw. unpräzise Übersetzungen fachsprachlicher Begriffe feststellen. Dies lässt sich auch als zusätzliche Strategie betrachten. Ein Beispiel dafür ist die Übersetzung von „infezione batterica“ (bakterielle Infektion) als „Infektion“. Es wird ein Fachwort verwendet, jedoch wird ein Teil ausgelassen, was die Wiedergabe unpräziser macht. In der durchgeführten Fallstudie sind auch unvollständige Wiedergaben ganzer Äußerungen der *primary parties* zu finden. In der Tat wurden verschiedene Dolmetschungen als *reduced renditions* bewertet.

Die hohe Anzahl an „direct equivalences“, welche von der Dolmetscherin verwendet wurden, beweist, dass die Dolmetscherin über eine gute terminologische Vorbereitung und Fachwissen verfügte, was von Valero-Garcés (2005) als relevante Aspekte des Dolmetschens im medizinischen Bereich betrachtet werden.

Wie von Niska (1998a) ausgeführt, sind Auslassungen nicht nur als Fehler der Dolmetschenden, sondern auch als bewusste Entscheidungen zu betrachten. Diese Entscheidungen können von mehrdeutigen Aussagen des/r Redners/Rednerin abhängen oder finden dann statt, wenn die dolmetschende Person nicht sofort die richtige Entsprechung des Begriffes findet. In der vorliegenden simulierten Dolmetschsituation wurden mehrmals Termini ausgelassen, aber in manchen Fällen wurden sie zu einem späteren Zeitpunkt von der Dolmetscherin übersetzt, was als bewusste Entscheidung der Dolmetscherin betrachtet werden kann.

Aus den Transkriptionen der beiden simulierten Arzt-Patienten-Gespräche geht hervor, dass die Dolmetschungen der Beiträge des Arztes eher vage und redundanter sind als die Originaläußerungen, was auf das Auslassen bzw. Umschreiben medizinischer Fachwörter zurückgeführt werden könnte. Ein letzter wichtiger zu erwähnender Aspekt ist die häufige Verwendung der dritten Person Singular in den Äußerungen der Dolmetscherin. Es handelt sich hierbei um eine Strategie, welche i.d.R. von *ad hoc interpreters* gebraucht wird (vgl. Angelelli 2019: 28f.).

Die Ergebnisse der durchgeführten Simulation zeigen sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede mit den Ergebnissen der im dritten Kapitel vorgestellten Studien. Eine Ähnlichkeit ist bei den häufigen Auslassungen von Fachbegriffen zu finden, was sowohl in den Studien von Valero-Garcés (2005) und Pöllabauer (2017) als auch in der Fallstudie der vorliegenden Arbeit festgestellt werden kann. Begriffsumschreibungen bzw. -vereinfachungen werden auch in den oben zitierten Studien oft verwendet sowie in der Simulation dieser Masterarbeit. Allerdings unterscheidet sich die durchgeführte Untersuchung in der hohen

Anzahl an „direct equivalences“ von allen Studien, da diese Strategie am häufigsten eingesetzt wurde. Umgekehrt sind im simulierten Arzt-Patienten-Gespräch weder „loan translations“ noch „direct loans“, welche hingegen in den Studien von Niska (1998a; 1998b) und Valero-Garcés festgestellt wurden.

In der simulierten Dolmetschsituation kann beobachtet werden, dass sich die Dolmetscherin als professionelle Sprachmittlerin erwies und die Rolle von Fürsprecherin bzw. Helferin des Patienten nicht übernahm, was beispielsweise in der Untersuchung von Pöllabauer zu beobachten ist. In der Tat versuchte sie so neutral wie möglich zu bleiben und dolmetschte jede Äußerung beider *primary parties*. Nur einmal richtete sie sich aus eigener Initiative an den Arzt und stellte eine Frage, welche vom Patienten nicht gestellt wurde, um eine Erklärung des Gesagten zu bitten (s. Transkriptauszug 26). Trotzdem lässt sich eine vollständige Neutralität der Dolmetschenden nicht feststellen. Wie von Angelelli (2004) ausgeführt, sind DolmetscherInnen aktive Gesprächsbeteiligte und werden als dritte *co-participants* betrachtet, indem sie den Dialog steuern und ihren sozio-kulturellen Hintergrund in das Gespräch einbringen (s. Kapitel 2.4.2). Im Falle der inszenierten Lungenuntersuchung ist die Sichtbarkeit der Dolmetscherin auf unterschiedlichen Ebenen zu beobachten. Beispielsweise stellt sie ihre Rolle am Anfang beider simulierten Arzt-Patienten-Gespräche vor. Anschließend verwaltet sie die während des Gesprächs vorkommenden Informationen. Aus den angeführten Transkriptauszügen kann beobachtet werden, dass sie entschied, welche Informationen zu dolmetschen waren, welche ausgelassen werden konnten und ob zusätzliche Erklärungen zu liefern waren. All diese Faktoren tragen laut Angelelli (2004) zur Sichtbarkeit der dolmetschenden Personen bei.

