



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

**Terminologiemanagement für das Übersetzen von medizinischen
Fachtexten am Beispiel der Textsorte Arztbrief**

Verfasserin

Joanna Styka, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, April, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 060351331

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Fachübersetzen Deutsch Spanisch

Betreuerin / Betreuer: Univ.-Prof. Gerhard Budin

Meiner Familie und meinen Freunden

Inhaltsverzeichnis

0. EINLEITUNG	7
I. FACHSPRACHEN	9
1. DEFINITIONEN	9
2. FUNKTIONEN DER FACHSPRACHEN	12
3. EIGENSCHAFTEN DER FACHSPRACHEN	12
3.1. Deutlichkeit	13
3.2. Verständlichkeit	13
3.3. Ökonomie	13
3.4. Anonymität	14
3.5. Identitätsstiftung	14
4. FACHTERMINI	14
5. FACHTEXT	16
5.1. Syntaktische und stilistische Besonderheiten der Fachsprache	17
6. FACHÜBERSETZUNG	18
7. DER EINFLUSS DER FACHSPRACHE AUF DIE GEMEINSPRACHE	18
7.1. Fachexterne Kommunikation	20
7.1.1. Direkte Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien	20
7.1.2. Indirekte Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien	20
7.1.3. Massenmediale Kommunikationsform	21
II. FACHSPRACHE MEDIZIN	22
1. MEDIZIN ALS FACH	22
1.1. Kommunikationsstrukturen der medizinischen Sprache	22
1.1.1. Horizontale Gliederung	22
1.1.2. Vertikale Gliederung	23
1.1.2.1. Wissenschaftliche Sprache	23
1.1.2.2. Ärztliche Umgangssprache	24
1.1.2.3. Laienbezogene Sprache	24
2. FACHWORTSCHATZ DER MEDIZIN	25
2.1. Geschichte der medizinischen Fachsprache	25
2.2. Wortbildung	28
2.2.1. Wortstamm	29
2.2.2. Bindevokal und Bindeformen	29
2.2.3. Präfixe (Vorsilben)	30
2.2.4. Suffixe (Nachsilben)	30
2.3. Syntax	33
III. ARZTBRIEF	35
1. ARZTBRIEF - DEFINITION	36
2. AUFGABEN DES ARZTBRIEFES	37
3. MAKROSTRUKTUR IM ARZTBRIEF	39
3.1. Formalien	43
3.1.1. Anschrift des Absenders	43
3.1.2. Anschrift des Empfängers – Personalien	44
3.1.3. Anrede	45
3.1.4. Einleitung	45
3.1.5. Abschluss des Briefes	46
3.2. Anamnese im Arztbrief	46
3.2.1. Darstellung der Anamnese	48
3.3. Befund im Arztbrief	49
3.3.1. Still bei der Darstellung eines Befundes	50
3.4. Konsiliarbericht im Arztbrief	50
3.5. Diagnose im Arztbrief	51
3.5.1. Sicherheit der Diagnose	53
3.6. Beurteilung im Arztbrief	54
3.7. Therapie, Therapieverschlagn im Arztbrief	55

3.8. Prognose im Arztbrief.....	55
4. PERSÖNLICHKEIT DER BZW. DES KRANKEN IM ARZTBRIEF	56
5. STILL IM ARZTBRIEF	57
6. EL INFORME DE ALTA MÉDICA – ARZTBRIEF IN SPANIEN	60
IV. TERMINOLOGIE.....	63
1. GRUNDBEGRIFFE DER TERMINOLOGIE	63
1.1. Terminologie	63
1.2. Terminus	63
1.2.1. Begriff	63
1.2.1.1. Individualbegriff	65
1.2.1.2. Allgemeinbegriff	65
1.2.2. Begriffssysteme, Begriffsbeziehungen	66
1.2.3. Merkmal	66
1.2.3.1. Einteilung der Merkmale	67
1.2.4. Benennung	67
1.3. Definition	68
1.3.1. Definitionsarten (Inhalts-, Umfangs- und Bestandsdefinitionen)	69
1.3.2. Anforderungen an Definitionen	70
2. PRAKTISCHE TERMINOLOGIEARBEIT	71
2.1. Terminologearbeit	71
2.2. Terminologische Vorarbeit	72
2.3. Systematische Bearbeitung von Terminologien	73
V. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DAS GLOSSAR	77
VI. GLOSSAR.....	80
BEGRIFFSLISTE	92
BIBLIOGRAPHIE	93
GLOSSAR.....	97
TABELLENVERZEICHNIS.....	100
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	101
ANHANG 1	102
ZUSAMMENFASSUNG	107
LEBENS LAUF	109

0. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit der Textsorte Arztbrief im deutschen und spanischen Sprachraum aus terminologischer Sicht auseinander. Das Ziel ist die Erstellung eines einheitlichen Glossars, in dem Termini von einem zu übersetzen beauftragten Arztbrief in der deutschen und spanischer Sprache bearbeitet werden sollen. Dabei soll der Terminologierechercheprozess dargestellt werden. Darüber hinaus bezweckt die Anfertigung des Glossars, den Übersetzungsprozess des medizinischen Fachtextes zu erleichtern, sowie eine hohe Qualität des übersetzten Textes zu gewährleisten, worauf aber in der vorliegenden Masterarbeit nicht eingegangen wird.

Es ist anzumerken, dass sich die Verfasserin vorliegender Arbeit nur auf einen Arztbrief konzentriert, der ihr dank der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, in dem der Text verfasst wurde, und der Einwilligung des Patienten, dessen Fall im erwähnten Arztbrief beschrieben wurde, zur Verfügung stand. Der ausgewählte Arztbrief ist lediglich ein Beispiel, anhand dessen das translatorische Handeln dieser Art Textsorte fokussiert auf praktische Terminologearbeit veranschaulicht wird.

Der Arztbrief wurde in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt – Rehabilitationszentrum Meidling, Wien angefertigt. So bezieht sich der erarbeitete Fachwortschatz auf Unfallchirurgie und ihr verwandte Disziplinen. Die bearbeitete Terminologie wird ins Spanische Spaniens übersetzt und es werden keine lateinamerikanischen Synonyme bzw. als solche im Glossar angegeben. Diese Anmerkung gilt auch für das Kapitel Arztbrief, Unterkapitel El informe de alta médica - Arztbrief in Spanien, in dem die erwähnte Textsorte in Bezug auf die in Spanien gültigen Textsortenkonventionen beschrieben wird.

Das Hauptaugenmerk des ersten Kapitels soll auf den Begriff Fachsprachen gelegt werden, denn die Textsorte Arztbrief wird von MedizinerInnen verfasst und damit stellt der Arztbrief einen wesentlichen Teil der medizinischen Fachkommunikation dar. Um die Funktionsweise dieser Art Kommunikation zu verstehen, werden an erster Stelle verschiedene Definitionen von Fachsprachen zusammengestellt und verglichen. Darüber hinaus soll auf die Funktionen und Eigenschaften der Fachsprachen eingegangen werden. Im anschließenden Teil dieses Kapitels soll dem Begriff Fachsprache der Begriff Gemeinsprache gegenübergestellt werden und somit ein Versuch vorgenommen werden, den Einfluss der Fachsprachen auf die alltägliche Kommunikation zu

veranschaulichen.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit der medizinischen Fachsprache und ihren Besonderheiten. Zuerst sollen die Kommunikationsstrukturen der medizinischen Sprache dargestellt werden. Dabei richtet sich der Fokus auf die vertikale Gliederung, in der 3 Arten der medizinischen Fachsprache unterschieden werden: 1) Wissenschaftssprache, 2) fachliche Umgangssprache und 3) laienbezogene Sprache. Den Kern dieses Kapitels soll jedoch der Fachwortschatz der Medizin darstellen. Als Einführung zu diesem Teil kommt eine kurze Darstellung der Geschichte der medizinischen Fachsprache und danach soll auf die Wortbildung, die vor allem vom Lateinischen und Griechischen stark geprägt wurde, sowie auf den Syntax eingegangen werden.

Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit der Textsorte Arztbrief. In diesem Teil der vorliegenden Arbeit wird zuerst auf den Arztbrief im deutschen Sprachraum eingegangen. Es sollen seine Definitionen sowie Funktionen dargestellt werden. Darüber hinaus wird ausführlich die Makro- und Mikrostruktur dieser Textsorte besprochen. Danach kommt eine kurze Beschreibung des Arztbriefes in Spanien, die bezweckt, Textsortenkonventionen für einen in Spanien angefertigten Arztbrief zu veranschaulichen. Im Anschluss wird ein Versuch vorgenommen, den Arztbrief im deutschen und im spanischen Sprachraum zu vergleichen.

Im letzten theoretischen Kapitel sollen Überlegungen zur Terminologiewissenschaft gezeigt werden. In erster Linie sollen ihre wichtigsten Begriffe angelegt werden. Danach soll auf die praktische Terminologiearbeit eingegangen werden, die den Kern der vorliegenden Masterarbeit darstellen soll.

Die aus dem theoretischen Teil gezogenen Schlussfolgerungen sollen die Einleitung für das erarbeitete Glossar darstellen, das die Arbeit abrundet. Bei der Erstellung des Glossars soll das im Kapitel Terminologie besprochene Muster von Arntz/Picht/Mayer angewandt werden.

I. Fachsprachen

1. Definitionen

Was ist eigentlich eine Fachsprache? Dieser Begriff kommt jedem bzw. jeder so bekannt vor, dass wir uns nicht die Mühe geben, darüber nachzudenken. Mit dieser Frage setzen sich WissenschaftlerInnen schon seit langer Zeit auseinander. Leider erfolglos. Denn der Terminus Fachsprache „wurde eigentlich noch nicht genau definiert“, so Kahlverkämper (vgl. 1998: 1). Es könnte damit im Zusammenhang stehen, dass ihm normalerweise der Begriff Gemeinsprache gegenübergestellt worden wäre, der ebenso wenig definierbar sei. Trotzdem wurden zahlreiche Proben unternommen, den Begriff Fachsprache zu definieren.

Hoffmann (1985: 53) definiert die Fachsprache folgend:

„Fachsprache 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.“

Auf der Webseite www.duden.de wird die Fachsprache hingegen nur als „*Sprache, die sich vor allem durch Fachausdrücke von der Gemeinsprache unterscheidet*“¹ bezeichnet. Aus dieser Definition folgert, dass die Terminologie eine Fachsprache ausmacht. Es ist anscheinend das Einzige, was eine Fachsprache charakterisiert.

Eine detailliertere Definition stellen Möhn/Pelka (1984: 26) vor. Für sie erscheint die Fachsprache heute:

„(...) eine Variante der Gesamtsprache, die der Erkenntnis und begrifflichen Bestimmung fachspezifischer Gegenstände sowie der Verständigung über sie dient und damit den spezifischen kommunikativen Bedürfnissen im Fach allgemein Rechnung trägt. Fachsprache ist primär an Fachleute gebunden, doch können an ihr auch fachlich interessierte teilhaben. Entsprechend der Vielzahl der Fächer, die man mehr oder weniger exakt unterscheiden kann, ist die Variante 'Fachsprache' in zahlreichen mehr oder weniger exakt abgrenzbaren Erscheinungsformen realisiert, die als Fachsprachen bezeichnet sind. Je nach fachlich bestimmter Situation werden sie schriftlich oder mündlich gebraucht, sowohl innerhalb der Fächer (fachintern) als auch zwischen den Fächern (interfachlich).“

¹ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Fachsprache>

Schmidt (vgl. Fluck, 1985: 14, zit. nach Schmidt) definiert sie folgend:

„Fachsprache ist das 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.“

Die Idee der Fachsprache als Berufssprache steht auch im Mittelpunkt der Betrachtungen von Lewandowski (vgl. Lewandowski, 1976: 371f.): *„[Fachsprachen], auch Berufssprachen. Sprachen der fachlichen bzw. beruflichen Spezialisierung, die sich gegenüber der Umgangssprache oder Standardsprache weniger durch grammatische, syntaktische oder ähnliche Differenzierungen auszeichnen, sondern eher durch einen speziellen Wortschatz, der den Erfordernissen der Praxis dient, indem mit seiner Hilfe Gegenstände, Verhältnisse und Vorgänge in jeweiligen Fach- und Sachgebiet erfasst und kommuniziert werden können (Fischer, Jäger, Zimmerleute, Bergleute, Drucker, Dreher, Mediziner usw.).“*

Roelke (2010: 16) hingegen sieht die Fachsprache als *„Varietät einer Einzelsprache, die sich von deren anderen Varietäten mehr oder weniger deutlich unterscheidet“*. Eine Varietät wird dabei als ein sprachliches System verstanden. Es ist einer bestimmten Einzelsprache untergeordnet und wird durch bestimmte inner- und außersprachliche Merkmale von den anderen Varietäten abgegrenzt (vgl. Roelke, 2010: 16). Roelke weist auf *„Laut, Schrift, Lexik, Syntax und Text“* (vgl. Roelke, 2010: 16) als die innersprachlichen Merkmale hin, hingegen werden *„der landschaftliche Raum, die gesellschaftliche Gruppe, der menschliche Tätigkeitsbereich sowie die geschichtliche Periode“* für außersprachlichen Merkmale gehalten (Roelke, 2010: 16). Jede Varietät, die aus oben genannten außersprachlichen Merkmalen entsteht, muss nach Roelke (2010: 16) regionale, soziale, funktionale sowie historische Bedingungen erfüllen. Für Roelke (2010: 16) ist jedoch das Funktionale und Soziale von größter Bedeutung in Bezug auf Fachsprachen.

Aus den oben erwähnten Definitionen ergibt sich, dass die Fachsprachen unterschiedlich definiert werden. Sie spielen eine große Rolle in der heutigen Welt, die auf die Wissensvermittlung und -entwicklung eingestellt ist, denn sie ermöglichen die Kommunikation zwischen Fachleuten und/oder daran interessierten sowie gebildeten Laien und somit kann das Wissen weitergegeben werden. Der Begriff Fachsprache wird manchmal dem Begriff Fachwortschatz gleichgestellt, und nur als Terminologie, die die syntaktischen Strukturen der Gemeinsprache übernimmt, verstanden. Die Fachsprachen sind eine Variante der Gesamtsprache, die der Gemeinsprache gegenübergestellt werden. Trotz dieser Tatsache, kommen in der Fachsprache Elemente aus der Gemeinsprache vor.

Fachsprachen, die häufig auf ein Beruf hinweisen können, werden sowohl schriftlich als auch mündlich gebraucht.

Die Fachsprachen entstanden aus der Gemeinsprache. Stolze (2009: 43) vergleicht die Gemeinsprache mit einer Wurzel, aus der die Fachsprachen hervorgehen, um diese Abhängigkeit zu veranschaulichen. Die Gemeinsprache wird als „eine usuelle und präskribierte Varietät, die in einer Sprachgemeinschaft überregional und transsozial als allgemeines Verständigungsmedium dient“ verstanden (Stolze, 2009: 43). Laut Hoffmann (1985: 48) kann die Gemeinsprache auch als Muttersprache, Umgangssprache, Nationalsprache, Landessprache, Allgemeinsprache usw. bezeichnet werden. Das charakteristische Merkmal der Fachsprache ist ihr Wortschatz, der viel reicher ist als der der Gemeinsprache. Der ständige Fortschritt der Wissenschaften führt zur Vermehrung des Fachwortschatzes, indem neue Sachverhalte entstehen, die benannt werden müssen. So veralten die Fachlexika und ihren Platz nehmen die neuen Fachtermini. (vgl. Stolze, 2009: 43)

Die Kommunikation in der Gesellschaft wird mittels Alltagssprache versichert. Stolze (2009: 42) weist darauf hin, dass die Fachsprache die Fachkommunikation ermöglicht, wodurch das Fachwissen repräsentiert wird. Eine Fachsprache definiert, ordnet und klassifiziert die Realität, die eine Wissenschaft charakterisiert. Die genannte Kommunikation ermöglicht den weiteren Aus- und Aufbau des Fachwissens. Das Ziel dieser Kommunikation ist die Gewinnung der Erkenntnis des jeweiligen Sachverhalts oder Gegenstands, um danach von diesen Ergebnissen zu berichten. (vgl. Stolze, 2009: 42)

Möhn/Pelka (vgl. 1984: 26) behaupten, dass die Fachsprachen grundsätzlich der Öffentlichkeit zugänglich sind, jedoch ihr Verstehen von den fachlich bestimmten Situationen abhängt. Die Fachsprachen seien auch überregional. Nun die Tatsache, dass bestimmte Fächer nicht in allen Regionen vorkommen, verursacht ihre Einschränkung. Sie charakterisieren sich durch einen hohen Grad an Normhaftigkeit, vor allem in der Lexik und/oder Textstruktur. (vgl. Möhn/Pelka, 1984: 26)

Fachsprachen, so Fluck (1984: 11), werden oft synonym als Arbeitssprachen, Berufssprachen, Gruppensprachen, Sekundärsprachen, Sondersprachen, Standessprachen oder Teilsprachen bezeichnet. Fluck (1984: 11) ist der Meinung, dass sie als ihre Synonyme betrachtet werden können, indem „die bezeichnete Sache sich auf bestimmte Sachgruppe beschränkt, von der Gemeinsprache isoliert oder einfach ausgesondert“ ist. Sie soll auch ein eigenes Sprachsystem

bilden.

Spezielle Fachtermini (Lexeme), Abbildungen, bestimmte sprachlich-stilistische Besonderheiten (Syntagmen, Sätze, Textsorten) sind charakteristische Merkmale der Fachsprachen, die bei der Übersetzung eine entscheidende Rolle spielen. (vgl. Stolze: 2009: 46)

2. Funktionen der Fachsprachen

Schon die oben aufgeführten Definitionen weisen auf viele Funktionen der Fachsprachen hin. Die wichtigste von ihnen ist es, dass die Fachsprachen die Kommunikation zwischen Fachleuten ermöglichen (vgl. Hoffmann, 1985: 53). Damit tragen sie zur Entwicklung des Wissensbereichs und zum Fortschritt in der Forschung bei. Sie informieren präzise, kontextfrei und eindeutig von den behandelnden Inhalten (vgl. Fluck, 1984: 12f, 47, Roelcke, 2010: 24ff). Die Fachsprachen haben auch die Aufgabe, „identitätsstiftend“ für die Mitglieder einer Fachgruppe zu wirken (vgl. Becker/Hundt, 1998: 120).

Die Fachsprachen haben aber vor allem die Aufgabe, „Erkenntnisse festzuhalten und zu übermitteln“ (Fluck, 1984: 34). Darauf weisen auch Möhn/Pelka (1984: 26) hin, indem sie behaupten, dass die Fachsprachen „Erkenntnisse und begriffliche Bestimmung der fachlichen Gegenstände“ gewährleisten.

Laut Rinke (2010) bestimmt die Fachsprache ein gegenseitiges Verhältnis innerhalb sozialer Gruppen zwischen Sprechen und Handeln (Denken)². Die Fachsprache ist doch eine adressatenorientierte Sprache.

Es ist auch interessant, dass die Fachsprachen eine manipulierende Funktion erfüllen können. Selbstverständlich wird das nicht in allen Fachbereichen vorkommen, jedoch kann eine geschickte Verwendung von Fachtermini, z.B. in der politischen Sprache, eine gesellschaftliche Steuerung erzielen. (vgl. Fluck, 1984: 43)

3. Eigenschaften der Fachsprachen

Charakteristisch für die Fachsprachen sind etliche **funktionale Eigenschaften**, die eng mit der Darstellungsfunktion einer Sprache, d.h. mit ihrer Informationsfunktion, verbunden sind (vgl. Roelcke, 2010: 24). Laut Roelcke (2010: 24ff) werden folgende funktionalen Eigenschaften der

² http://www.ipn.uni-kiel.de/zfdn/pdf/16_Rinke.pdf

Fachsprachen unterschieden: Deutlichkeit, Verständlichkeit, Ökonomie, Anonymität und Identitätsstiftung.

3.1. Deutlichkeit

Die Darstellungsfunktion der Fachsprachen wird dadurch ausgeübt, dass die Deutlichkeit „einen möglichst adäquaten Bezug zu fachlichen Gegenständen und Sachverhalten sowie Abläufen und Verfahren herstellt“ (Roelcke, 2010: 25). Die Deutlichkeit, die von v. Hahn (1998: 384) auch als Präzise bezeichnet wurde, kann nur dann erschafft werden, wenn alle unpräzise, d.h. vage Ausdrücke entfernt werden (vgl. v. Hahn, 1998: 384).

3.2. Verständlichkeit

Verständlichkeit wurde nach der Deutlichkeit für eine der wichtigsten Eigenschaften der Fachsprachen gehalten. Sie unterstützt die Darstellungsfunktion. Dank der Verständlichkeit kann der Bezug zu dem betreffenden Kenntnisbereich für den Rezipienten adäquat hergestellt werden. (vgl. Roelcke, 2010: 25) Die Verständlichkeit ist häufig, besonders in der geschriebenen Sprache, mit der Einbettung von Explizierungen verbunden. Damit der Text verständlich wird, müssen alle textuellen Kontextbindungen expliziert werden. Dies hat aber den Nachteil, dass die Texte länger, verwickelt und gespickt von Redundanz werden. (vgl. v. Hahn, 1998: 383)

Biere (1998: 402) weist auf vier Dimensionen der Verständlichkeit hin: Einfachheit, Kürze – Prägnanz, Ordnung – Gliederung, stimulierende Zusätze.

3.3. Ökonomie

Die Ökonomie in der Darstellungsfunktion einer Fachsprache äußert sich „im Hinblick auf den bestehenden sprachlichen Aufwand, der bei fachlicher Kommunikation erforderlich ist. Entweder wird bei einem bestimmten sprachlichen Einsatz eine maximale fachliche Darstellung erzielt, oder eine bestimmte fachliche Darstellung durch einen minimalen sprachlichen Einsatz erfolgt“ (Roelcke, 2010: 26). Wenn ein Begriff häufig benutzt wird, kommt es dazu, dass er im Laufe der Zeit verkürzt wird, so Zipf (in: Fijas, 1998: 390). In der Fachkommunikation sind die Gerundial- und Partizipialkonstruktionen, sowie die Adjektiv- und Infinitivkonstruktionen Ausdruck der Ökonomie (vgl. Fijas, 1998: 393).

3.4. Anonymität

Sie „besteht in einer Zurücknahme der sprachlichen Kennzeichnung des fachlichen Textproduzenten und dient damit der fachsprachlichen Darstellung insofern, dass der Bezug zu den fachlichen Gegenständen und Sachverhalten sowie Abläufen und Verfahren weitgehend unmittelbar hergestellt und nicht durch die Einschaltung des Produzenten selbst verstellt wird“ (Roelcke, 2010: 26). Bei der Anonymität handelt es sich um die Fokussierung der Aussage auf das Objekt, was normalerweise „wissenschaftliche oder technische Sachverhalte oder Handlungen“ sind (vgl. Oksaar, 1998: 397). Ihre Funktion ist es, den Wahrheitsgrad, die Objektivität sowie die fachbezogene Allgemeingültigkeit des Gesagten bzw. des Geschriebenen zu verstärken (vgl. Oksaar, 1998: 397). Auf der lexikalischen Ebene kommt es zur Substitution des Aktor/Aktoren- Ich. Diese Form wird durch Ausdrücke der dritten Person oder der ersten Person Plural, sowie unpersönliche Pronomina ersetzt, hebt Oksaar (1998: 398) hervor. Hingegen auf der morphosyntaktischen Ebene wird die Anonymität durch Verwendung von Passiv und von verschiedenen Passivumschreibungen, von Adjektivbildungen mit -bar, -sam, -lich, von Nominalisierungen sowie von verbfreien Sätzen markiert (vgl. Oksaar, 1998: 378).

3.5. Identitätsstiftung

Fachsprachen sind Gruppensprachen, so Roelcke (2010: 27). Die Angehöriger einer Gruppe können über die Fachsprache bestimmen, die für sie ein Kommunikationsmittel über bestimmte Kenntnisbereiche ist. Es ist dann sinnvoll, wenn nicht nur die bestimmende Gruppe den Gebrauch der Sprache und ihrer Varietäten begründen kann, sondern auch die Laien ihn identifizieren können. (vgl. Roelcke, 2010: 27)

4. Fachtermini

Laut Karl-Dieter Bünting und Detlef C. Kochan (1975: 70) sollen die Fachtermini fachlich definierte Begriffe benennen. Mit einem Fachwort kann nur auf ein bestimmtes Vorkommen, einen definierten Sachverhalt verwiesen werden (vgl. Bünting/Kochan, 1975: 72). Bei der Benennung ist es besonders von Bedeutung, dass der „Begriffsname“ möglichst „treffend“ ist. Dadurch verstehen die Autoren, dass der Begriffsname mit dem Begriffsinhalt sofort assoziiert wird oder zumindest daran erinnern soll. Dabei ist es auch wichtig, dass der Begriffsname für alle Mitglieder der Gruppe

in gleichem Maße auf den Begriffsinhalt hinweist. Daher soll der Begriffsname in verschiedenen Sprachen entweder ähnlich oder gleich sein, damit die Kommunikation zwischen Fachkräften möglich wäre. In der europäischen Kultur wird bei der Benennung auf das Griechische und Lateinische zurückgegriffen. Besonders in der Biologie (Tier-, Pflanzennamen) oder Medizin (Krankheiten) sind die Einflüsse der griechischen und lateinischen Sprachen zu sehen, in denen griechische und lateinische Wörter direkt übernommen wurden. In anderen wissenschaftlichen Bereichen kommen Lehnwörter häufiger vor. Da die Fachtermini im Laufe der Zeit kaum einer Änderung unterlagen sind, brauchen sie nicht übersetzt werden. Sie werden in Fachkreisen verstanden. Auf diese Art und Weise erfüllen sie die gedächtnisstützende Funktion. Eine andere Aufgabe der Fachtermini ist es, dass es bei dem Gebrauch fremder (internationaler) Begriffe keine Konnotationen mit den Wörtern aus der Muttersprache entstehen, die metaphorisch oder einfach falsch verstanden werden könnten. „Der Aussagewert der Terminus ist auf die wissenschaftliche bzw. fachliche Definition begrenzt und festgelegt“ (Bünting/Kochan, 1975:70). Daher sollen die muttersprachlichen Nebenbedeutungen keinen Einfluss auf das Verständnis ausüben. (vgl. Bünting/Kochan, 1975:70)

Im Gegensatz zu dem gemeinsprachlichen Wort ist der Fachbegriff eindeutig und kann nicht vieldeutig gebraucht werden. Mit dem Fachwort kann nicht auf verschiedene, häufig ähnliche Inhalte verwiesen werden. Es bezeichnet nur einen Sachverhalt. (Bünting/Kochan, 1975: 72)

Um das zu veranschaulichen, wird das Wort „Satz“ genommen, wie in dem Beispiel von Bünting/Kochan (1975: 72f). In der Gemeinsprache wird der „Satz“ eher idiomatisch verwendet, wie in den Beispielen: „Sag ein paar Sätze“ oder „Lass mir den Satz zu Ende reden“. In diesem Fall ist der „Satz“ als „Redeeinheit“ verstanden. Eine ganz andere Bedeutung hat das Wort „Satz“ in der Musik, z.B. Satz in einer Sonate, Choralsatz. Auch im handwerklichen Bereich ist die Bedeutung des „Satzes“ den anderen nicht gleich. Im ersten ist es ein Bedeutungsaspekt gemeint, im zweiten eine Einheit, die aus zusammengehörigen Teilen zusammengesetzt ist. (vgl. Bünting/Kochan, 1975: 72f) Um die Bedeutung des Worts „Satz“ zu entziffern, müssen „die konkrete Situationen, Sprechakte, konkrete Bezüge“ in Rücksicht genommen werden (Bünting/Kochan, 1975: 72f).

Als grammatischer Terminus, d.h. als Fachwort muss der „Satz“ konkret definiert werden, damit seine Bedeutung sowie der Begriffsinhalt eindeutig sind (vgl. Bünting/Kochan, 1975: 73).

Charakteristisch für das Fachvokabular sind: substantivierte Infinitive (das Messen), Adjektive auf -bar, -los, -reich, -arm, -fest, Adjektive mit Präfix (antistatisch, nicht magnetisierbar), mehrgliedrige Komposita (Geradsichtprisma), Komposita mit Ziffern, Buchstaben oder

Sonderzeichen (Alphadetektor, 47-Ohm-Widerstand, U-Rohr), Mehrwortkomplexe (Differenzverstärker mit hochohmigem Eingangswiderstand), Wortbildungen mit Eigennamen (Boltzmannverteilung), Wortbildungen von fachspezifischen Akronymen (CND-Zyklus). (vgl. Bünting/Kochan, 1975: 73)

5. Fachtext

Als Fachtext wird nach Hoffmann (1998: 195) „eine thematisch relativ geschlossene, strukturierte und in sich kohärente, komplexe sprachliche Einheit verstanden“. Hoffmann (1998: 196), in Anlehnung an Beaugrande/Dressler, weist auf sieben Standardkriterien hin, die einen Fachtext charakterisieren: Kohäsion, Kohärenz, Intentionalität, Akzeptabilität, Informativität, Situationalität sowie Intertextualität. Der Fachtext kann „zur Lösung fachspezifischer Kommunikationsaufgaben beitragen“. (vgl. Hoffmann, 1998: 196)

Im Fachtext kommen gemeinsam gemeinsprachliche und fachsprachliche Elemente vor. Dies wird als eine bipolare Relation bezeichnet (vgl. Stolze, 2009: 45). Stolze (2009: 45) meint, die beiden Elemente „befinden sich wechselseitig im dynamischen Austausch“. Sie weist auch darauf hin, dass es neben der Koexistenz von Varietäten auch eine Koexistenz verschiedener Ebenen in einem Fachtext gibt. Die Fachtexte sollen nach Sprachbeschreibungsebenen analysiert und beschrieben werden. Die sprachsystematische Funktionsebenen sind (vgl. Stolze, 2009: 45):

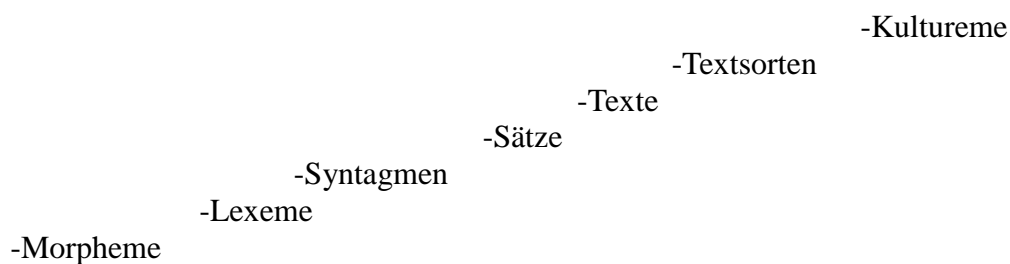


Abbildung 1 (Quelle: Stolze, 2009: 45)

Diese sprachsystematischen Funktionsebenen in ihren Beziehungen bilden Rahmen, in dem die Bedingungen fachsprachlicher Kommunikation erstellt werden sollen (vgl. Kalverkämper, 1998: 38f).

Bei einem Fachtext ist die Genauigkeit des Inhalts das Wichtigste. Sie wird durch seine Makrostruktur, d.h. Gliederung in Teiltexthe, durch Kohärenzbeziehungen zwischen seinen Bestandteilen sowie durch den Bestand an lexikalischen, syntaktischen, morphologischen und graphisch/phonetischen Einheiten ausgedrückt. (vgl. Hoffmann, 1998: 196)

Zu den **textexternen Faktoren** gehören: KommunikationspartnerIn (er bzw. sie kann ein Fachmann, ein bzw. eine Laie sein sowie die Kommunikation kann lediglich zwischen den Fachleuten stattfinden), Kommunikationsintention/Textfunktion (Informieren/Description oder Aktivieren/Instruktion), Kommunikationssituation (z.B. übergeordnete Tätigkeit, Medium), Kommunikationsgegenstand (Fachgebiet, Objektklasse). (vgl. Hoffmann, 1998: 196)

Hingegen werden folgende Merkmale zu den **textinternen Merkmalen** gezählt: die Makrostruktur, d.h. Abfolge und Hierarchie der Teiltexthe, syntaktische, pragmatische und semantische Kohärenz, die syntaktischen Phänomene auf der Satz- und Teilsatzebene (Satzart, Satztyp; Satzgliederung; Komplexität der Satzglieder), die Lexik (Herkunft, Typen von Wortbildung), die grammatischen Kategorien von Verb und Substantiv (Modus, Genus, Tempus, Person, Numerus, Kasus), die Stilfiguren (Anapher, Ellipse, Metapher), die metakommunikativen Mittel (Tabellen, Diagramme, Faksimiles), die künstlichen Zeichen (Symbole, Formeln). (vgl. Hoffmann, 1998: 196)

Mit Berücksichtigung seiner textexternen sowie -internen Merkmale ist ein Fachtext ein „Instrument bzw. Resultat“ ausgeübten sprachlich-kommunikativen Tätigkeit, die im Zusammenhang mit einer spezialisierten gesellschaftlich-produktiven Tätigkeit entstanden ist (vgl. Hoffmann, 1998: 195). Bei Entstehung eines Fachtextes ist sein Autor bzw. seine Autorin der entscheidendste Faktor. Mit dem Text will er bzw. sie seine Kommunikationsabsicht erfüllen, deswegen unternimmt er bzw. sie eine Kommunikationsstrategie. Genauso wichtige Rolle spielt der Adressat bzw. die Adressatin dieser Kommunikationssituation. Er bzw. sie hat gewisse Erwartungen, was den Fachtext und die in ihm enthaltene Mitteilung angeht. Die beiden PartnerInnen stehen in unterschiedlichen Positionen zu dem Fachtext, trotzdem soll ihr Verhältnis zu ihm gleichgerecht werden. (vgl. Hoffmann, 1998: 196)

5.1. Syntaktische und stilistische Besonderheiten der Fachsprache

Sowohl der Syntax als auch die stilistischen Mittel, die in einem Fachtext vorkommen, sind auch für die Gemeinsprache nicht fremd. Sie werden aber in einer alltäglichen Kommunikationssituation aufgrund ihrer anderen Funktion eher vermieden oder nicht so häufig verwendet. Zu diesen Mitteln, die dem Fachtext eigen sind, gehören: Funktionsverbgefüge (z.B. Anwendung finden), Nominalisierungsgruppen (die Ermittlung der Wertpapiere), Satzglieder statt Gliedsätzen (nach

Durchführung der Messung), komplexe Attribute statt Attributsätze³.