## 6. Conclusio

Die Zielsetzung der vorliegenden Masterarbeit bestand darin, die von DolmetscherInnen eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen in gedolmetschten ExpertInnen-LaiInnen-Gesprächen zu untersuchen und anhand eines Fallbeispiels genauer zu erklären. Dem Dolmetschen im medizinischen Bereich wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da ein spezifisches Kommunikationssetting zwischen ExpertInnen und LaiInnen als Fallbeispiel untersucht wurde: Das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch.

Die vorliegende Masterarbeit ist in fünf Kapitel gegliedert. In den ersten drei Kapiteln wurde der theoretische Teil der Arbeit vorgestellt. Die letzten zwei Kapitel stellen hingegen den empirischen Teil der Masterarbeit dar und beschäftigten sich mit dem durchgeführten Fallbeispiel.

Das erste Kapitel widmete sich der Fachsprache. Nach einem kurzen einleitenden Teil zur Entstehung und Geschichte der Fachsprachen wurden unterschiedliche Definitionsversuche der Fachsprache diskutiert. Zuerst wird der Begriff „Gemeinsprache“ definiert, der sich vom Fachsprachenbegriff nicht vollständig abgrenzen lässt (vgl. Menzel 1996: 33). Deswegen ist keine eindeutige und allgemeingültige Definition der Fachsprache zu finden. Es werden verschiedene in der Linguistik anerkannte Definitionen angeführt, die den Begriff am besten beschreiben (Hoffman 1985; Möhn/Pelka 1984; Schmidt 1969; Drozd/Seibicke 1973), da Fach- und Gemeinsprache sich im kontinuierlichen Austausch befinden und einander ergänzen (vgl. Fraas 1999: 437). Anschließend wurden die Hauptmerkmale der Fachsprachen dargelegt. Hierbei wurden die Eigenschaften der zwei wichtigsten Sprachebenen erklärt, welche die Differenzierung zwischen Gemein- und Fachsprache am deutlichsten aufzeigen und zwar die Lexik und die Syntax (vgl. Mushchinina 2017: 39). Zusätzlich wurden noch die horizontale und vertikale Gliederung der Fachsprachen nach Hoffmann (1985) und die Bestimmung des Fachlichkeitsgrades präsentiert. Da die Fallstudie der vorliegenden Masterarbeit aus zwei gedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächen besteht, wurde das Hauptaugenmerk auf die medizinische Fachsprache gelegt, deren lexikalische und syntaktische Hauptmerkmale dargelegt wurden. Die kennzeichnende Eigenschaft der medizinischen Fachsprache ist die griechische und lateinische Etymologie zahlreicher Fachwörter (s. Kapitel 1.6).

Das zweite Kapitel der Arbeit setzte sich mit dem Dolmetschen im Gesundheitswesen auseinander. Da dieser Bereich des Dolmetschens unter die Kategorie des *Community Interpreting* fällt, wurde nach einem kurzen Einblick über den Kommunikationsbedarf mit

anderssprachigen SprecherInnen in einem medizinischen Kontext der Begriff von Kommunaldolmetschen erläutert und deren Spezifika dargelegt. Anschließend wurde die Begriffserklärung von *healthcare interpreting* bzw. *medical interpreting* geliefert, die Charakteristika dieses Dolmetschbereiches vorgestellt sowie ein Einblick in den Ablauf eines herkömmlichen Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch gegeben. Es stellte sich heraus, dass medizinische Gespräche von einer starken Asymmetrie zwischen Behandelten und Behandelnden geprägt sind. ÄrztInnen stellen die *voice of medicine* dar, während PatientInnen i.d.R. medizinische LaiInnen sind, welche über kein Wissen über medizinische Sachverhalte verfügen (vgl. Davidson 2001: 171). Daraus ergibt sich, dass die in der Medizin verwendete Fachsprache von den LaiInnen bzw. PatientInnen kaum verständlich ist. Da auf die medizinische Fachsprache nicht vollständig verzichtet werden kann, weil sie zur Genauigkeit der Informationen beiträgt, bedienen sich ÄrztInnen häufig der sogenannten „semiprofessionellen Rede“, welche aus einer Mischung von fach- und gemeinsprachlichen Elementen besteht und das Wissensgefälle zwischen den Gesprächsparteien überbrückt (vgl. Rehbein 1994: 125). Daher spielt die terminologische Vorbereitung der Dolmetschenden im medizinischen Bereich eine bedeutende Rolle, da falsch gedolmetschte Informationen katastrophale Konsequenzen für die Gesundheit des/der Patienten/Patientin haben könnten (vgl. Crezee 2013: 13f.). Der zweite Teil des Kapitels konzentrierte sich auf das gedolmetschte medizinische Gespräch und die Aufgaben der DolmetscherInnen in solchen Settings. Es wurden Wadensjö's *renditions* und *non-renditions* sowie das Sichtbarkeitsmodell von Angelelli (2004) dargestellt, welches Dolmetschende als aktive Gesprächsbeteiligte darstellt. Überdies wurden die nonverbale Kommunikation sowie die Sitzordnung der DialogteilnehmerInnen im gedolmetschten Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch behandelt.

Daraufhin folgte eine Auseinandersetzung mit dem Thema der Fachsprache in der Translation. Zunächst wurden die drei Kommunikationskonstellationen vorgestellt, in denen die Kommunikation erfolgt. Daraus ergab sich, dass die schwierigste Konstellation, mit welcher DolmetscherInnen konfrontiert werden, die ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation ist. In solchen Settings bedienen sich ExpertInnen verschiedener Fachbegriffe, welche von DolmetscherInnen für LaiInnen in der Zielsprache wiedergegeben werden müssen. In diesem Zusammenhang wurden die Studien von Niska (1998a; 1998b; 2002), Valero-Garcés (2005) und Pöllabauer (2017) präsentiert, welche sich mit den verschiedenen Strategien zur Wiedergabe von Fachtermini auseinandersetzen sowie die Ergebnisse der Studien dargelegt (s. Kapitel 3.1). Aus ihren Publikationen ließ sich ableiten, dass DolmetscherInnen unterschiedliche Strategien zur Wiedergabe von Fachsprache bei ExpertInnen-LaiInnen-

Gesprächen anwenden. Aus den durchgeführten Studien von Niska, Valero-Garcés und Pöllabauer geht hervor, dass folgende Dolmetschstrategien am häufigsten eingesetzt wurden: Auslassungen, Begriffsvereinfachungen bzw. -umschreibungen und direkte Entsprechungen. Darüber hinaus werden auch deiktische und außersprachliche Elemente verwendet, welche in dialoschen Settings sehr beliebt sind. In Anlehnung an die Dolmetschstrategien von den oben zitierten AutorInnen wurde der empirische Teil der Arbeit ausgewertet.

Der zweite Teil der Arbeit widmete sich der empirischen Untersuchung. Zuerst wurden Zielsetzung sowie Methodik zur Datenerhebung und daraufhin die Durchführung der empirischen Untersuchung präsentiert. Die Videoaufnahme eines simulierten Arzt-Patienten-Gesprächs war die Grundlage für die Datenerhebung. In weiteren Abschnitten des Kapitels wurden die Repräsentativität und Authentizität der Dolmetschinszenierung erläutert sowie der Transkriptionsablauf beschrieben.