6. Fachübersetzung

Vom Fachübersetzen ist es erst dann die Rede, wenn eine Kommunikation (mündlich oder schriftlich) zwischen Fachleuten aus verschiedenen Ländern stattfinden soll, die sich wegen ihrer Sprach- und Kulturbarrieren nicht verständigen können. Das Fachübersetzen soll die vorgekommenen Hindernisse überwinden und dadurch den Prozess der Kommunikation ermöglichen und gewährleisten. Zur Fachkommunikation, d.h. „einem Sprechen im und über das Fach“ (Stolze, 2009: 23) kommt immer dann, wenn „Wissenschaftler sich international austauschen, Firmenvertreter im weltweiten Handel tätig sind, Menschen ein Recht in einem anderen Land begründen und Ausländer sich integrieren möchten“ (Stolze, 2009: 25). Das Hauptanliegen der FachübersetzerInnen ist es, die Fachtexte richtig zu verstehen, um sie funktionsgerecht für die entsprechende Zielgruppe in ihre Sprache zu übersetzen. So müssen sich die ÜbersetzerInnen mit der Frage auseinandersetzen, wie man mit einem Fachtext umgehen soll, damit diese Aufgabe erfüllt wird. Wichtig ist es auch zu wissen, wie begründe ich alle meinen Sprachentscheidungen, die der übersetzte Text beinhaltet. (vgl. Stolze, 2009: 23ff)

7. Der Einfluss der Fachsprache auf die Gemeinsprache

Der Einfluss der Fachsprache auf die Gemeinsprache ist unbestritten. Dies spiegelt sich in ihrem lexikalischen und syntaktischen Bereich. Heute ist die Verwendung von fachsprachlichen Ausdrücken, z.B. aus dem technischen Bereich, ein Zeichen der Modernität und weist darauf hin, dass sich der bzw. die Sprechende mit dem Bereich auskennt und dessen Sprache ihm bzw. ihr vertraut ist. So kommen die Fremdwörter, Zusammensetzungen, sowie gestelzte amtsstilartige Formulierungen immer häufiger in der öffentlichen Rede vor, so Stolze (2009: 48). Dies aber kann zu einer „Kommunikationshindernis“ führen, wenn der verwendete Wortschatz nicht jeden DiskussionsteilnehmerIn geläufig ist. (vgl. Stolze, 2009: 48)

Bei der Verbreitung und Popularisierung des Fachwortschatzes spielen die Massenmedien, die Werbung, Fach- und Sachliteratur eine entscheidende Rolle. Die Fachtermini aus solchen Bereichen wie Technik, Politik, Wissenschaft, Arbeit, Wirtschaft werden vermehrt, was zur

³ http://www.ipn.uni-kiel.de/zfdn/pdf/16_Rincke.pdf

Entwicklung der gemeinsprachlichen Lexik beiträgt. Fluck (1984: 42) weist darauf hin, dass der fachliche Wortschatz, den die Massenmedien vermitteln, zur „Übersättigung“ führen kann. Die Termini von solchen Bereichen wie z.B. Kernenergie, Psychoanalyse oder Preisindex werden normalerweise im Alltag kaum benützt, so wird der aneignete Wortschatz passiv. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass das aneignete Fachwort im Moment der Benutzung „ungenau oder falsch“ gebraucht wird, denn der Laie bzw. die Laie damit nicht ausreichend oder gar nicht vertraut war (vgl. Fluck, 1984: 42). Stolze (2009: 49) unterscheidet zwei Gründe dieser Übernahme von Fachtermini: erstens wird diese Verwendung von Fachausdrücken in der Gemeinsprache als modern angesehen, zweitens existieren in der Gemeinsprache noch keine anderen Bezeichnungen für solche Inhalte. Er weist auch darauf hin, dass die Fachtermini nicht selten in der Gemeinsprache metaphorisch gebraucht werden und dadurch nicht mehr mit ihrer ursprünglichen Bedeutung zu tun haben. Stolze (2009: 49) behilft sich den folgenden Beispielen zum Veranschaulichen seiner Behauptung: *die gleichen Wellenlänge haben, entgleisen, eine Hürde nehmen, einen Kurzschluss auslösen*. Solche Erscheinung führt zur Bereicherung des Wortschatzes der Gemeinsprache. (vgl. Stolze, 2009: 49)

Andererseits zeigt Stolze (2009: 49) auf eine andere Rolle der Fachsprachen, die zur Entmenschlichung der Sprache führen soll. Bei solchen Ausdrücken wie: Erdbebenopfer, Abgabepflichtige oder Verkehrsteilnehmer wird nur auf die Rolle der beschriebenen Menschen hingewiesen, obwohl selbst der Mensch gemeint ist.

Der Einfluss der Fachsprache auf die Gemeinsprache kommt zum Ausdruck durch eine generelle Substantivierungstendenz, so Stolze (2009: 49). Auch in der Gemeinsprache werden die Inhalte präzise und knapp übermittelt, deswegen ist die Verwendung des Nominalstils unabdingbar. Besonders in der Sprache der Politiker ist diese Tendenz zu erkennen, z.B.: *Vorziehen der Steuerreform, Beibehaltung oder Deckelung der Ausgaben etc.* (vgl. Stolze, 2009: 49)

Zu den anderen Merkmalen der Beeinflussung der Gemeinsprache von der Fachsprache gehört die Verwendung von Funktionsverbgefügen (zum Ausdruck kommen, einen Beschluss fassen), von satzsparenden Zusammensetzungen (gesellschaftsrelevant), ausgiebigem Präfixgebrauch ab-, an-, be-, ver- usw. (abkassieren, verwenden, belüften), werblichen Neubildungen auf -e (die Frische, die Leuchte, die Spüle) (vgl. Stolze, 2009: 49). Auch der Gebrauch von Fremdwörtern wie Hifi, Live-Sendung, Investmentzertifikat ist immer häufiger (vgl. Lorenz, 2007: 12). Laut Stolze führen die genannten Merkmale zur Intellektualisierung der Gemeinsprache. Durch die Vermehrung des fachlichen Wortschatzes steigt das Wissensniveau in der

Gesellschaft, die intellektuelle Seite der Sprache wird gefördert und das Emotionelle verliert demzufolge an Bedeutung. Der Vorteil der Verbreitung von den fachlichen Ausdrücken ist die Möglichkeit, die Kompliziertheit und den Zusammenhang des Denkens auszudrücken⁴.

7.1. Fachexterne Kommunikation

Wie bereits erwähnt, übt die Fachsprache einen großen Einfluss auf die Alltagssprache aus. Dies spiegelt sich, laut Möhn/Pelka (1984: 150f), in der alltäglichen Kommunikation. So werden 3 Typen fachexterner Kommunikation unterschieden:

- die direkte – mündliche – Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien
- die indirekte – schriftliche – Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien
- die massenmediale – mündliche und schriftliche – Kommunikation über fachliche Gegenstände und Sachverhalte

Im Folgenden werden die genannten Typen der fachexternen Kommunikation kurz beschrieben.

7.1.1. Direkte Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien

Heutzutage kommt es relativ oft zu einer Auseinandersetzung zwischen Fachleuten und Laien. Arzt-Patienten-Gespräche, mündliche Verhandlungen oder Beratungsgespräche bei Behörden sind Beispiele der direkten mündlichen Kommunikationssituation zwischen Fachleuten und Laien. Dabei spielen die Ausbildung, Interesse sowie Vorkenntnisse des bzw. der Laien eine große Rolle. Je nach seinem bzw. ihrem Wissenszustand werden dem Fachmann andere Anforderungen gestellt, damit die Kommunikation erfolgreich ist. Er müsste auf solche Art und Weise das Gespräch gestalten, damit die fachlichen Inhalte dem bzw. der Laien verständlich werden. (vgl. Möhn/Pelka, 1984: 150f)

7.1.2. Indirekte Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien

Dieser Typ der fachexternen Kommunikation findet auf der schriftlichen Ebene statt und umfasst alle Texte, die an Laien gerichtet sind und von Fachleuten verfasst werden. Zu diesen gehören sowohl die persönlich gerichteten Texte (z.B. Auftragsbestätigung) als auch die produktbegleitenden, institutionellen und amtlichen Texte (z.B. Gebrauchsanweisungen, Packungsbeilagen, Fahrpläne, Vordrucke/Formulare). Diese Texte erfüllen verschiedene Funktionen, wie z.B. informative, appellative, expressive Funktion. (vgl. Möhn/Pelka, 1984: 152)

⁴ http://www.ipn.uni-kiel.de/zfdn/pdf/16_Rincke.pdf

7.1.3. Massenmediale Kommunikationsform

Die an letzter Stelle erwähnte Kommunikationsform kann sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen. Die fachlichen Inhalte werden in Presse, Fernsehen, Funk sowie Sachbücher vermittelt (vgl. Möhn/Pelka, 1984: 152), aber auch im Internet. Dieser Kommunikationsform sind nach Möhn/Pelka (1984: 152) folgende Merkmale eigen: sachgebunden, vorrangig wissensbezogen, medien- bzw. werbesprachlich gestaltet. Im Unterschied zu den Texten der indirekten Kommunikation sollen diese die Interesse des Adressaten bzw. der Adressatin wecken. Der bzw. die Laie ist ein freiwilliger Rezipient bzw. eine freiwillige Rezipientin, so dass bei der Verfassung dieser Texte zahlreiche sprachliche und andere Mittel, wie Bilder, Metapher, Vergleiche, aufwertende Adjektive gebraucht werden. (vgl. Möhn/Pelka, 1984: 153)

II. Fachsprache Medizin

1. Medizin als Fach

Medizin ist ein komplexer und in sich differenzierter Bereich der Wissenschaft. Die medizinische Forschung sowie die medizinische Praxis ist auf die Aufgabe fokussiert, die Krankheiten zu erkennen, zu heilen und zu vorbeugen. Mitte des 19. Jh.s. kam es zu ihrer raschen Entwicklung. Dabei spielte das Eindringen der naturwissenschaftlichen Betrachtung in diese Wissenschaft eine entscheidende Rolle. Im Laufe der Zeit und dank der Entwicklung der medizinischen Forschung entstanden viele Facharztgebiete, die in theoretische oder klinische Fächer geteilt werden. Zu den theoretischen Fächern gehören u.a.: Anatomie, medizinische Psychologie und Soziologie, Pharmakologie, Physiologie. Die klinischen Disziplinen werden wie Folgend klassifiziert: 1) nach wesentlichen Organsystemen: Innere Medizin, Augenheilkunde, 2) nach Alters- und Geschlechtsbesonderheiten: Pädiatrie, Gynäkologie, 3) in operativ-technische Disziplinen (Chirurgie, Radiologie). Die werden wieder in Subdisziplinen unterteilt. Dies hat einen gewissen Einfluss auf die Verstärkung der sprachlich-kommunikativen Differenzierung in diesem Bereich.(vgl. Wiese, 1998: 1278)

1.1. Kommunikationsstrukturen der medizinischen Sprache

Wie bereits erwähnt, wird die Medizin wie jede Wissenschaft in andere Teilbereiche gegliedert (innere Medizin, Dermatologie etc.) Daher werden auch die bestimmten Fachsprachen in zahlreichen Gruppen geteilt. Wiese (1998: 1278) weist auf zwei Gliederungsarten der medizinischen Fachsprachen hin: horizontale und vertikale Gliederung.

1.1.1. Horizontale Gliederung

Bei der horizontalen Gliederung handelt sich um die Behauptung, dass es genauso viele Fachsprachen wie Fachbereiche gibt. Jede medizinische Disziplin verfügt über ihre eigene Fachsprache, die die Kommunikation in diesem Bereich ermöglicht und bestimmt. Es wurde geschätzt, dass die praktische Medizin in ungefähr 30 Fachgebiete geteilt wird. Die einzelnen Fachsprachen der praktischen Medizin unterscheiden sich dadurch, dass die einzelnen Fachtermini mit unterschiedlicher Häufigkeit verwendet werden. (vgl. Lippert, 1978: 87)

In der theoretischen Medizin ist der Terminologie eine größere Bedeutung beigemessen. Zu

den wichtigsten Fächern gehören: Anatomie, Physiologie, Biochemie, Pathologie etc. Aus denen entsteht der Wortschatz der praktischen Medizinfächer. Das Grundlagenfach Anatomie wurde die Grundlage für die Entstehung eines Basiswortschatzes in allen Fachgebieten der praktischen Medizin. Dagegen wurde ihr spezieller Wortschatz nur in einem oder sehr wenigen Fachgebieten angewandt. Die Fachsprachen der theoretischen Medizin unterscheiden sich voneinander fundamental. (vgl. Lippert, 1978: 89)

1.1.2. Vertikale Gliederung

Die vertikale Gliederung betrifft die Forschung und Praxis bzw. Spezialeinrichtungen und allgemeinärztliche Praxis, worauf Wiese (1998: 1278), in Anlehnung an Lippert, hinweist.

Lippert (1978: 93ff) schildert die Unterteilung der medizinischen Fachsprache in:

- a) Wissenschaftssprache (wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge)
- b) fachliche Umgangssprache (Kommunikation zwischen Arzt und medizinischem Personal in der Alltagsarbeit)
- c) laienbezogene Sprache (Arzt-Patienten-Kommunikation)

1.1.2.1. Wissenschaftliche Sprache

Eine standardisierte Terminologie ist das Charakteristische für die medizinische Wissenschaftssprache. Die wichtigste Rolle dabei spielen das Lateinische und Englische. Der medizinische Fachwortschatz wurde bei der Entstehung der Nomenklatur der Anatomie sowie der Enzyme auf internationaler Ebene vereinheitlicht. Beim Beschluss der ersten im Jahr 1895 war die lateinische Sprache entscheidend, bei der anderen, die 1964 entstanden ist, die englische. In der deutschen Wissenschaftssprache sind sowohl die lateinischen als auch die englischen Fachtermini zu treffen, die entweder in einer unveränderten Form übernommen wurden, oder solche, die in ihrer Schreibweise oder Wortendungen eingedeutscht wurden. (vgl. Lippert, 1978: 93f)

Die in Basel 1895 geeinigte anatomische Nomenklatur bestand aus ungefähr 6000 Namen. Die Idee war, die gebräuchlichen Namen akzeptieren zu lassen, wobei die philologische Korrektheit nicht beachtet wurde. Aus diesem Grund wurde in Jena 1936 ein Versuch vorgenommen, die Basler Nomenklatur zu verbessern. Den Beschluss wollten englischsprachigen Länder aber nicht akzeptieren, denn die haben ihre eigene Reform durchgeführt. Auch die „Pariser Nomenklatur“, die nach dem 2. Weltkrieg beschlossen wurde, hat ihre Aufgabe nicht erfüllt. Seitdem wird während

der internationalen Anatomenkongressen, die jede 5 Jahre stattfinden, an der Verbesserung der Nomenklatur gearbeitet. (vgl. Lippert, 1978: 94)

Heute werden alle Nomenklaturen gleichzeitig benutzt. Im Medizinstudium wird den Studierenden die letztgültige Nomenklatur beigebracht. In der Praxis bedient sich der Oberarzt der Nomenklatur seiner Studienzeit, mit der die Studierenden sich vertraut machen sollen. Dies hat dazu gebracht, dass die Ärzte immer mehr unsicher mit der medizinischen Nomenklatur umgehen. Aus diesem Grund bedienen sie sich der vereinfachten Nomenklatur. Sie verwenden zum Beispiel eingliedrige Begriffe, die von den mehrgliedrigen, und dabei viel komplizierten Begriffen, entstanden sind. Ein Beispiel dafür ist der Terminus *Tuba uterina*, der zum *Tuba* verkürzt wurde. Bei den selten verwendeten Termini wird dagegen der Terminus *technicus* häufiger gebraucht. (vgl. Lippert, 1978: 94f)

1.1.2.2. Ärztliche Umgangssprache

Im Gegensatz zu der medizinischen Wissenschaftssprache, die vereinfacht werden kann, zeichnet sich die ärztliche Umgangssprache durch viele Abkürzungen aus. Und die sind in der gesprochenen Sprache sehr lebhaft, z.B. das EKG („ekagé = 'Elektrokardiogramm'), o.B. („obé = 'ohne krankhaften Befund', es wurde i.v. („ivau“ = 'intravenös') gespritzt (Lippert, 1978: 95). Dies trägt dazu bei, dass die ärztliche Umgangssprache für einen bzw. eine Laien kaum zu verstehen ist. Auch für die Fachleute können die Abkürzungen zu Missverständnissen oder Unverständlichkeit führen, denn die sind nicht mit dem ganzen Wortschatz aus allen Fachgebieten vertraut. Ohne eine zusätzliche Erklärung können die Abkürzungen nicht verstanden werden. (vgl. Lippert, 1978: 95)

1.1.2.3. Laienbezogene Sprache

Die Kommunikation zwischen MedizinerInnen und PatientInnen verläuft asymmetrisch. Der Patient bzw. die Patientin ist oft nicht in der Lage, empfundene Schmerzen eindeutig zu beschreiben. Die MedizinerInnen geben sich keine Mühe, den PatientInnen das, was ihren Gesundheitszustand betrifft, zu erklären. Die komplizierte Wissenschaftssprache ist für die Laien unverständlich, die Verallgemeinerungen dagegen zerstreuen die Zweifel nicht. (vgl. Lippert, 1978: 96)

In heutigen Zeiten verwischen die Unterschiede zwischen den MedizinerInnen und PatientInnen. Die nicht-Medizinleute werden immer bewusster, was ihren Gesundheit und Körper angeht. Die Entwicklung der Massenmedien hat dazu beigebracht, dass der Mensch mit der medizinischen Themen, die in der Presse oder in Sendungen in allgemeinverständlicher Form

dargestellt wurden, immer mehr vertraut ist. So ist der Laie imstande, den Arzt Fragen zu stellen und aktiv an der Diskussion teilzunehmen. (vgl. Lippert, 1978: 96)

In der laienbezogenen Sprache werden die medizinischen Probleme mithilfe der gemeinsprachlichen Formulierungen erklärt. Dabei stellen die Bilder eine große Kommunikationshilfe dar. Dank ihnen können Zusammenhänge gezeigt werden, die ohne Verwendung von Fachtermini schwer zu erklären sind. (vgl. Lippert, 1978: 96)

2. Fachwortschatz der Medizin

In diesem Unterkapitel wird zuerst auf die Geschichte der medizinischen Fachsprache eingegangen, um festzustellen, dass das Griechische und Lateinische eine Basis für die Entwicklung der gegenwärtigen medizinischen Sprache darstellen. Einflüsse dieser beiden Sprachen kommen vor allem in der Wortbildung sowie im Syntax zum Ausdruck, worüber im weiteren Teil die Rede ist.