Im fünften Kapitel der vorliegenden Masterarbeit ist die Analyse des Datenmaterials zu finden. Die Ergebnisse wurden qualitativ ausgewertet. Der erste besprochene Aspekt der Analyse war die Sitzordnung der KommunikationsteilnehmerInnen. Obwohl dieses Thema für die Zielsetzung der vorliegenden Masterarbeit nicht zentral ist, wurde eine kurze Darstellung der Sitzkonstellation der Gesprächsbeteiligten erläutert, da die Positionierung der Dolmetschenden im Raum bei Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen eine wichtige Rolle spielt und zur Wahrnehmung von Para- und Körpersprache beiträgt. Der anschließende Teil setzte sich mit der Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung auseinander. Die im zweiten Kapitel dargelegten Erkenntnisse zur Ungleichheit der Gesprächsbeteiligten bei medizinischen Gesprächen waren ebenfalls in der durchgeführten Simulation zu finden. Der Arzt erwies sich durch sein Fachwissen, verwendetes Sprachregister und die hohe Anzahl an gestellten Fragen als die dominante Gesprächspartei, welche den Dialog steuerte. Diese Asymmetrie ließ sich auch bei der Wahl der ausgesprochenen Wörter von sowohl Behandelten und Behandelnden während beider Gespräche feststellen. In der Tat war die Anzahl der vom Patienten verwendeten Wörter beachtlich niedriger als jene des Arztes. Wie vorhin erwähnt, wurde im zweiten Kapitel erklärt, dass ÄrztInnen von einer semiprofessionellen Rede Gebrauch machen, um das Wissensgefälle mit PatientInnen zu überbrücken. Auch in der durchgeführten Simulation verwendete der Arzt die Strategie der semiprofessionellen Rede, da er eine Mischung von fach- und gemeinsprachlichen Elementen einsetzte. Tatsächlich lieferte der Behandelnde fast immer eine zusätzliche Erläuterung der medizinischen Fachtermini, damit der Patient seine Aussagen verstehen konnte.

Der dritte Abschnitt des Kapitels widmete sich der Analyse der von der Dolmetscherin eingesetzten Strategien zur Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe. Jeder während der beiden Gespräche vorkommende Fachausdruck wurde identifiziert und in eine im dritten Kapitel vorgestellte Kategorie von Dolmetschstrategien eingeordnet. Aus der Analyse ging hervor, dass nur sechs Typen von Strategien verwendet wurden. Die am häufigsten eingesetzte Dolmetschstrategie war „direct equivalence“. „Omissions“ und „simplification“ kamen auch relativ oft vor. Weitere Strategien waren „translations couplets“, „use of deictics and non-verbal communication“, die nur zweimal vorkamen, und „explanation“, welche nur einmal erfolgte. Die hohe Anzahl an „direct equivalences“ kann auf die gute terminologische Vorbereitung der Dolmetscherin zurückgeführt werden, was Valero-Garcés (2005) als wichtiges Element bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen betrachtet. Es wurden sehr spezifische medizinische Termini mit dem direkten Äquivalent wiedergegeben, wie z.B. „Leukozytose“. Außerdem verwendete die Dolmetscherin auch Fachausdrücke, welche in den zu dolmetschenden Äußerungen nicht zu finden waren, wie z.B. „diagnostizieren“ oder „Sauerstoffsättigung“. Das lässt sich wiederum auf die terminologische Vorbereitung zurückführen und auf die Erfahrung der Dolmetscherin in solchen Settings, da sie im Laufe des Studiums mehrmals bei simulierten Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gesprächen dolmetschte.

Allerdings fanden auch verschiedene Auslassungen statt, welche aber nie zum Scheitern der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führten. Die vom Arzt gelieferten Begriffserläuterungen, welche zum Verständnis des Patienten beitrugen, wurden fast immer in der Dolmetschung inkludiert. Diese Erläuterungen bzw. Umschreibungen medizinischer Fachbegriffe stellen eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Gesprächsparteien dar. Das Auslassen von Begriffserläuterungen aus der Dolmetschung verleitete den Patienten dazu, um eine Erklärung des verwendeten medizinischen Terminus zu bitten.

Neben den oben angeführten Dolmetschstrategien waren in den Äußerungen der Dolmetscherin auch falsche bzw. unpräzise Übersetzungen fachsprachlicher Begriffe zu finden, welche als neue Kategorien in der Wiedergabe von Fachausdrücken betrachtet werden können. Darüber hinaus ließen sich auch unvollständige Wiedergaben der Originaläußerungen identifizieren. Anschließend konnte festgestellt werden, dass sich die Dolmetschungen der Beiträge des Arztes als vager und redundanter erwiesen als die Originaläußerungen. Diese Redundanz und Vagheit könnten auf das Auslassen und Umschreiben unterschiedlicher medizinischer Fachbegriffe zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung weisen Ähnlichkeiten und Unterschiede mit den Resultaten der Studien von Pöllabauer (2017), Valero-Garcés (2005) und Niska (1998a; 1998b; 2002) auf, welche ebenfalls unterschiedliche Auslassungen und Begriffsvereinfachungen bzw. -umschreibungen aufzeigten. Jedoch unterscheidet sich die Untersuchung der vorliegenden Arbeit in der hohen Anzahl an verwendeten direkten Äquivalenten vonseiten der Dolmetscherin, was in den anderen Studien nicht der Fall ist. Hiergegen sind aber in den oben zitierten Studien wortwörtliche Übersetzungen und direkte Lehnwörter zu finden, welche die Ergebnisse des Fallbeispiels nicht aufweisen.

Wie in Kapitel 4 erwähnt, befindet sich die Dolmetscherin, die an der Simulation teilgenommen hat, am Ende ihres Masterstudiums in Konferenzdolmetschen am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien. In diesem Zusammenhang kann beobachtet werden, dass trotz ihres Studentinstans sich die von der Dolmetscherin eingesetzten Strategien für die Wiedergabe von Fachbegriffen nicht stark von denen von bereits in der Praxis tätigen DolmetscherInnen unterscheiden. In der Tat bediente sich die Dolmetscherin zahlreicher „direct equivalences“, diverser „omissions“ und „simplifications“. Daher erweist sich eine gute professionelle Dolmetschausbildung als zentral.

Zuletzt wurde die Rolle der Dolmetscherin kurz beschrieben, welche sich als dritte *co-participant* des Gesprächs erwies.

Das in der vorliegenden Masterarbeit behandelte Thema ist jedoch so komplex, dass es sich nicht nur durch eine einzelne Untersuchung im Detail erläutern lässt. Daher wäre es wünschenswert, die eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Begriffen der medizinischen Fachsprache auch in anderen gedolmetschten medizinischen Situationen und unter anderen Bedingungen zu untersuchen, sodass es aus unterschiedlichen Perspektiven behandelt und analysiert werden kann.

## Bibliographie

- Albrecht, Jörn (1995). Terminologie und Fachsprachen. In: Beyer, Manfred; Diller H.-J.; Kornelius J.; Otto, E. & Stratmann, G. (Hg.) *Realities of translating. Anglistik & Englischunterricht Band 55/56*. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 111-161.
- Allaoui, Raoua (2005). *Dolmetschen im Krankenhaus*. Göttingen: Cuvillier.
- Angelelli, Claudia (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia (2014). Interpreting in the healthcare setting: Access in cross-linguistic communication. In: Hamilton, Heide E. & Chou, Wen-ying Sylvia (Hg.) *The Routledge handbook of language and health communication*. London/New York: Routledge, 573–585.
- Angelelli, Claudia (2019). *Healthcare interpreting explained*. London: Routledge.
- Baraldi, Claudio & Gavioli Laura (2015). La traduzione dialogica come mediazione dell'identità: un'analisi nelle istituzioni sanitarie. In: Mariottini, Laura (Hg.) *Identità e discorsi. Studi offerti a Franca Orletti*. Roma: RomaTrE-Press, 161-180.
- Baraldi, Claudio & Gavioli, Laura (2016). On professional and non-professional interpreting in healthcare services: the case of intercultural mediators. *European Journal of Applied Linguistics* 4 (1), 33-55.
- Baumann, Klaus-Dieter (1994). *Fachlichkeit von Texten*. Egelsbach: Hänssel-Hohenhausen.
- Baumann, Klaus-Dieter (2001). *Kenntnissysteme im Fachtext*. Egelsbach: Hänssel-Hohenhausen.
- Bechmann, Sascha (2014). *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: A. Francke.
- Bock, Dieter (1976). *Zum Verhältnis von Allgemeinsprache und Fachsprache*. Arbeitsbericht 39, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Bungarten, Theo (1983). Fachsprache und Kommunikationskonflikte in der heutigen Zeit. In: Kelz, Heinrich Peter (Hg.) *Fachsprache 1. Sprachanalyse und Vermittlungsmethoden*. Bonn: Dümmler, 130-142.
- Cabré, Teresa M. (1999). *Terminology. Theory, Methods and Applications*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Creeze, Ineke H.M. (2013). *Introduction to healthcare for interpreters and translators*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- Davidson, Brad (2001). Questions in Cross-Linguistic Medical Encounters: The Role of the Hospital Interpreter. *Anthropological Quarterly* 74 (4), 170-178.
- Dörr, Jan-Eric (2014). Grundlagen des Fachsprachenbegriffs. In: Baumann, Klaus-Dieter; Dörr, Jan-Eric & Klammer, Katja (Hg.) *Fachstile. Systematische Ortung einer interdisziplinären Kategorie*. Berlin: Frank & Timme, 27-46.
- Drozd, Lubomir & Seibicke, Wilfried (1973). *Deutsche Fach- und Wissenschaftssprache: Bestandsaufnahmen, Theorie, Geschichte*. Wiesbaden: Oscar Brandstetter Verlag.
- Ehlich, Konrad & Rehbein, Jochen (1981). Die Wiedergabe intonatorischer, nonverbaler und aktionaler Phänomene im Verfahren HIAT. In: Lange-Seidl, Annemarie (Hg.) *Zeichenkonstitution. Akten des 2. Semiotischen Kolloquiums Regensburg 1978*. Berlin: de Gruyter, 174-186.
- Felgner, Lars (2009). Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Meidenbauer, 45-70.
- Felgner, Lars (2017). *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen*. Berlin: Frank & Timme.
- Fluck, Hans-Rüdiger (1985). *Fachsprachen: Einführung und Bibliographie*. 3. Aufl. Tübingen: Francke.
- Fluck, Hans-Rüdiger (1997). *Fachdeutsch in Naturwissenschaft und Technik*. 2. Aufl. Heidelberg: Groos.
- Fraas, Claudia (1999). Lexikalisch-semantische Eigenschaften von Fachsprachen. In: Hoffman, Lothar; Kalverkämper, Hartwig & Wiegand, Herbert Ernst (Hg.) *Fachsprachen. Languages for special purposes*. Berlin: De Gruyter, 428-438.
- Frey, John (1998). The clinical philosophy of family medicine. *American Journal of Medicine* 104, 327-329.
- Frishberg, Nancy (1994). *Interpreting: an introduction*. 3. Aufl. Maryland: Registry of Interpreters for the Deaf.
- Garber, Nathan (1998). Community Interpretation: A Personal View. In: Roberts, Roda P.; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana & Dufour, Aideen (Hg.) *The Critical Link 2: interpreters in the community: selected papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-20.