2.1. Geschichte der medizinischen Fachsprache

Die Geburtsstunde der abendländischen Medizin reicht bis in die Antike zurück. Mit dem Begriff der *medizinischen Terminologie* wird die Sprache verstanden, die den Ärzten sowie anderen Vertretern der Medizin eine gegenseitige Kommunikation ermöglicht, was das präzise und eindeutige Beschreiben von Krankheiten und Gesundheitszuständen angeht. Diese Kommunikation wird sowohl in der Praxis als auch in der Klinik ausgeübt (vgl. Murken, 1994: 15)

Für Väter der medizinischen Fachsprache werden die Griechen gehalten. Zu den wichtigsten Vertretern gehören nach Murken (1994: 15) Thales von Milet (um 624- um 546 v.Chr.), Heraklit (550-480 v. Chr.) sowie Empedokles von Agrigent (492-432 v. Chr.), welche die Erscheinungen der Natur zu systematisieren versuchten. Um das beschreiben zu können, wurden neue Begriffe und sprachliche Verbindlichkeiten gebraucht (vgl. Murken, 1994: 15). Erst aber Hippokrates (um 460- um 377 v. Chr.), der legendäre griechische Arzt, brachte eine Wende in der Medizin. In seiner Ärzteschule haben solche medizinischen Begriffe wie Diagnose, Therapie, Eklampsie, Diät, Gangrän, Prognose und Epidemie ihren Ursprung. Zu dieser Zeit wurden auch zum ersten Mal viele Krankheiten beschrieben und ihre Ursachen systematisch erforscht. So wurde die griechische Sprache zu der Medizinsprache, weil viele medizinische Termini häufig nur unter dem griechischen Namen bekannt und als solche angenommen wurden (vgl. Murken, 1994: 15). Der derzeitige medizinische Wortschatz wurde im Corpus Hippocraticum gesammelt und veröffentlicht (vgl. Holubar/Schmidt, 2007: 13).

Zeitgenössische Kranken verstanden zwar den Arzt, trotzdem konnten sie keinen Sinn von dem Gesprochenen ergeben. (vgl. Holubar/Schmit, 2007: 13).

Seit dem 2. Jahrhundert wurde der Mittelmeerraum von den Römern erobert. Trotzdem genoss die griechische Sprache noch lange Zeit den Vorzug. Große Rolle dabei spielte die von Alexander dem Großen 332 v. Chr. gegründete Medizinschule, in der die ersten Sektionen an menschlichen Leichen vorgenommen wurden. Aus dieser Zeit stammen viele neue medizinische Bezeichnungen, unter anderem Prostata (Vorsteherdrüse), Duodenum (Zwölffingerdarm) oder Didymos (Hoden). Die Entdeckungen bezüglich des menschlichen Körpers waren für die Entstehung der neuen medizinischen Terminologie ausschlaggebend. (vgl. Murken, 1994: 16-17)

Im 1. Jahrhundert v. Chr. wurde Lateinisch zu einem wichtigen Bestandteil der medizinischen Fachsprache. Damals war aber die griechische Sprache sehr geschätzt, weil die griechischen Ärzte und ihre wissenschaftlichen Entdeckungen einen guten Ruf im Rom genossen (vgl. Murken, 1994: 17). Einer der ersten medizinischen Lehrbücher „De medicina libri octo“ von Aulus Cornelius Celsus (um 25 v. Chr. - 50 v. Chr.) wurde gerade in lateinischer Sprache verfasst (vgl. Holubar/Schmit, 2007: 13). Damals wurden aber viele veröffentlichter medizinischer Texte, deren Autoren Ärzte waren, eben in der griechischen Sprache verfasst. Diejenigen, die keine Mediziner von Beruf waren, beschäftigten sich mit dem Schreiben über medizinische Erkenntnisse eher in der lateinischen Sprache. Entscheidend für die Entwicklung der medizinischen Sprache war Galen von Pergamon (ca. 130-120 n. Chr) (vgl. Holubar/Schmit, 2007: 13), ein Gladiatorenarzt griechischer Herkunft. In seinen Werken beschrieb er in Griechisch das bisherige Wissen von der Medizin. Seine Erkenntnisse hatten bis zu Renaissance einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Medizin (vgl. Murken, 1994: 17).

Mit der Eroberung des östlichen Teils des römischen Reiches von Arabern, wurde die abendländische Kultur und damit ihre Sprache von der arabischen stark beeinflusst. Den Mönchen von den Klöstern der Benediktiner wird die Übersetzung vieler wissenschaftlichen Texte, die in der arabischen Sprache verfasst wurden, ins Lateinische verdankt. Somit konnte das gesamte Schaffen der abendländischen Kultur den künftigen Generationen übergeben werden. Auf diese Art und Weise spielte die lateinische Sprache im Mittelalter die entscheidende Rolle bei der medizinischen Terminologie. Interessant war aber die Tatsache, dass viele arabische Wörter in der Übersetzung ins Lateinische übernommen wurden und sich in der Fachsprache der Medizin eingewurzelt haben, wie: Kaffee, Elixier, Alkohol oder Wismut. (vgl. Murken, 1994: 18)

Die Renaissance war eine Epoche der Wiedergeburt der Kultur und Sprache der Antike. Das wissenschaftliche Schaffen der Griechen und Römer, damit auch die Medizin, wurde neu betrachtet und für die Grundlage der weiteren wissenschaftlichen Tätigkeiten gehalten. In der Renaissance trug Andreas Vesal (Vesalius) (1514-1564) mit seinem Werk „De Humani corporis fabrica Libri septem“ entscheidend zu der Entwicklung der Anatomie bei, die seitdem einer der wichtigsten Bestandteile der wissenschaftlichen Medizin war (vgl. Murken, 1994: 18). Auf diese Art und Weise wurde er zum Vater der neuzeitigen Anatomie. Der Wissenschaftler versuchte auch, die medizinische Nomenklatur zu vereinheitlichen. Dazu behalf er sich mit der klassischen lateinischen Sprache, die von Marcus Tullius herausgebildet wurde (vgl. Murken, 1994: 20-21).

Bis ins 19. Jahrhundert wurde die lateinische Sprache für die Wissenschaftssprache gehalten. Trotzdem soll bemerkt werden, dass es noch im Mittelalter in der deutschen Sprache verfasste Lehrbücher veröffentlicht wurden, die über die Medizin und Heilpflanzen handelten. Neue Erkenntnisse mussten benannt werden und dafür war die Antike keine Inspiration (vgl. Murken, 1994: 22).

Im 17. und 18. Jahrhundert geriet Lateinisch als Wissenschaftssprache in Europa in den Hintergrund. Seinen Platz nahmen solche Sprachen wie Englisch, Französisch und Deutsch, was mit einer stärkeren Position von Nationalstaaten zu tun hatte. (vgl. Murken, 1994: 22)

Große Rolle bei der Entwicklung der medizinischen Fachsprache spielten die französischen Ärzte, die in der Aufklärungszeit tätig waren. Nach der französischen Revolution 1789 erreichte die französische Medizin ihren Höhepunkt. In dieser Zeit wurden in Paris viele Krankenhäuser eröffnet, unter anderem das erste Kinderkrankenhaus der Welt (1802) (vgl. Murken, 1994: 24). Aus diesem Grund pilgerten viele Mediziner zu der französischen Hauptstadt, was zu einem Aufschwung der Heilkunde führte. So werden viele Fachwörter französischer Herkunft, welche in die medizinische Sprache eingeflossen sind, in der heutigen Medizin gebraucht, z. B. bandagieren – verbinden (le bandage – der Verband), die Lanzette – das kleine, zweischneidige Operationsmesser, Pinzette – die kleine Zange, sondieren – erkunden, vorfühlen (sonder) (vgl. Murken, 1994: 24).

Die deutsche Sprache hatte nicht so einen starken Einfluss auf die medizinische Fachsprache wie die französische. Am häufigsten werden die deutschen Begriffe in die Zielsprache übersetzt, z.B. im englischsprachigen Raum die Entdeckung von Conrad Wilhelm Röntgen wird nicht nach seinem Namen bezeichnet, sondern als „X-rays“, oder die in der deutschen Sprache beschrieben

Krankheitsbezeichnungen, z. B. German measles – Röteln (vgl. Murken, 1994: 24-25).

Seit 1950 gewinnt die englische Sprache in der Medizin, besonders in solchen Bereichen wie die Diagnose, die Operationstechniken und die biomedizinischen Geräte an Bedeutung. Als Beispiel können folgende Begriffe dienen: Scanner – Messgerät zur Registrierung und Darstellung von Daten (to scan-absuchen), Tranquilizer – Beruhigungsmittel (to tranquilize – beruhigen), Overprotection – der übermäßige Schutz, übersteigerte Fürsorge (vgl. Murken, 1994: 25). Ob diese Terminologie auch in der Zukunft einen Teil der medizinischen Fachsprache bilden wird, ist nicht offensichtlich. Es gibt aber Abkürzungen von neuen Krankheiten, die sich von den englischen Bezeichnungen herleiten, wie z. B. AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) und fest in der medizinischen Fachsprache eingewurzelt sind (vgl. Murken, 1994: 25).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die in der lateinischen Sprache so wie in der latinisierten griechischen Sprache verfassten Begriffe den größten Teil der medizinischen Fachsprache darstellen. Lateinisch ist logisch, kurz und klar. Es ist eine abgeschlossene Sprache, die nicht verändert wird (vgl. Murken, 1994: 25-26). Das Griechische dagegen erstellt die Möglichkeit, unzählige Menge von verständlichen Zusammensetzungen zu binden (vgl. Holubar/ Schmit, 2004: 41). Bei der Terminologie wird nicht selten ein griechisches Substantiv mit einem lateinischen Adjektiv zusammengestellt (z. B. Typhus abdominalis). (vgl. Holubar/Schmit, 2004: 41)

2.2. Wortbildung

Die meisten medizinischen Fachbegriffe bestehen aus Wörtern lateinischer oder griechischer Herkunft. Die gräkolateinischen Benennungen sind präzise und kurz. Ihre internationale Einheitlichkeit sowie die sprachliche Eigenschaften des Lateinischen und Griechischen ermöglichen eine schnelle und exakte Kommunikation im Bereich der komplizierten Inhalte der medizinischen Fachsprache (vgl. Karenberg, 2000: 7).

„*Per genus proximum et differentiam specificam*“ ist die Definitionsform, die bei der Bildung medizinischer Nomenklatur am meisten verwendet wird. Nach Lippert (1978: 96f) ist bei *Musculus extensor carpi radialis longus* eine fünfstufige Hierarchie zu erkennen: 1. Muskel, 2. Streckmuskel (nicht Beugemuskel), 3. Handstreckmuskel, 4. speichenseitiger Handstreckmuskel, 5. langer speichenseitiger Handstreckmuskel (nicht kurzer speichenseitiger Handstreckmuskel). Ein Kriterium für die Namengebung waren die Funktion, die Lage und die Größe. Bei anderen Namen ist auch das Optische entscheidend: *Musculus rhomboideus* = 'Rautenmuskel', *Musculus biceps* =

'zweiköpfiger Muskel'. Es kommt selten vor, dass der Name von einem Beruf abgeleitet wird, für welchen der bestimmte Muskel eine wichtige Rolle spielt, z.B.: Musculus sartorius = 'Schneidermuskel' (charakteristische Gelenkstellung beim „Schneidersitz“), Musculus buccinator = 'Trompetermuskel' (in der Wange gelegen). Die optischen Vergleiche bestimmen die Bildung der Fachwörter in der Anatomie. Daher die große Anzahl an anatomischen Termini, die mit Gegenständen der menschlichen Umwelt verglichen werden: Schildknorpel, Schwertfortsatz, Pflugscharbein, Mandelkern, Adamsapfel, birnförmiger Muskel etc. (vgl. Lippert, 1978: 96f)

Medizinische Fachbegriffe bestehen nach Karenberg (2000: 8) aus folgenden Wortbestandteilen:

- Wortstamm
- Bindevokal
- Präfix (Vorsilbe)
- Suffix (Nachsilbe)

2.2.1. Wortstamm

Der Wortstamm ist Bestandteil eines Wortes. Er ist der essentielle und unveränderliche Träger der Wortbedeutung, z.B.

Arthritis – *arthr-* ist der Wortstamm und bedeutet „Gelenk“ (vgl. Karenberg, 2000: 8)

2.2.2. Bindevokal und Bindeformen

Wenn die einzelnen Wortelemente zusammengesetzt werden, ist ein Bindevokal nötig. Normalerweise ist das ein „o“. Der Bindevokal hat keine Bedeutung, er erleichtert nur die Aussprache. (vgl. Karenberg, 2000: 7f) Wenn ein Wortstamm mit einem Bindevokal kombiniert werden, entsteht eine Bindeform, z.B.:

“arthr- + -o- = arthr/o Gelenk

enter- + -o- = enter/o Darm, Dünndarm

gastr- + -o- = gastr/o Magen

kardi- + -o- = kardi/o Herz” (Karenberg, 2000: 7f)

2.2.3. Präfixe (Vorsilben)

Ein Präfix ist ein Wortelement aus einer oder mehreren Silben und einem Wortstamm vorangestellt. Die Präfixe beeinflussen den Sinn des nachfolgenden Wortstammes. (vgl. Karenberg, 2000, 10) Seine Funktion ist Einschränkung und/oder Modifikation der Bedeutung, z.B.:

Polyarthritis – „**poly-**“ ist das Präfix und bedeutet „viele“, *Polyarthritis* – Entzündung vieler Gelenke (vgl. Karenberg, 2000: 10)

Die Präfixe können sowohl von dem Lateinischen als auch Griechischen abgeleitet werden. Als Präfixe werden normalerweise in der medizinischen Terminologie Präpositionen verwendet, die auf eine Angabe zu Lage oder Richtung in Raum oder Zeit hinweisen. Sie können auch Adjektive und Adverbien (Umstandswörter) sein, die eine normale oder gestörte Funktion deskribieren, oder Zahlwörter, die Angaben zu einer Quantität enthalten. (vgl. Karenberg, 2000: 13)

2.2.4. Suffixe (Nachsilben)

Ein Suffix ist ein Bestandteil eines Wortes, der aus einer oder mehreren Silben besteht. Suffixe stehen nach einem Wortstamm und spezifizieren dessen Bedeutung. (vgl. Karenberg, 2000: 9) Der Suffix weist darauf hin, ob ein Wort ein Hauptwort, ein Eigenschaftswort oder ein Tätigkeitswort ist, z.B.:

Arthritis - **-itis** ist das Suffix und bedeutet „Entzündung von etwas“, *Arthritis* – Entzündung eines Gelenkes (vgl. Karenberg, 2000: 9)

kardial - **-al** ist das Suffix und bedeutet „etwas betreffend, zu etwas gehörig“, *kardial* – das Herz betreffend, zum Herz gehörig (vgl. Karenberg, 2000: 9)

Neuro**logie** - **-logie** ist das Suffix und bedeutet „Lehre von etwas“, *Neurologie* – Lehre von den Nerven (und ihren Erkrankungen) (vgl. Karenberg, 2000: 9)

In der medizinischen Fachsprache werden die Suffixe vor allem dazu benützt, um Kategorien (wie „Entzündung“) zu schaffen, passende Eigenschaftswörter zu Hauptwörtern zu bilden (wie „kardial“) oder Hauptwörter aus Tätigkeitswörtern abzuleiten. (vgl. Karenberg, 2000: 9)