- Gentile, Adolfo (1997). Community Interpreting or Not? Practices, Standards and Accreditation. In: Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aileen & Steyn, Dini (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the 1st International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1–4, 1995*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins, 109-118.
- Gentile, Adolfo; Ozolins, Uldis & Vasilakakos, Mary (1996). *Liaison Interpreting: a Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Gläser, Rosemarie (1990). *Fachtextsorten im Englischen*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Hale, Sandra Beatriz (2008). Controversies over the role of the court interpreter. In: Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (Hg.) *Crossing borders in community interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 99–122.
- Hale, Sandra Beatriz (2007). *Community interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hoffmann, Lothar (1985). *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. 2. Aufl. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Hoffmann, Lothar (1999a). Fachsprachen und Gemeinsprachen. In: Hoffman, Lothar; Kalverkämper, Hartwig & Wiegand, Herbert Ernst (Hg.) *Fachsprachen. Languages for special purposes*. Berlin: De Gruyter, 157-168.
- Hoffmann, Lothar (1999b). Syntaktische und morphologische Eigenschaften von Fachsprache. In: Hoffman, Lothar; Kalverkämper, Hartwig & Wiegand, Herbert Ernst (Hg.) *Fachsprachen. Languages for special purposes*. Berlin: De Gruyter, 416-427.
- Hug, Theo & Poscheschnik, Gerhald (2010). *Empirisch forschen: Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Wien: Huter & Roth.
- Hüging, Anna-Katharina (2011). *Übersetzerisches Handeln im Kontext der medizinischen Fachkommunikation*. Trier: WVT.
- Kalverkämper, Hartwig (1996). Im Zentrum der Interessen: Fachkommunikation als Leitgröße. *Hermes, Journal of Linguistics* 6, 117-176.
- Kalverkämper, Hartwig (1999). Rahmenbedingungen für die Fachkommunikation. In: Hoffman, Lothar; Kalverkämper, Hartwig & Wiegand, Herbert Ernst (Hg.) *Fachsprachen. Languages for special purposes*. Berlin: De Gruyter, 24-47.
- Karenberg, Axel (2011). *Fachsprache Medizin im Schnellkurs*. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Klute, Wilfried (1975). *Fachsprache und Gemeinsprache. Texte zum Problem der Kommunikation in der arbeitsteiligen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Diesterweg.

- Lucchesi, Mario (1987). Quaderni di terminologia medica inglese. *What does it mean? Let's understand medical english = come interpretare correttamente l'inglese medico scientifico* 1 (1).
- Magris, Marella (1992). *La traduzione del linguaggio medico: analisi contrastiva di testi in lingua italiana, inglese e tedesca*. Udine: Campanotto.
- Menzel, Wolfgang Walter (1996). *Vernakuläre Wissenschaft*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Merlini, Raffaella (2009). Interpreters in Emergency Wards. An empirical Study of Doctor-Interpreter-Patient Interaction. In: De Pedro Rico, Raquel; Perez, Isabelle A. & Wilson, Christine W. L. (Hg.) *Interpreting and Translating in public Service Settings. Policy, Practice, Pedagogy*. Manchester: St. Jerome, 89-114.
- Meyer, Bernd (2004). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Mishler, Elliot G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood NJ: Ablex.
- Möhn, Dieter & Pelka, Roland (1984). *Fachsprachen. Eine Einführung*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Mushchinina, Maria (2017). *Sprachverwendung und Normvorstellung in der Fachkommunikation*. Berlin: Frank & Timme.
- Niska, Helge (1998a). *Explorations in Translational Creativity: Strategies for Interpreting Neologisms*. Stockholm: Workshop Paper 8 August 1998, Stockholm University. Abgerufen auf: <https://www.oocities.org/~tolk/lic/kreeng2.htm> (Stand: 30.10.2019).
- Niska, Helge (1998b). *The Interpreter as Language Planner*. Stockholm: Seminar Paper 9 October 1998, Stockholm University. Abgerufen auf: <https://www.oocities.org/~tolk/lic/lpl-toc.htm> (Stand: 30.10.2019).
- Niska, Helge (2002). Introduction to Terminology and Terminological Tools. In: Valero-Garcés, Carmen & Mancho Barés, Guzmán (Hg.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades/ Community Interpreting and Translating: New Needs for New Realities*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad, 37–51.
- Niska, Helge (2003). Cuando Fracasan las palabras. Métodos y herramientas del trabajo terminológico para intérpretes en los servicios públicos. In: Valero-Garcés, Carmen

- (Hg.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, 91–124.
- Pöchhacker, Franz (2000). *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (2008). Interpreting as mediation. In: Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (Hg.) *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-26.
- Poetzlberger, Hans (1983). Fachbezogene und tätigkeitsspezifische Sprachkompetenz. In: Kelz, Heinrich Peter (Hg.) *Fachsprache 1. Sprachanalyse und Vermittlungsmethoden*. Bonn: Dümmler, 90-99.
- Pöllabauer, Sonja (2013). Community Interpreting. In: Chapell, Carol A. (Hg.) *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 1–7.
- Pöllabauer, Sonja (2017). Issues of terminology in public service interpreting. From affordability through psychotherapy to waiting lists. In: Antonini, Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda & Torresi, Ira (Hg.) *Non-professional Interpreting and Translation. State of the art and future of an emerging field of research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 131-155.
- Porzig, Walter (1993). *Das Wunder der Sprache. Probleme, Methoden und Ergebnisse der Sprachwissenschaft*. 9. Aufl. Tübingen & Basel: Francke.
- Poyatos, Fernando (2002). *Nonverbal Communication Across Disciplines*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Rásky, Éva; Ressi, Gerald & Anderwald, Christine (2003). Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: Pöllabauer, Sonja & Prun , Erich (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 107-126.
- Rehbein, Jochen (1994). Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation. *LiLi – Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik* 24 (93), 123-151.
- Rehbein, Jochen; Schmidt, Thomas; Meyer, Berndt; Watzke, Franziska; Herkenraht, Annette (2004). Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit – Folge B 56, Sonderforschungsbereich 538*.

- Roberts, Roda P. (1997). Community interpreting today and tomorrow. In: Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen & Steyn, Dini (Hg.), *The critical link: Interpreters in the community. Papers from the 1st International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1–4, 1995*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins, 7–26.
- Roelcke, Thorsten (1999). *Fachsprachen*. Berlin: Schmidt.
- Roter, Debra (2002). Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice. *Family Medicine* 34 (5), 390-393.
- Schmidt, Wilhelm (1969). Charakter und gesellschaftliche Bedeutung der Fachsprachen. *Sprachpflege* 18, 10-20.
- Steger, Florian (2018). *Medizinische Terminologie*. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Valero-Garcés, Carmen (2002). Interaction and conversational Constrictions in the Relationship between Suppliers of Services and Immigrant Users. *Pragmatics. Quarterly publication of the international pragmatics association* 12, 469-495.
- Valero-Garcés, Carmen (2005). Terminology and Ad hoc Interpreters in Public Services. An Empirical Study. *JoSTrans* 3, 75–96.
- Wadensjö, Cecilia (1992). *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, Cecilia (2002). The Double Role of a Dialogue Interpreter. In: Pöchhacker, Franz & Shlesinger, Miriam (Hg.). *The Interpreting Studies Reader*. London: Routledge, 355-370.
- Weiss, Regula & Stuker, Rahel (1999). Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen ... - Konzepte zur Übersetzungspraxis. *Sozial- und Privatmedizin* 44, 257-263.
- Wimmer, Rainer (1982). Wissenschaftliche Kommunikation und Alltagskommunikation im Lichte einer linguistisch begründeten Sprachkritik. In: Emert, Karl (Hg.) *Wissenschaft, Sprache, Gesellschaft. Über Kommunikationsprobleme zwischen Wissenschaft u. Öffentlichkeit u. Wege zu deren Überwindung*. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 15-32.