Nach Karenberg (2000: 13f) werden zwei sprachliche Typen von Suffixen unterschieden: einfache und kombinierte. Die erste Gruppe von Suffixen (wie -itis oder -al) bilden Grundbegriffe, z.B. *Enteritis*, *enteral*. Was die kombinierten Suffixe angeht, bezeichnen sie normalerweise Untersuchungsmethoden oder Behandlungsverfahren. Ein Wortstamm (z.B. graph = darstellen,

aufzeichnen) wird mit einem einfachen Suffix (z.B. -ie = Zustand, Vorgang) zusammengesetzt. Eines der am häufigsten vorkommenden kombinierten Suffixe ist **-graphie**, das *Darstellung, Aufzeichnung* bedeutet. Es ist auch möglich, dass die kombinierten Suffixe aus Präfix, Wortstamm und einfachem Suffix bestehen, wie beim Suffix **-ektomie** (ek- - *heraus* (Präfix), tom – *schneiden* (Wortstamm), -ie – *Vorgang* (Suffix)) mit der Bedeutung *operative Entfernung, Herausschneiden von etwas*. (vgl. Karenberg, 2000: 13f)

Die Suffixe, die normalerweise griechischer Herkunft sind, lassen sich in vier Gruppen je nach Bedeutung einteilen (vgl. Karenberg, 2000: 14):

„- *Pathologischer Vorgang:*

<i>Suffix: -itis</i>	<i>Beispiel: Nephritis</i>
<i>Bedeutung: Entzündung</i>	<i>Bedeutung: Nierenentzündung</i>

- *Diagnostische Methoden:*

<i>Suffix: -graphie</i>	<i>Beispiel: Nephrographie</i>
<i>Bedeutung: Darstellung</i>	<i>Bedeutung: Darstellung der Nieren</i>

- *Therapeutisches Verfahren:*

<i>Suffix: -ektomie</i>	<i>Beispiel: Nephrektomie</i>
<i>Bedeutung: operative Entfernung</i>	<i>Bedeutung: operative Entfernung der Niere</i>

-, „*allgemeiner Bezug*“

<i>Suffix: -logie</i>	<i>Beispiel: Nephrologie</i>
<i>Bedeutung: Lehre von etwas</i>	<i>Bedeutung: Lehre von Nierenkrankheiten“ (Karenberg, 2000: 13f)</i>

Bei der Verbindung einzelner Wortelemente müssen bestimmte Regeln behalten werden:

„- *Wortstamm – Suffix*

Zwischen Wortstamm und Suffix steht kein Bindevokal, wenn der Suffix mit einem Vokal beginnt (z.B. Neph^r/it^{is}, aber Neph^r/o[/]log^{ie}, Oste^{/o}/log^{ie})

- *Wortstamm – Wortstamm*

Zwischen den Wortstämmen steht immer ein Bindevokal, auch wenn der Wortstamm mit einem Vokal beginnt (z.B. Oste^{/o}/arth^r/it^{is})

- Präfix – Wortstamm

Der letzte Konsonant des Präfix kann sich dem ersten des Wortstamms angleichen. Solche Angleichung heißt Assimilation oder „Verähnlichung“ (z.B. Sym/metrie statt Syn/metrie, aber Syn/opse)

- Präfix – Wortstamm

Der letzte Buchstabe des Präfix kann verschwinden, es kommt dann zu Elision oder „Ausstoßung“ (z.B. Ep/oxid statt Epi/oxid)

- Präfix – Wortstamm

Der Präfix kann unterschiedliche Formen annehmen, z.B. Hintreten des Konsonanten „n“ (An/archie statt A/archie; aber A/tom).“ (Karenberg, 2000: 14)

Die einzelnen Wortelemente werden immer nach dem Prinzip des guten Klangs, der als Euphonie bezeichnet wird, verbunden (vgl. Karenberg, 2000: 14).

Die medizinische Terminologie entstammt der griechischen oder lateinischen Sprache. In der Klinik wird das Griechische bevorzugt, in der Anatomie – das Lateinische. Dieses Phänomen führt zu „Doppelgleisigkeit“ der medizinischen Sprache und deswegen werden Parallelbenennungen eingeführt. (vgl. Karenberg, 2000: 12)

Dieses Phänomen wird am Beispiel von Bindeformen dargestellt. Es werden Bindeformen mit Bezug zu anatomischen Strukturen, zu psychologischen Prozessen, zu pathologischen Vorgängen sowie mit allgemeinem Bezug unterschieden. Karenberg (2000: 12) gibt folgende Beispiele für jede Bindeform:

„- Bindeformen mit Bezug zu **anatomischen Strukturen**:

Bindeform:	nephr/o (gr.)	ren/o (lat.)
Bedeutung:	Niere	Niere
Beispiel:	Nephritis	renal
Bedeutung:	Nierenentzündung	zur Niere gehörig

- Bindeformen mit Bezug zu **psychologischen Prozessen**:

Bindeform:	akust/o (gr.)	audi/o (lat.)
Bedeutung:	Hören, Gehör	Hören, Gehör
Beispiel:	akustisch	Audiologie
Bedeutung:	auf das Gehör bezogen	Lehre vom Gehör

- Bindeformen mit Bezug zu **pathologischen Vorgängen**:

Bindeform:	karzin/o (gr.)	kancer/o (lat.)
Bedeutung:	Krebs	Krebs
Beispiel:	Karzinogenese	kanzerogen
Bedeutung:	Krebsentstehung	krebsauslösend

- Bindeformen mit „**allgemeinem Bezug**“:

Bindeform:	phon/o (gr.)	son/o (lat.)
Bedeutung:	Ton, Laut, Stimme	Ton, Geräusch
Beispiel:	Phonographie	Sonographie
Bedeutung:	Registrierung von Schallphänomenen	Ultraschalluntersuchung“ (Karenberg, 2000: 12)

2.3. Syntax

In der medizinischen Fachsprache kommen relativ wenige fachsprachliche Verben vor, z.B. : operieren, injizieren, perkutieren. Es gibt Verben aus der Gemeinsprache, die in der Medizin mit einer anderen Bedeutung verwendet werden, wie z.B. präparieren ('mit Skalpen und Pinzete am lebenden oder toten Menschen Organe und Organteile darstellen'), extrahieren ('einen Zahn ziehen') etc (vgl. Lippert, 1978: 97f). Es kommt zu Entlehnungen von anderen Fachsprachen, wie Chemie, z.B. titrieren, photometrieren. Üblich ist aber der Verzicht auf fachliche Verben und anstatt dessen werden die fachsprachlichen Substantive verwendet mit Verbindung mit einem Verb aus der Gemeinsprache, z.B. *eine Operation vornehmen* statt *operieren* oder *eine Punktion vornehmen* statt *punktieren*. Wie Lippert (1978: 97f) hinweist, ist das Verb *machen* in der ärztlichen Umgangssprache am häufigsten benutzt. (vgl. Lippert, 1978: 97f)

In der Anatomie werden die Verben *liegen, stehen, bilden, besitzen, bestehen, entsprechen* am häufigsten benutzt. In der inneren Medizin dagegen: *bestehen, auftreten, kommen, werden, führen, zeigen*. (vgl. Lippert, 1978: 97f)

Der Nominalstil ist in der medizinischen Fachsprache sehr beliebt. Seine Funktion ist Präzisierung der Aussage, was der verbale Stil nicht in gleichem Maße erreichen kann. In den medizinischen Fachtexten werden mehr Informationen beinhaltet, als ein bzw. eine Laie entziffern kann. Ein charakteristisches Merkmal ist die Abstraktbildung auf *-ung*. Diese Stilltendenz wird von

Scheffe als *Kompaktheit* genannt. (vgl. Lippert, 1978: 97f)

III. Arztbrief

In diesem Kapitel wird die Textsorte Arztbrief besprochen. Ich beschäftige mich zunächst mit der Definition des Arztbriefes, seiner Funktionen sowie mit seiner Makro- und Mikrostruktur im deutschsprachigen Raum. Danach gehe ich kurz auf den spanischen Arztbrief ein. Die wichtigsten Fragen, die ich zu verantworten versuche, sind: Was ist ein Arztbrief? Welche Rolle spielt der Arztbrief in der Kommunikation zwischen MedizinerInnen und PatientInnen? Wie soll er richtig, d.h. seiner Funktionen gerecht, verfasst werden? Gibt es Konventionen, die feststellen, wie ein Arztbrief verfasst werden soll? Unterscheidet sich der Arztbrief im deutschsprachigen Raum von einem in Spanien verfassten Arztbrief?

Als Allererste beschäftige ich mich aber mit der Definition von Textsorte, d.h. dem Oberbegriff für einen Arztbrief, damit die in weiteren Teilen angeführten Inhalte verständlich und nachvollziehbar sind.

Was ist eine Textsorte?

Unter dem Begriff Textsorte versteht man *„kommunikative Handlungen, die gemeinsame situative, funktionale, sprachlich-strukturelle und inhaltliche Merkmale besitzen. Die konventionell geltenden Muster einer Textsorte sind kulturspezifisch. Textsorten liefern der Translatorin wichtige Orientierungspunkte bei der AT-Rezeption und der ZT-Produktion im Hinblick auf die Kommunikationssituation, die kommunikative Funktion sowie die thematische und grammatikalische Gestaltung.“* (Kadrić, Kaindl, Kaiser-Cooke, 2010: 109)

Aus der aufgeführten Definition folgert, dass bestimmte Merkmale, die in Struktur, Inhalt oder Funktion des Textes zum Ausdruck kommen, zur Erleichterung des Kommunikationsprozesses beitragen können. Durch gerade diese Merkmale kann erkannt werden, worum es sich im Text handelt, ohne den Text gelesen zu haben. Es ist aber wichtig anzumerken, dass die erwähnten Merkmale für einen Laien normalerweise nur in seinem Kulturraum intuitiv erkennbar sind. In anderen Kulturräumen können andere Merkmale, so genannte Textsortenkonventionen, gültig sein. Daher ist das Textwissen so relevant für Personen, die sich beruflich mit der transkulturellen Kommunikation beschäftigen. Je vertrauter sie mit einem typischen Aufbau, den sprachlichen und gestalterischen Charakteristika, den Funktionen und den Verwendungssituationen von Textsorten in den Arbeitssprachen und Arbeitskulturen sind, desto einfacher ist die Verfassung eines Zieltextes.

So können die Missverständnisse in der Kommunikation vermieden werden. (vgl. Kadrić, Kaindl, Kaiser-Cooke, 2010: 110)

Textsortenkonventionen kommen sowohl auf der Makro- als auch auf der Mikroebene zum Ausdruck. Auf der Makroebene sind Textaufbau, Textenteilung sowie Textform gemeint. Auf der Mikroebene beziehen sich die Textsortenkonventionen auf Lexik, Grammatik, Stil, Phraseologie sowie Interpunktion. Nur wenn diese Merkmale in dem Zieltext berücksichtigt werden, kann der verfasste Text Erwartungen seines Zielpublikums erfüllen. (vgl. Kadrić, Kaindl, Kaiser-Cooke, 2010: 111f.)

1. Arztbrief - Definition

Eine der Aufgaben des Arztes ist die Dokumentation von der Untersuchung und Behandlung eines Patienten bzw. einer Patientin. Auf diese Art und Weise entsteht die Krankengeschichte, deren Teil der Arztbrief ist. (vgl. Wiese, 1998: 1283) Nach Wilhelm Gaus (2005: 288) ist der Arztbrief eine Art epikritischer Zusammenfassung von Anamnese, Beschwerden, Symptomen, den eingesetzten diagnostischen Verfahren, den gestellten Diagnosen, Therapieverfahren, Komplikationen sowie dem erzielten Ergebnis.

In Pschyrembel (2009: 68) wird der Arztbrief wie Folgend definiert:

„(Arztbrief:) (engl.) *discharge letter; medical report*; i.R. Der Dokumentationspflicht erstellte schriftliche Information zwischen behandelnden u. mit behandelnden u./od. nachbehandelnden Ärzten; enthält patientenbezogene Angaben zu Anamnese, Diagnostik, Befund, Therapie, Epikrise u. Prognose sowie Empfehlungen für die Weiterbehandlung des Patienten. Da Arztbriefe personenbezogene Daten erhalten, unterliegen sie dem Datenschutz. Patienten dürften den Arztbrief grundsätzlich einsehen“.

Der Arztbrief als Kommunikationsmittel zwischen den MedizinerInnen stellt dessen große Hilfe dar, indem er die Informationen über den Patienten bzw. die Patientin für den weiterführenden Arzt bzw. die weiterführenden Ärztin übermittelt (vgl. Jauch, 2007: 569). Diese Informationen geben erhobene Befunde, Diagnose, Verlauf, Therapie und Vorschläge für die Weiterbehandlung des bzw. der Kranken an (vgl. Wiese, 1998:1283). Wiese (1998: 1283) in Anlehnung an Neumann-Mangoldt (1970, 1), behauptet, der Arztbrief könne in Form eines Überweisungs-, Befund- oder Entlassungsberichtes verfasst werden.

Nach Spatz (in: Jauch, 2007: 56) kann die Qualität eines Arztbriefes einen Zusammenhang

mit der Versorgungsqualität eines Krankenhauses haben. Es wird behauptet, dass unklare oder nicht ausreichend ausführliche Angaben in Arztbriefen eine schlechtere Behandlungsstrategien als Folge haben können. Trotzdem gibt es hinsichtlich des Aufbaus des Arztbriefes keine Regel (vgl. Jauch, 2007: 569).

Die Geburtsstunde des Arztbriefes ist mit dem Beginn der naturwissenschaftlichen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts verbunden (vgl. Heckl, 1983: 1). Die Entwicklung der Medizin sowie das größere Wissen der MedizinerInnen führten zur Verfassung von ausführlicheren Berichten, was den Gesundheitszustand eines Patienten bzw. einer Patientin angeht. Die ärztlichen Berichte beinhalteten immer mehr Laborwerte und Befunde von Zusatzuntersuchungen, welchen die Kranken unterzogen wurden. Infolge kam es zu einer deutlichen Trennung von Anamnese, Befund und Beurteilung, aus denen ein Arztbrief bestand (vgl. Heckl, 1983: 1). Die Daten, die ein Arztbrief beinhaltet, werden aus epikritischem Standpunkt gesammelt, was bedeutet, dass die Daten ausgewählt werden. Alle Komplikationen, die vorkamen, bevor die endgültige Diagnose gestellt wurde, werden im Arztbrief ausgelassen. (vgl. Heckl, 2012, 55)

Der Arztbrief wird in 2 Exemplaren angefertigt. Das eine wird dem Patienten bzw. der Patientin nach Hause geschickt, das andere wird in der Krankenakten, im Archiv, abgelegt. (vgl. Gaus, 2005, 288)

2. Aufgaben des Arztbriefes

„Die Hauptaufgabe des Arztbriefes ist die Unterrichtung des Empfängers“ (Heckl, 1983: 6). In anderen Worten werden in einem Arztbrief die Informationen über das Krankheitsbild eines Patienten bzw. einer Patientin beinhaltet.

Nach Dr. med. Reiner W. Heckl (1983: 6) werden 3 Arten von Aufgaben eines Arztbriefes unterschieden:

- Information des Empfängers
- Epikrise des Krankenblatt
- geistige Schulung des Briefautors

Die ÄrztInnen legen einen großen Wert auf ausführliche Informationen, die ein Arztbrief enthalten soll. Der Verfasser eines Briefes ist verpflichtet, eine genau begründete Beurteilung der

Diagnose zu schreiben. Auf diese Art und Weise dient die von den KlinikerInnen eingenommene Stellung als Ausgangspunkt für weitere medizinische/klinische Behandlung. Der Arztbrief ermöglicht die Kommunikation zwischen den KlinikerInnen und deswegen muss nicht für die Laien verständlich werden. (vgl. Heckl, 1983: 6)

Zweitens übernimmt der Arztbrief im Krankenhaus die Funktion der Epikrise. Unter dem Begriff "Epikrise" versteht man „die abschließende kritische, wissenschaftliche Beurteilung eines Krankenhausbildes und Krankenhausverlaufes in Form eines Berichtes mit differentialdiagnostischen Überlegungen sowie Begründung der Diagnose“ (Heckl, 1983: 7). Dank diesem erfährt ein weiterführender Arzt bzw. eine weiterführende Ärztin z.B. bei einer Wiederaufnahme des Patienten bzw. der Patientin, die wichtigsten Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes des bzw. der Kranken.

Die Verfassung eines Arztbriefes erfordert von seinem Autor bzw. von seiner Autorin vor allem ein logisches Denken. Durch das Folgen aller logisch-wissenschaftlichen und stilistischen Prinzipien wird der Brief klar aufgebaut und die Stellungnahme des Verfassers bzw. der Verfasserin eindeutig ausgedrückt. Dabei wird er gezwungen, über das Geschriebene noch einmal nachzudenken und in der Folge eigene Erkenntnisse zu bestätigen oder abzulehnen (vgl. Heckl, 1983: 7).

Im Gegensatz zu den oben genannten Funktionen unterscheidet Jauch (2007: 569-570) viele mehrere Aufgaben eines Arztbriefes. Seiner Ansicht nach, wie auch im Heckl (siehe oben) dargestellt, erfüllt der Arztbrief vor allem die Funktion der „Information des weiterbehandelnden Arztes über den Krankenhausaufenthalt des Patienten“ (Jauch, 2007: 569). Jauch erwähnt aber auch andere dessen Aufgaben (vgl. Jauch, 2007: 569):

- Dokument entsprechend der Aufzeichnungspflicht für Rückfragen aller Art, z.B. des Medizinischen Dienstes der Kassen, Versicherungsträger und Rechtsanwälte
- Dokument für die DRG-Dokumentation anhand der Diagnosen und Prozeduren
- Dokument für Tumorregister oder eine Qualitätssicherung
- Interne Qualitätskontrolle über Komplikationsstatistik, Infektionsstatistik und wissenschaftliche Dokumentation für Datenbanken, die über entsprechende Schnittstellen erstellt werden.
- Arztbrief als interne Gedächtnisstütze, auf welche bei Ereignissen im Verlauf und Notaufnahme über eine Datenbank jederzeit zurückgegriffen werden kann.

- Nicht nur der Inhalt, sondern auch die Aufmachung des Briefkopfes und des Briefes sind eine Art der Visitenkarte einer Klinik.
- Ein Spiegelbild des aktuellen Wissenstandes und Versorgungsstandards.

Die aufgezählten Funktionen sind nur dann möglich zu erfüllen, wenn der Arztbrief nach einer genormten Vorlage und Konzeption verfasst wurde und die relevanten Daten enthalten sind (vgl. Jauch, 2007: 570), worüber im Weiteren berichtet wird.

3. Makrostruktur im Arztbrief

Was die Struktur des Arztbriefes angeht, ist es von Bedeutung, dass sie klar und einfach ist, damit auch unerfahrene ÄrztInnen keine Schwierigkeiten sowohl mit dem Verfassen als auch mit dem Verstehen des Arztbriefes haben. Die Form dieser Textsorte soll soweit klar formuliert werden, dass jeder sachverständige Leser bzw. jede sachverständige Leserin dem Inhalt folgen und ihn verstehen kann. Der Arztbrief ist ein wissenschaftlicher Text und aus diesem Grund sollen kaum Abweichungen in seiner Struktur vorkommen, weil jede Änderung zu Missverständnissen oder Nicht-Nachvollziehbarkeit des Textes führen kann. (vgl. Heckl, 1983: 8)

Nach Heckl (1983: 8f) sind die Darstellung der durchgeführten Behandlung sowie der Therapievorschlag das Wichtigste bei einem Arztbrief. Trotzdem wird den diagnostischen Maßnahmen die größte Aufmerksamkeit gerichtet.

Das Verstehen des Therapievorschlages ist unmöglich, ohne die Diagnose zu kennen. Deswegen ist es klar, dass die diagnostischen Maßnahmen zuerst beschrieben werden sollen. Dem folgt die Darstellung der Behandlung und der Therapievorschlag. So ist der Aufbau klar und logisch. Bevor aber über die Therapie die Rede ist, sollen alle Befunde beurteilt werden. Die werden in der Beurteilung eingeschlossen, in dem auch die Begründung der Diagnose und der sich daraus ergebenden therapeutischen Maßnahmen dargestellt wird. (vgl. Heckl, 1983: 8f)

Aus diesen Überlegungen folgt der Kern für die Struktur eines Arztbriefes (vgl. Heckl, 1983: 9):

- diagnostische Maßnahmen
- Beurteilung
- Therapie und Therapievorschlag

Immer häufiger trägt der Arztbrief eine Überschrift *Diagnose*. Es ist damit verbunden, dass viele MedizinerInnen von Anfang an wissen wollen, was bei dem Patienten bzw. der Patientin diagnostiziert wurde (vgl. Heckl, 1983: 9). Laut Heckl (1983: 9) ist ein Arztbrief viel durchsichtiger, wenn die Diagnose gleich am Anfang ernannt wird. Auf diese Art und Weise kann der Leser bzw. die Leserin die Schlussfolgerungen des Briefverfassers bzw. der Briefverfasserin verstehen. Bei manchen Arztbriefen jedoch befindet sich die Diagnose erst am Ende. Es gibt auch Briefe, in denen die Diagnose schon bei Personalien außerhalb der Anrede erwähnt wurde. Am häufigsten steht sie aber auf einer neuen Zeile, damit sie sofort bemerkt wird und von persönlichen Daten des Patienten bzw. der Patientin, die zu seiner bzw. ihrer Identifikation dienen, abzutrennen ist. (vgl. Heckl, 1983: 9)

Die Stellung der Diagnose im Arztbrief hängt wie gerade gezeigt von dem Verfasser bzw. der Verfasserin des Textes ab.

Das gleiche betrifft auch die Stellung der Beurteilung im Arztbrief. Bei manchen Arztbriefen findet man die Beurteilung am Anfang, gefolgt von Anamnese und Befunde. Dies aber lässt den sachverständigen Leser nicht selbstständig denken, er folgt bewusstlos den von seinem Kollegen bzw. seiner Kollegin dargestellten Inhalten. Andererseits ermöglicht er ihm bzw. ihr eine sofortige Orientierung in der Situation des Patienten bzw. der Patientin. (vgl. Heckl, 1983: 9-10)

In einem Arztbrief müssen einige wichtige Formalien beibehalten werden, die für verschiedene Arte der Briefe charakteristisch sind. Nach Heckl (1983: 10) gehören zu dieser Gruppe folgende Formalien:

- Anschrift des Absenders bzw. der Absenderin mit Datum
- Anschrift des (der) Adressaten, Bezug (Personalien)
- Anrede
- Einleitung
- abschließende Grußformel

Ausserdem muss der Arztbrief auch diagnostische Maßnahmen beinhalten. Heckl (vgl. 1983: 10-11) stellt folgendes Gerüst eines Arztbriefs dar:

Anschrift des Absenders bzw. der Absenderin (mit Telefonnummer) und Datum

Anschrift des Empfängers

Bezug (Patientendaten, Untersuchungsdatum, Dauer des stationären Aufenthaltes)

Anrede

Einleitung

DIAGNOSE

DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

Anamnese

körperlicher und psychischer Befund

Zusatzbefunde

a) Laborwerte

b) Röntgenbefunde

c) elektrophysiologische Befunde (EKG, EEG usw.)

d) Funktionsprüfungen (Lungen, Herz, Stoffwechsel)

e) Ultraschalluntersuchungen, Endoskopie usw.

Konsiliaruntersuchungen

BEURTEILUNG (mit Therapie und Verlauf)

THERAPIEVORSCHLAG, PROGNOSE

Grußformel

Unterschrift

Abbildung 2 (Quelle: Heckl, 1983: 10-11)

Huismans (2009, 24) stellt ein Arztbrief-Muster dar, das uns als optische Hilfe dienen kann.

Der Arztbrief

Anschrift Arzt:

Patient:

Wohnhaft:

Sehr geehrte

Nachfolgend darf ich Ihnen über o.g. Patienten berichten, der sich am bei mir vorstellte.

Anamnese (subjektiv): (evtl. Überweisungsgrund (Konsultationsmotiv), soziale Verhältnisse (Beruf, AU, seit wann? läuft ein Rentenverfahren?), wesentliche, anamnestischen Daten, jetzige Beschwerden und evtl. der Umgang des Patienten damit, Alergiepass?, Alkohol, Rauchen, Hobbys, Libido/Potenz, Medikamenteneinnahme

Frühere Anamnese: Operationen (Rachenmandel, Appendix, Schilddrüse, Carotiden, Koronarien, Gelenkersatz, Wirbelsäulenoperation), Auslandsaufenthalte, Unfälle (z.B. bei der Toxoplasmose), Krankheiten (seit der Kindheit)

Familienanamnese (wegen auffälliger familiären Häufung)

Befunde (objektiv): Größe, Gewicht, RR (evtl. an beiden Armen gemessen), körperlicher und seelisch-geistiger Untersuchungsbefund (nur Befunde, die für den Hausarzt von Interesse sind, und die er selbst kontrollieren kann oder die für die Rechtfertigung der Therapieempfehlungen von Bedeutung sind!)

bemerkenswerte physikalische Untersuchungsbefunde nur aufzählen, pathologische Befunde kommentieren und den Original- Befund- Ausdruck separat beifügen (EKG-Befund, Sonographie-Befund, Labor-Befund, Histologie-Befund)

Feststellung (assessment, Urteil) = Diagnosen = das subjektive Resultat aus Abstraktion und Einfühlung (Bürger):

(A: vorläufige Diagnose: Vermutungen offen und klar als solche mitteilen, B: Differentialdiagnose), C: endgültige Diagnose; D: Fremddiagnosen

Therapieempfehlungen (procedure):

(evtl. Krankheitsverlauf unter bereits erfolgter Behandlung, Ordnungstherapeutische Massnahmen, Medikamente)

1. referierender Teil (auf diejenigen Anwendungen beschränken, die auf den Krankheitsverlauf von Wichtigkeit wären oder waren).
2. Vorschläge für die Weiterbehandlung machen, die in der Praxis durchführbar sind und die Vorschläge kommentieren.
3. Mitteilen, dass dies mit dem Patienten eingehend besprochen wurde.

evtl. Beurteilung (Epikrise, Prognose, Arbeitsfähigkeit, Verhaltensmaßregeln, Orientierung des Patienten über Art der Erkrankung, Kontrolluntersuchungen, Nachbehandlungen). Eine Beurteilung ist aber nicht immer nötig, da der Bericht selbst eine Art Zusammenfassung ist.

Mit freundlichen Grüßen

Abbildung 3 (Quelle: Huismans, 2009: 24)

Die beiden vorgestellten Gerüste eines Arztbriefs sind sich sehr ähnlich, jedoch in manchen Punkten kommen feine Unterschiede vor. Bei dem Modell von Huismans wird der Teil „Beurteilung“ einer Zusammenfassung gleichgestellt, was laut Heckl (2012: 55) falsch ist. Dieses Problem wird aber im weiteren Teil dieses Kapitels (3.6 Beurteilung im Arztbrief) ausführlich besprochen.

Was die Struktur des Arztbriefes betrifft, sollten die MedizinerInnen mehr darauf achten, dass der verfasste Text durchsichtig ist. Die heutige Technik ermöglicht durch Großbuchstaben, Absätze, einfache und doppelte Unterstreichungen, Zeileneinrückungen oder gesperrte Schrift eine klare Gestaltung des Textes. Dank diesem hat der Leser bzw. die Leserin kaum Schwierigkeiten bei der Orientierung und beim Verstehen des Arztbriefes (vgl. Heckl, 1983: 11). Die Kategoriebezeichnungen, die am Anfang jedes Abschnitts erscheinen, z.B. Therapie, Diagnostik, sollen fettgeschrieben werden. Dadurch werden sie exponiert. So eine Aufteilung im Arztbrief lässt jeden seiner Abschnitte als eine separate Einheit betrachten. Dies führt dazu, dass der Text als Ganzes einfacher zu analysieren ist (vgl. Gaus, 2005: 290). Bei einer durchsichtigen Textgestaltung kann der Leser nur die ihm benötigten Angaben problemlos und schnell finden, wenn er nicht an allem interessiert ist.

Die genannte Struktur kommt nicht in allen Arztbriefen vor. Viele sind nicht länger als ½ Seite (z.B. bei der Diagnose: „Komplikationslose Operation eines Leistenbruches“). Es gibt aber Arztbriefe, die einen Umfang von 5 oder mehr Seiten haben (z.B.: „Diagnose einer akuten Leukämie und eine etwa 6-wöchige Therapie zur Induktion einer Remission“). (vgl. Gaus, 2005: 290)

Im Folgenden werden die bereits erwähnten Formalien genauer dargestellt.

3.1. Formalien

3.1.1. Anschrift des Absenders

Der Arztbrief soll mit der Anschrift des Absenders, obwohl es nur die der Klinik, der Ambulanz oder der Praxis ist, vorgesehen werden. Im Falle großer Kliniken ist die Angabe der Abteilung, wo der Brief erstellt wurde, unentbehrlich. Hilfreich ist auch die Angabe der Telefonnummer, mit welcher der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin bei Fragen am besten erreichbar ist (vgl. Heckl, 1983: 11).

Bei Mängel werden diese Daten durch einen Stempel hinzugefügt.

Der Tag, in dem der Brief verfasst wurde, wird als Datum betrachtet. In manchen Briefen findet

man auch das Datum des Diktates. Die Zeitspanne zwischen dem Diktat und Verfassen des Briefes soll normalerweise durch „widrige Umstände“ verursacht werden, was von dem diktierenden Arzt bzw. der diktierenden Ärztin unabhängig ist (vgl. Heckl, 1983: 11).

3.1.2. Anschrift des Empfängers – Personalien

Die Angabe des Empfängers des Arztbriefes ist unabdingbar. Im Falle, wenn der Brief an mehrere MedizinerInnen gerichtet ist, soll der einweisende Arzt bzw. die einweisende Ärztin der Hauptadressat bzw. die Hauptadressatin sein. Wenn der einweisende Arzt bzw. die einweisende Ärztin nicht der Hausarzt bzw. die Hausärztin ist, sondern ein Notarzt bzw. eine Notärztin oder ein Vertreter bzw. eine Vertreterin des Hausarztes bzw. der Hausärztin, dann soll der Hausarzt bzw. die Hausärztin das Original bekommen und die anderen MedizinerInnen die Durchschrift. (vgl. Heckl, 1983: 12) Nach Jauch (2007: 570) soll der Brief zunächst an dem weiterbehaltenden Mediziner bzw. an die weiterbehaltenden Medizinerin adressiert werden und erst dann an den einweisenden Arzt bzw. an die einweisende Ärztin, vor- oder nachbehandelnden Mediziner bzw. Medizinerin.

Geht der Brief an die Klinik, so soll der Empfänger bzw. die Empfängerin der Oberarzt bzw. die Oberärztin oder der Leitende Arzt bzw. die Leitende Ärztin sein. Der Brief soll nie an einen Assistentenarzt bzw. -ärztin adressiert werden, weil er nicht die wichtigste Rolle in der Klinik spielt. Die OberärztInnen oder Leitende ÄrztInnen müssen über alles informiert werden, weil sie dafür verantwortlich sind. Die AssistentInnen wechseln sich relativ häufig und deswegen können sie nicht immer in der Klinik erreichbar sein (vgl. Heckl, 1983: 12-13).

Wenn der Adressat bzw. die Adressatin nicht gekannt ist, kann man folgende Anschrift angeben:

„An den weiterbehandelnden Arzt“ (vgl. Heckl, 1983: 13) bzw. *an die weiterbehandelnde Ärztin*

Wenn der Brief an den Oberarzt bzw. an die Überärztin oder Leitenden Arzt bzw. an die Leitende Ärztin adressiert ist, darf auch der Zusatz „oder Vertreter“ bzw. „oder Vertreterin“ nicht vergessen werden (vgl. Heckl, 1983: 13).

Jeder Brief soll auch Personalien der kranken Person beinhalten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort so wie auch das Datum der Untersuchung und die Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus (vgl. Heckl, 1983: 13).

3.1.3. Anrede

Die Anrede im Arztbrief hängt davon ab, wie gut man den Adressaten bzw. die Adressatin kennt. So muss der Verfasser bzw. die Verfasserin sich auf seinen bzw. ihren eigenen Verstand verlassen, wenn z. B. zwischen „Sehr verehrte Frau Kollegin Schulze“ oder „Liebe Frau Kollegin Schulze“ gewählt werden muss (vgl. Heckl, 1983: 14). Das Problem bei der Anrede beginnt, wenn der Arztbrief von mehreren MedizinerInnen unterschrieben wird. Für einen mitunterschreibenden Arzt bzw. eine mitunterschreibende Ärztin kann der Empfänger bzw. die Empfängerin eine unbekannte Person sein, so würde er schreiben: „Sehr geehrter Herr Professor N.“. Für den Leitenden Arzt bzw. die Leitende Ärztin dagegen kann er ein guter Kollege sein, deswegen würde er sich an ihn bzw. an sie mit der Anrede „Lieber Franz“ richten. In solchen Fällen soll die Anrede benutzt werden, die der Leitende Arzt bzw. die Leitende Ärztin schreiben würde. (vgl. Heckl, 1983: 14)

Auf jeden Fall unterscheidet sich der Arztbrief bei der Anrede kaum vom Privatbrief (vgl. Heckl, 1983: 14).

Eine neutrale Anrede ist:

„*Sehr geehrter Herr Kollege*“ bzw. „*Sehr geehrte Frau Kollegin*“ (Heckl, 1983: 14)

Wenn der Brief an eine Gemeinschaftspraxis adressiert und der Rezipient nicht bekannt ist, weil die Einweisung mit einer unleserlichen Unterschrift versorgt ist, so sollen die beiden MedizinerInnen von der Praxis angesprochen werden, z.B. „Sehr geehrte Frau Kollegin Müller, sehr geehrter Herr Kollege Müller“ (vgl. Heckl, 1983: 14).