## **Anhang**

### **Abstract (Deutsch)**

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Untersuchung der von Dolmetschenden eingesetzten Strategien zur Wiedergabe von Fachbegriffen in der ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation mit besonderem Fokus auf die Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation. Zunächst wird im ersten Kapitel ein Einblick in die Fachsprache gegeben. Dieser Teil setzt sich mit der Entstehung und der Geschichte der Fachsprachen, den unterschiedlichen Definitionsversuchen von Fachsprache und die Abgrenzung von der Gemeinsprache auseinander. Anschließend werden die Hauptmerkmale der medizinischen Fachsprache kurz dargestellt. Im zweiten Kapitel der Arbeit werden die Besonderheiten des Dolmetschens im medizinischen Bereich beschrieben. Dabei stehen die Arzt/Ärztin-PatientIn-Asymmetrie und die Herausforderungen der DolmetscherInnen in diesem Kontext im Mittelpunkt. Das dritte Kapitel widmet sich der Fachsprache in der Translation. Es werden verschiedene Studien präsentiert, welche sich mit der Wiedergabe von Fachwörtern bei gedolmetschten ExpertInnen-LaiInnen-Gesprächen befassen. Ebenfalls werden die Dolmetschstrategien, welche für die Auswertung des empirischen Teils verwendet werden, vorgestellt. Der empirische Teil der vorliegenden Masterarbeit untersucht die Strategien für die Wiedergabe medizinischer Fachbegriffe im Rahmen der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräche. Die Untersuchung erfolgt anhand der teilnehmenden Beobachtung und die Videoaufnahme von zwei inszenierten Arzt-Patienten-Gesprächen. Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass sich die Dolmetscherin verschiedener Strategien bedient, um die vom Arzt und Patienten verwendeten Fachbegriffe wiederzugeben. Am häufigsten werden medizinische Fachausdrücke durch direkte Äquivalente übersetzt oder aus der Dolmetschung ausgelassen. Überdies gebraucht die Dolmetscherin auch unterschiedliche Begriffsumschreibungen bzw. -vereinfachungen. Dadurch erweisen sich die Äußerungen der Dolmetscherin als unpräziser und vager als die Originalaussagen. In diesem Zusammenhang stellt sich heraus, dass die vom Arzt gelieferten Erläuterungen der medizinischen Fachbegriffe für das Verständnis des Patienten zentral sind. Falls diese von der Dolmetscherin nicht wiedergegeben werden, kann der Patient die Äußerungen des Arztes nicht verstehen.

## **Abstract (English)**

The aim of this thesis is to investigate the strategies adopted by interpreters for translating specialist terminology in expert-lay communication, with a specific focus on doctor-patient encounters. The first chapter presents an overview of the history and the characteristics of special languages and how they differ from common language use. It also includes a brief description of the main features of medical terminology. The second chapter deals with healthcare interpreting and its specific characteristics. In this section, particular attention is paid to the asymmetry of doctor-patient relationships and the main challenges interpreters face in this kind of setting. The last chapter of the theoretical part presents studies dealing with the translation of specialist terminology in expert-lay encounters. The strategies outlined in these studies are then used in the empirical part of the thesis for investigating the strategies adopted by an interpreter for rendering medical terminology during a simulated lung exam. Data were collected through participant observation and video recordings of two simulated physician-patient encounters (first examination and follow-up) involving a lung specialist, a patient and a student interpreter. The outcome of the study demonstrates that the interpreter uses different strategies for translating medical terminology. The most common strategies were “direct equivalences” and “omissions”. The interpreter also tries to simplify or paraphrase medical terms used by both primary parties. Hence the interpreter’s renditions turn out to be less specific and more vague than the original utterances.