3.1.4. Einleitung

Normalerweise bedenkt man sich in der Einleitung bei dem einweisenden Mediziner bzw. der einweisenden Medizinerin für das Vertrauen, das er bzw. sie auf den weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterbehandelnden Ärztin gesetzt haben. Es ist besonders von Bedeutung, wenn der einweisende Mediziner bzw. die einweisende Medizinerin eine andere Klinik hätte wählen konnte. Man kann die Gelegenheit benutzen und in solchem Satz auch die Personalien der Patientin bzw. des Patienten angeben, z. B.:

„*Wir bedanken uns für die Einweisung des Patienten Herrn N.N., geb. 10.07.38, der vom 08.10-23.10.82 in unserer stationären Behandlung war.*“ (Heckl, 1983: 15)

Heckl (1983:15) findet im Allgemeinen die Danksagung übertrieben, weil sie in manchen Fällen nur ein „unüberlegter Einleitungssatz“ ist. Der Arztbrief kann wie Folgend beginnen:

„Nachstehend berichten über Ihren Patienten Herrn N.N.“

oder:

„Wir berichten über Ihren Patienten Herrn N.N.“

Heutzutage sind viele der persönlichen Höflichkeitsformeln, die typisch für ein Brief sind, auf dem Briefpapier vorgedruckt, z.B.:

*„Sehr geehrte(r) Frau/Herr Kollegin/Kollege...
(Zutreffendes bitte unterstreichen)“* (Heckl, 1983: 16)

Der Nachteil ist aber, dass der Arztbrief nicht mehr einen persönlichen Charakter hat und wie ein Formular aussieht (vgl. Heckl, 1983: 16).

Gaus (2005, 289) weist auf weitere Formulierungen in der Einleitung hin: „Behandlung in unserer Abteilung... von... bis... wegen... (Einweisungsdiagnose, z.B. Verdacht auf Herzinfarkt) (...)“, sowie auf Angaben, die einbeschlossen werden sollen, wie Alter, Allgemeinzustand, Ernährungszustand der Patientin bzw. des Patienten und Art der Entlassung, z.B. gesund, zur weiter Behandlung, verstorben.

3.1.5. Abschluss des Briefes

Wie im jeden Brief soll auch im Arztbrief zum Schluss eine Grußformel und Unterschrift erscheinen. Zu den am häufigsten gebrauchten Grußformeln gehören: „Mit freundlichen Grüßen“, „Mit hochachtungsvollen Grüßen“, „Mit freundlichen Grüßen“ so wie „Ihr sehr ergebener“ bzw. „Ihre sehr ergebenen“, wenn der Brief von mehreren MedizinerInnen verfasst wird (vgl. Heckl, 1983: 16). Gaus (2005, 289) gibt als Schlussformel „Mit kollegialen Grüßen“ an. Danach soll der Name des Oberarztes bzw. der Oberärztin kommen.

Es ist besonders wichtig, dass der Arztbrief mit einer leserlichen Unterschrift versorgt ist. Sonst kann dem Adressaten bzw. der Adressatin kaum möglich sein, den Verfasser bzw. die Verfasserin zu identifizieren, was zu einer unangenehmen Situation bei weiteren Fragen führen kann (vgl. Heckl, 1983, 16).

3.2. Anamnese im Arztbrief

„Anamnese; Krankengeschichte; Vorgeschichte einer Erkrankung; zusammen mit der klinischen Untersuchung bzw. im Rahmen der Exploration werden durch die Anamnese 70% der Diagnosen gestellt.“

Formen: 1. Eigenanamnese: direkte Erhebung durch Gespräch mit Patient; 2. Fremdanamnese: Erhebung indirekt, z.B. durch Gespräch mit Angehörigen; Einteilung: nach zeitlichem Ablauf (möglichst standardisiert, um möglichst alle krankheitsrelevanten Informationen zu erhalten); z.B. 1. allgemeine Patientendaten (z.B. Alter); 2. aktuelle Symptome: Lokalisation (ggf. Ausstrahlung), Qualität, Intensität, Beginn, Verlauf, Begleitzeichen, beeinflussende Faktoren; 3. Organsysteme (systematisiert): kardiovaskulär, respiratorisch, gastrointestinal, urogenital, Immunsystem, Blutgerinnung, Nervensystem, Arzneimittel (sog. Arzneimittelanamnese), Drogenanamnese u.a. 4. spezifische Vorgeschichte: z.B. Krankheiten, Operationen, Unfälle; Schlafanamnese; im Kontext psychischer Störungen insbesondere Erhebung der biographischen Anamnese und Entwicklungsanamnese; Systemanamnese, präzisierende Fragen zu bestehenden Symptomen und Thematisierung anderer Organsysteme; 5. Familienanamnese; 6. Sozialanamnese, Arbeitsanamnese (Beruf, Schichtdienst u.a.)“. (Pschyrembel, 2009: 41)

Die Anamnese ist ein unentbehrlicher Bestandteil der Diagnostik. Häufig kommt aber vor, dass sie in den Arztbriefen als bekannt vorausgesetzt und deswegen nicht mehr erwähnt wird. Die Angabe der Anamnese ist vor allem deswegen von Bedeutung, denn der Arztbrief ist nicht unbedingt an den Hausarzt bzw. die Hausärztin gerichtet, sondern an einen weiterbehandelnden Kliniker bzw. eine weiterbehandelnde Klinikerin, der bzw. die den Patienten oft nicht kennen muss. Es kann aber passieren, dass sich der Hausarzt bzw. die Hausärztin an die Vorgeschichte des Patienten bzw. der Patientin nicht mehr erinnert, so stellt die erwähnte Anamnese auch für ihn bzw. sie eine große Hilfe bei der weiteren Behandlung dar. Die Zeit ist auch ein wesentlicher Faktor. Der Hausarzt bzw. die Hausärztin kann die Vorgeschichte des Patienten nach einigen Jahren vergessen oder sich nicht alles gemerkt haben, was nicht zum Vorteil für den Patienten bzw. die Patientin ist. Der Arztbrief ist auch die Epikrise für das Krankenblatt und auf diese Art und Weise soll eine große Hilfe bei der schnellen Orientierung bei der Wiederaufnahme des bzw. der Kranken darstellen. (vgl. Heckl, 1983: 17)

Nach Heckl (1983: 17) ist die Angabe der Anamnese unabdingbar, weil sie „im Arztbrief eine strukturierende Zusammenfassung einer Vielzahl anamnestischer Daten aus dem Krankenblatt ist“. Für den Empfänger bzw. Empfängerin des Briefes soll die Diagnose nachvollziehbar sein, deswegen müssen die Angaben zur Anamnese beinhaltet werden.

Damit der Arztbrief übersichtlich ist, soll die Anamnese möglichst kurz sein. So eine Verfassung erfordert aber viel Konzentration und ein breites Sachwissen. Wenn die Diagnose eindeutig ist, kann die Anamnese spärlicher sein. Im Falle jedoch, wenn die Diagnose nur ein Verdacht darstellt, soll die Anamnese viel ausführlicher sein, damit der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterbehandelnde Ärztin eventuell seine eigenen Schlüsse ziehen konnte. (vgl. Heckl,

1983: 18)

3.2.1. Darstellung der Anamnese

Die Angaben des Patienten werden in der indirekten Rede eingegeben, z.B.:

„Der Patient gab an, er habe seit 3 Wochen stechende Schmerzen in der Herzgegend.“ (Heckl, 1983: 19)

In manchen Briefen werden solche Informationen als Fakten dargestellt: „Der Patient hat seit 3 Wochen stechende Schmerzen in der Herzgegend“ (Heckl, 1983: 19). Bei dieser Schilderung ist die Angabe nicht mehr subjektiver Natur, sondern wird zu einer objektiven Feststellung, was bei einem Arztbrief falsch ist. Der Rezipient bzw. die Rezipientin soll sich seine eigene Meinung anhand der Angaben, die in der Anamnese und im Befund beinhaltet wurden, bilden. (vgl. Heckl, 1983: 19) Heckl (1983: 20) behauptet, dass viele Fehler begangen sind, wenn in der Anamnese und im Befund die Beurteilungen des Verfassers bzw. der Verfasserin dargestellt werden. Bei der Anamnese muss die Distanz der untersuchenden Person ausgedrückt werden. Es ist nur möglich, wenn die indirekte Rede gebraucht wird. Beim Indikativ ist es jedoch deutlich, dass der beschriebene Vorgang als tatsächlich und wirklich wahrgenommen wird. Bei der Anamnese muss die geschilderte Wirklichkeit nicht überprüft werden, sie zeigt nur den von dem Patienten bzw. der Patientin dargestellten Sachverhalt.

Bei der Anamnese sollen auch Fachausdrücke vermieden werden, so Heckl (1983: 20). Weiters behauptet er, eine Erklärung dafür ist einerseits die Tatsache, dass die PatientInnen normalerweise Laien sind und deswegen keine Fachausdrücke benutzen. Andererseits drücken die Fachausdrücke meistens eine Wertung aus, wie z.B. in dem Satz: „In den letzten drei Wochen habe er viermal eine Synkope gehabt (Heckl, 1983: 20) Dabei ist es offensichtlich, dass der Begriff *Synkope* nicht von dem Patienten bzw. von der Patientin gebraucht wurde. Die beschriebenen Symptome wurden von dem Kliniker bzw. der Klinikerin beurteilt und als eine Tatsache geäußert, was nach Heckl (1983: 20) im Arztbrief unerlaubt ist. Der Gebrauch von Fachausdrücken im Arztbrief ist unnatürlich, falsch und kann als komisch betrachtet werden. (vgl. Heckl, 1983: 20-21)

Die ungenaue Ausdrücke des Patienten bzw. der Patientin sollen vermieden werden. Wenn die Ausdrücke informationsarm oder vieldeutig sind, müssen sie weiter untersucht und auf keinen Fall übernommen werden. Zu den häufigsten Ausdrücken, die von den PatientInnen benutzt werden, gehören solche Begriffe wie: komisches Gefühl, Schwindelgefühl, Unwohlsein, Kopfschmerzen,

Kreuzschmerzen. Die sollen im Arztbrief nicht erscheinen, weil sie zu allgemein sind und verwirrend wirken. Heckl (1983: 22) ist der Meinung, dass sich auch die PatientInnen von sich selbst mit medizinischen Fachausdrücken bedienen. In dem Fall soll der Arzt bzw. die Ärztin solche Begriffe wie: *rheumatische Beschwerden* oder *Gallenkolik* näher analysieren. Viele PatientInnen, besonders jene, die sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen haben, benützen „psychologisierende Ausdrucksweise“. Bei der Übernahme solcher Begriffe ist ein Anführungszeichen obligatorisch, um Missverständnisse zu vermeiden. (vgl. Heckl, 1983: 22)

Im Arztbrief sollen jene Notizen von der Anamnese übernommen werden, die „für die Diagnose, Therapie, Rehabilitation oder Verständnis der Persönlichkeit“ relevant sind (Heckl, 1983: 24). Aus diesem Grund soll im Arztbrief nicht unterschieden werden, welche Form der Anamnese übernommen wird, d.h. ob die frühere Anamnese (auch Eigenanamnese), die aktuelle Anamnese (auch jetzige Anamnese), die Familienanamnese, die Sozialanamnese oder die biographische Anamnese im Brief erscheint. (vgl. Heckl, 1983: 24) „Alle anamnestischen Daten im Arztbrief sind zielbezogen und sollen eine Einheit bilden“ (Heckl, 1983: 24).

3.3. Befund im Arztbrief

„Befund, objektivierbarer (engl.) objective signs; Gesamtheit aller auf einen Patienten bezogenen, nach einer Untersuchung oder psychologischer testung festgestellten Ergebnisse, die unabhängig vom Untersuchenden nachvollzogen werden können; unter Berücksichtigung der s. Anamnese ist die Befundkonstellation Grundlage für die Diagnosestellung.“ (Pschyrembel: 2009: 97)

Der psychische und körperliche Befund spielen nach der Anamnese die zweit wichtigste Rolle bei der Erstellung der Diagnose. Im Gegensatz zur Anamnese wird der Befund als objektiv betrachtet. Es kommt aber häufig vor, dass er auch Subjektivismen der untersuchenden Person beinhaltet, wie z.B. „*Verdacht auf*“ oder „*auffällig*“, „*vermutlich*“, „*Eindruck*“. (vgl. Heckl. 1983: 31)

Der Befund soll in beschreibender Form verfasst werden. Auch hier muss der Verfasser ausschließlich solche Informationen auswählen, die für Erstellung der Diagnose relevant sein können. Der Text soll so kurz und präzise sein, wie es nur möglich ist. Beim Verfassen eines Befunds sollen wertende Ausdrücke, wie Syndrome, Epynome vermieden werden. Sie weisen schon auf eine Wertung hin, die durch die erhobenen Befunde gewonnen wurde. Auch der Gebrauch von globalen Ausdrücken ist nicht korrekt. Solcher Begriff wie „*Allgemeinzustand*“ sollte im Befund nicht erscheinen. Für jeden Mediziner bzw. jede Medizinerin bedeutet er was Anderes und aus diesem Grund kann unterschiedlich interpretiert werden. Wenn die Angabe dieses Ausdruckes

unvermeidbar ist, soll er näher beschreiben werden. Zu dieser Gruppe werden auch solche Ausdrücke wie z.B.: „*Ernährungszustand*“ oder „*Voralterung*“ gezählt (vgl. Heckl, 1983: 35ff).

Die Zusatzbefunde (Röntgen-, EKG, Lungenfunktions-, EEG, Ultraschallbefunde) sollen beim Befund auch angegeben werden. Die dürfen aber nicht wörtlich zitiert werden, denn sie sind nicht „arztbriefgerecht“ formuliert. Das betrifft auch Laborwerte, die im Arztbrief eher verarbeitet erscheinen sollen. (vgl. Heckl, 1983: 49ff)

3.3.1. Still bei der Darstellung eines Befundes

Bei der Darstellung eines Befundes wird ein knapper Still gepflegt. Auf diese Art und Weise entstehen Sätze, die unvollständig sind. Normalerweise werden Zeitwörter oder Hilfszeitwörter (Prädikat) weggelassen. Es dominiert Nominalstil. (vgl. Heckl, 1983: 41f) Solche Konjunktionen wie: und, dass, oder, weil fehlen. Daher ist der unten genannte Satz laut Heckl (1983: 42) „unkorrekt“:

1. „*Die Reflexe an den Beinen sind seitengleich lebhaft auszulösen*“

Es sollte heißen:

„*Reflexe an den Beinen seitengleich lebhaft.*“

oder noch kürzer

„*Beineigenreflexe seitengleich lebhaft*“ (Heckl, 1983: 42)

2. „*Ein systolisches Geräusch war nicht auskultierbar*“

Es sollte heißen:

„*Kein systolisches Geräusch*“ (vgl. Heckl, 1983:42)

Bei der Darstellung der Befunde sollten sie, laut Heckl (1983: 42), nicht nacheinander beschrieben werden, sondern, wenn es möglich ist, diejenigen Befunde von pathologischen Organen, die untersucht wurden, zusammenfassen, damit der allgemeine Befund durchsichtiger wird. Es werden Lymphknoten am Hals, in der Axilla und in der Inguinalgegend untersucht, sollten deren Befunde zusammengefasst werden, damit die Darstellung des Befundes klar wird.

3.4. Konsiliarbericht im Arztbrief

„*Konsilium: ärztliche Beratung, Konsultation*“ (Reuter, 2007: 980)

„Konsil“ bedeutet aus Lateinischem (*consilium*) „Rat“ oder „Beratung“. Im Arztbrief wird gepflegt, dass ein Mediziner bzw. eine Medizinerin einen anderen Kollegen bzw. eine andere Kollegin um Rat bietet und ihn dadurch konsultiert. Normalerweise hat das Konsil die Aufgabe, über die zur Frage stehende Krankheit mehrere Informationen zu erhalten. Es kommt häufig vor, dass die Konsilien in Arztbriefen falsch verfasst werden. Der Grund dafür ist die Tatsache, dass kein Konsil stattgefunden hat. Es kam nicht zum persönlichen Treffen zwischen dem behandelnden Mediziner bzw. der behandelnden Medizinerin und dem Konsilarzt bzw. der Konsilärztin. Bei solchem müssen dem Konsilarzt alle Befunde vorgelegt werden, damit er die Frage des behandelnden Mediziners bzw. der behandelnden Medizinerin beantworten kann. (vgl. Heckl, 1983: 55f)

3.5. Diagnose im Arztbrief

Im Springer Lexikon Medizin (2004: 479) wird *Diagnose* wie Folgend definiert:

„Diagnose (engl. diagnosis): Syn: Diagnosis; Erkennung und Benennung einer gesundheitlichen Störung; auf Grund der Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie der Analyse sonstiger Faktoren (z.B. Jahreszeit, bekannte Epidemien) wird entweder eine endgültige Diagnose gestellt und eine spezifische Behandlung begonnen (falls nötig und möglich) oder es wird eine vorläufige Diagnose oder Verdachtsdiagnose gestellt; durch diagnostische Maßnahmen kann diese vorläufige Diagnose bestätigt oder differenzialdiagnostisch in Frage kommende Erkrankungen ausgeschlossen werden (Ausschlussdiagnose, Diagnosis per exclusionem).“ (Reuter, 2004: 479)

Im Arztbrief handelt es sich bei der Diagnose um die „Benennung einer Krankheit“. Beim Formulieren einer Diagnose müssen präzise Begriffe benützt werden, die oft unsystematisch gebildet sind. Damit eine Diagnose verständlich ist, müssen bestimmte Richtlinien behalten werden. Dies garantiert eine bestimmte Einheitlichkeit der Diagnose, was bedeutet, dass die Diagnose allgemein verständlich wird. Die Diagnose im Arztbrief muss „kurz und prägnant“ sein. In der Praxis sollen abstrakte Bilder mit einem Namen benannt werden. Dabei muss sie aber, nach Heckl (1983: 61) folgende Punkte näher charakterisieren:

- Lokalisation der pathologischen Veränderungen (topische Diagnose)
- Art und Ausmaß der pathologischen und pathophysiologischen Veränderungen (pathologisch-anatomische Diagnose)
- Ursache der pathologischen Veränderungen (ätiologische Diagnose)
- Art und Ausmaß der Funktionsstörungen

- Dynamik der Entwicklung
- Grad der Richtigkeit

Wenn ein Tumor diagnostiziert wird, müssen außer der Lokalisation auch die histologische Klassifizierung, sowie den Malignitätsgrad angegeben werden. Dies hat enorme Bedeutung wegen der Therapie. Beim Malignitätsgrad sollte nicht nur die entsprechende Angabe des Grades erscheinen, sondern eine dazu nötige Übersetzung, z.B.

D.: Adenokarzinom der Lunge. Höchster Malignitätsgrad (III) (Heckl, 1983: 66)

Die Formulierung einer Diagnose ist desto komplizierter, je mehr Krankheiten bei einem Patienten vorliegen. Wenn sie nach pathogenetischen Gesichtspunkten formuliert werden, kann es zu einem Missverständnis kommen, denn der Leser wird zwischen den erwähnten Krankheiten einen Zusammenhang finden, obwohl sie unabhängig voneinander sind. Aus diesem Grund sollen jene Krankheiten, die verbunden sind, gleich nummeriert werden, z.B.:

D.: 1. Multiple Sklerose.

Retrobulbärneuritis rechts.

2. Bandscheibenvorfall L 5/S 1.

Wurzelkompression S 1 rechts (Heckl, 1983:70)

Wenn einer Krankheit eine größere ätiologische Bedeutung zugeschrieben wird, muss darauf in der Diagnose aufgezeigt werden, z.B.:

D.: Leichte Mitralstenose, voll kompensiert (Schwergrad I)

Virusmyokarditis mit Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie

Embolischer Verschluss der A. cerebri media rechts

Kleiner Hirninfarkt frontoparietal rechts (vgl. Heckl, 1983:70)

Zur Beschreibung der Dynamik von einer Krankheit müssen bestimmte Begriffe gebraucht werden. Die folgende Tabelle (Heckl, 1983: 72) enthält Begriffe, die auch synonym benutzt werden können.

chronisch	akut	flüchtig
persistierend	foudroyant (blitzartig verlaufend)	transitorisch
chronisch-progredient		intermittierend
diskontinuierlich	fulminant (blitzartig, explosiv)	remittierend

torpide	apoplektisch	episodisch
schleichend	schubförmig	zyklisch
In Rückbildung	Rasch progredient	periodisch
abklingend	paroxysmal	In Clustern auftretend

Tabelle 1 (Quelle: Heckl, 1983: 72)

Um den Rhythmus der Anfälle zu beschreiben, werden solche Begriffe wie *pyknoleptisch*, *spanioleptisch* und *zykloleptisch* benützt. Es ist auch möglich, die Anfälle „in Serien“ oder als „Status“ zu bezeichnen. (vgl. Heckl, 1983: 72)

Es gibt bestimmte Krankheitsbestimmungen, in denen die Dynamik schon zum Ausdruck kommt, z.B.: progressive Paralyse, apoplektische primär-chronische Polyarthrit (vgl. Heckl, 1983: 72).

Bei dem Begriff wie „akute Lumbargo“ entsteht ein Pleonasmus. Das Adjektiv „akute“ braucht man nicht mehr, denn dieses Wort schon im „Lumbargo“ steckt. (vgl. Heckl, 1983: 72)

In manchen Diagnosen wird der Terminus „Prozess“ falsch verwendet. Dieses Wort ist lateinischer Herkunft, stammt vom Verb „procedere“, was im Deutschen „voranschreiten“ bedeutet. Aus diesem Grund weist der benutzte Begriff darauf hin, dass die beschriebene Krankheit fortschreitend ist. Bei einer Entzündung, die sich gerade zurückbildet, sollte der Begriff „Prozess“ nicht benützt werden, weil die kein fortschreitender pathologischer Zustand ist. Bei einem Tumor muss nicht unbedingt die Rede von einem Prozess sein. (vgl. Heckl, 1983: 73)

3.5.1. Sicherheit der Diagnose

Heckl (1983: 73) spricht von 3 verschiedenen Typen der Diagnose. Sie kann entweder sicher sein, unsicher, und damit auf einen Verdacht zeigen, oder sowohl sichere als auch unsichere Elemente beinhalten. Es hat eine enorme Bedeutung, dass die Unsicherheit einer Diagnose immer zum Ausdruck gebracht wird.

Wenn in der Diagnose kein Hinweis auf einen Verdacht steht, wird dann von einem weiterbehandelnden Mediziner bzw. einer weiterbehandelnden Medizinerin angenommen, dass sie sicher ist. Besteht aber ein Zweifel, muss die Diagnose darauf hinweisen, z.B. „*Verdacht auf Vorderwandinfarkt*“. (vgl. Heckl, 1983: 73)

Heckl (1983: 73) ist der Meinung, dass die sicheren Elemente in der Diagnose zuerst erscheinen sollen und dann werden die unsicheren Elemente aufgeführt. Auf diese Art und Weise können keine Missverständnisse vorkommen.

3.6. Beurteilung im Arztbrief

Der Höhepunkt eines Arztbriefes ist die Beurteilung. „In diesem Abschnitt soll gewertet werden, man soll hier seine Meinung äußern und vor allem begründen“ (Heckl, 1983: 76). In manchen Arztbriefen wird die Beurteilung mit dem Namen *Zusammenfassung* gezeichnet. Dies ist aber nicht richtig, denn die Beurteilung enthält neue Standpunkte, was in der Zusammenfassung nicht erwähnt wird. In dem anderen Fall wird nur zusammengefasst. Es fehlt an die Begründung der Diagnose und der therapeutischen Maßnahmen. Es kommt nicht selten vor, dass die Beurteilung in einem Arztbrief ausgelassen wird und nach der Diagnose ein Abschnitt mit Therapie und Verlauf kommt. Häufig erscheinen statt Beurteilungen so genannte „Pseudobeurteilungen“, z.B.:

„Aufgrund der Vorgeschichte und der verschiedenen Befunde handelt es sich um einen kleinen Herzinfarkt.“ (Heckl, 1983: 76)

Damit wird nur die Diagnose wiederholt, aber keine Beurteilung verfasst. Außerdem erfolgt die Erfassung der Diagnose immer aufgrund der Vorgeschichte und der Befunde. (vgl. Heckl, 1983: 76)

Nach Heckl (1983, 77) können sogar bei „klaren“ Diagnosen die Beurteilungen „ungenau oder zwiespältig“ sein. Es ist laut Heckl damit verbunden, dass die eigenen Zweifeln, was das Widersprüchliche und unklar Gebliebene angeht, schwer auszudrücken sind.

Die Vermutungen, auch wenn sie einen hypothetischen Charakter haben, sollen im Arztbrief, konkret in Beurteilung erwähnt werden. Sie können eine große Hilfe bei Wiederholungsdiagnostik darstellen (vgl. Heckl, 1983: 77).

Eine erfolgreiche Begründung einer Diagnose erfolgt, wenn von den Symptomen das Leitsymptom oder die Leitsymptome herausgestellt werden. Der Ausgangspunkt ist die Anamnese und der unmittelbare körperliche Befund. (vgl. Heckl, 1983: 77)

Die Beurteilung kann damit anfangen, dass die Einweisungsdiagnose oder die von dem einweisenden Mediziner bzw. der einweisenden Medizinerin gestellte Fragen kritisch eingeschätzt und, wenn möglich, beantwortet werden. (vgl. Heckl, 1983: 78)

3.7. Therapie, Therapievorschlagn im Arztbrief

In Roche Lexikon Medizin (2003: 1816) wird Therapie wie Folgend definiert:

„Therapia, Therapie: Maßnahmen zur Heilung einer Krankheit: als ätiotrope oder kausale Therapie auf Beseitigung der Ursachen und Auslösungsmomente abzielend (z.B. Substitutionstherapie), als symptomatische Therapie nur Krankheitserscheinungen bekämpfend [...], als spezifische Therapie gezielt, als unspezifische Therapie nur allgemeinen heilungsfördernd, als konservative Therapie ohne Operation, vor allem medikamentös, als operative Therapie durch chirurgischen Eingriff; ferner Strahlen-, Ernährungs- (Diät), Funktionstherapie, Hormontherapie, physikalische Therapie, manuelle Therapie (Chiropraktik), intermittierende Therapie (mit behandlungsfreien „Pausen“), Psychotherapie.“

Nicht selten werden Therapie und ihre Begründung in der „Beurteilung“ beschrieben. Sie können auch in einem separaten Abschnitt abgehandelt werden. Das Wichtigste dabei ist es, dass die Therapie oder die therapeutischen Maßnahmen begründet werden, genau wie im Falle der Diagnose. Dabei muss hervorgehoben werden, dass vor allem die Begründungen, welche die Richtigkeit der Therapie aufzeigen, erscheinen müssen. (vgl. Heckl, 1983: 86)

Die Therapieempfehlungen, welche an den weiterbehandelnden Mediziner bzw. die weiterbehandelnde Medizinerin gerichtet sind, werden normalerweise kompliziert und nicht praktisch formuliert. Auf diese Art und Weise kommen die PatientInnen mit zumindest 6 Präparaten nach Hause, nachdem sie entlassen wurden, und wissen die Arzneimittelverordnung nicht mehr. Es ist ein Grund dafür, dass einige Präparate weggelassen werden. Nicht selten sind das Medikamente, welche die größte Bedeutung bei Bewältigung der Krankheit haben. Nach Heckl (1983: 87) sollte jedes einzige Medikament im Arztbrief beschrieben und dessen Verwendung begründet werden, damit die Patienten auch genau wissen, wie sie damit umgehen sollen.

3.8. Prognose im Arztbrief

Roche Lexikon Medizin (2003: 1513) definiert Prognose wie Folgend:

„Prognose, -gnosis: auf ärztlicher Erfahrung und wissenschaftlichen Kriterien basierende Vorhersage über wahrscheinlichen Verlauf und Ausgang einer Krankheit; für den einzelnen Patienten immer unter dem Vorbehalt eventueller möglicher beträchtlicher Abweichung von der Durchschnittsschätzung. Unterschieden als Prognose quoad vitam (Aussicht „auf Überleben“), Prognose quoad valetudinem s. restitutionem („auf Gesundheit bzw. Wiederherstellung“). Sie ist „gut“ (Prognose bona), „ungewiss“ (Prognose incerta),

„zweifelhaft“ (*Prognose dubia*), „ungünstig“ (*Prognose infausta*), „schlecht“ (*Prognose mala*) oder „sehr schlecht“ (*Prognose pessima*).“

Die hippokratische Medizin legte einen großen Wert auf die Prognose. Sie war der relevanteste Bestandteil der Medizin. Heutzutage wurde die Prognose in den Hintergrund gedrängt, in den Vordergrund sind die Diagnose und die Therapie getreten. In einem Krankheitsbild muss die Prognose enthalten werden. (vgl. Heckl, 1983:88)

In einem Arztbrief sind die prognostischen Überlegungen eher selten berücksichtigt. Es ist damit verbunden, dass großer Teil von MedizinerInnen in ihren Überlegungen, aufgrund vieler eigenen oder der deren KollegInnen prognostischen Fehler, „vorsichtig und zurückhaltend“ zu vorgehen versuchen.

Heckl (1983: 88) ist der Meinung, dass der Arztbrief mehr prognostische Angaben beinhalten sollte. Für einen weiterbehandelnden Mediziner bzw. eine weiterbehandelnde Medizinerin stellt es eine große Hilfe dar, wenn die Prognose berücksichtigt wird. Es ist besonders relevant in dem Fall, wenn der weiterführende Arzt bzw. die weiterführende Ärztin mit dem beschriebenen Krankheitsbild und/oder mit dem Verlauf der Krankheit nicht vertraut ist. Sollten Irrtümer in der Prognose auftreten, können sie von dem weiterbehandelnden Mediziner bzw. der weiterbehandelnden Medizinerin als Fehler in der Diagnostik betrachtet werden, denn normalerweise weiß er bzw. sie von den Zweifeln der Prognose Bescheid. (vgl. Heckl, 1983: 89)

Die Prognose im Arztbrief darf ohne die Genehmigung des Patienten bzw. der Patientin nicht angegeben werden. Die MedizinerInnen sollen genau mit dem bzw. der Kranken die Prognose besprechen, damit es keine Meinungsverschiedenheiten im Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt bzw. der weiterbehandelnden Ärztin gibt. (vgl. Heckl, 1983: 89)

4. Persönlichkeit der bzw. des Kranken im Arztbrief

Im Arztbrief herrscht die Tendenz, dass der bzw. die Kranke unpersönlich betrachtet und der Fokus auf die beschriebene Krankheit gerichtet wird. In relativ wenigen Arztbriefen sind die Angaben zu der persönlichen Situation des bzw. der Kranken und zu deren Einfluss auf die beschriebene Krankheit zu finden.

Schon in der Anamnese kommen viele persönliche Angaben des Patienten bzw. der Patientin zum Ausdruck. Die werden von ihr bzw. ihm persönlich angegeben oder kommen zum Vorschein,

wenn er bzw. sie seine bzw. ihre sozialen und biographischen Verhältnisse darstellt. (Heckl, 1983: 84)

Was den psychischen Befund angeht, sollen dabei nur die objektiv zu berücksichtigenden Anteile der Psyche beschrieben werden. In dem Fall kommt aber nicht selten vor, dass subjektive Elemente einbezogen werden. MedizinerInnen, die als TiefenpsychologInnen tätig sind, beschreiben auch ihre eigenen Empfindungen dem bzw. der Kranken gegenüber. (vgl. Heckl, 1983: 84)

Nach Heckl (1983: 84f) soll von jedem Mediziner bzw. jeder Medizinerin verlangt werden, dass er bzw. sie zumindest erwähnt, wie der Patient bzw. die Patientin die Krankheit erlebt. Jeder Arzt bzw. jede Ärztin soll sich beim Verfassen eines Arztbriefes mit der Frage beschäftigen: „Warum wurde gerade dieser Mensch zu diesem Zeitpunkt von dieser Krankheit befallen?“ (Heckl, 1983: 85).

Schon der Versuch, die obige Frage zu beantworten, kann dem Mediziner bzw. der Medizinerin bei der Erkenntnis des Zusammenhangs zwischen der Krankheit und dem Patienten bzw. der Patientin helfen. (vgl. Heckl, 1983: 85)

5. Still im Arztbrief

Die Aufgabe eines Arztbriefes ist die Informationen- und Gedankenübermittlung über einen Patienten bzw. eine Patientin. Es handelt sich darum, wie ihm bzw. ihr geholfen werden kann. Der Arztbrief zeigt viele Ähnlichkeiten zu einem technisch-wissenschaftlichen Bericht. Trotzdem ist er ihn nicht, denn es werden in einem Arztbrief normalerweise persönliche Angelegenheiten einer Person beschrieben. Aus diesem Grund soll der Arztbrief ausschließlich in der Hochsprache verfasst werden. Dialekte oder Modewörter sind nicht erlaubt. (vgl. Heckl, 1983: 110)

Der Adressat bzw. die Adressatin eines Arztbriefes ist ein weiterbehandelnde Arzt bzw. eine weiterbehandelnde Ärztin, dem bzw. der normalerweise wenig Zeit zur Verfügung steht. Aus diesem Grund muss der Brief übersichtlich gestaltet werden und die übermittelten Informationen klar und kurz sein. (vgl. Heckl, 1983: 110)

Was den Stil im Arztbrief angeht, muss er „prägnant und klar“ sein (vgl. Heckl, 1983: 110) Trotzdem treten in Arztbriefen viele Art Fehler auf, z.B: grammatikalische Fehler oder undefinierte Begriffe, die nicht nur eine zusätzliche Erklärung brauchten, sondern auch in einem undeutlichen Zusammenhang erscheinen. Die Länge der Sätze ist häufig unterschiedlich und die

Verschachtelungen führen dazu, dass sie unleserlich sind. Die rhetorischen Figuren, wie Metapher und phrasenhafte Wendungen sollen vermieden werden. (vgl. Heckl, 1983: 110)

Von einem Arzt bzw. von einer Ärztin wird ein richtiger Stil verlangt. Mit dem Begriff „richtig“ ist nach Heckl (1983:110) grammatikalisch richtiger Satzbau, richtige Verwendung von Begriffen und Vermeiden von Unbestimmtheit gemeint. Die Gedanken sollen klar zum Ausdruck gebracht werden.

Viele Stilfehler erscheinen im Arztbrief beim Diktieren. Denn der Text wurde nicht schriftlich verfasst, sind die Fehlen nicht sichtbar. Dabei wird viel wiederholt, unklar formuliert, in anderen Worten gesagt, was den Stil des Arztbriefes beeinflusst. Doch ist die gesprochene Sprache unterschiedlich von der schriftlichen. Nicht alles, was gesagt wurde, zu Papier gebracht werden kann. Der Klinikjargon wird oft beibehalten, mit der Überzeugung, dass die medizinischen Fachwörter im Text auf das Wissenschaftliche hinweisen. Der Grund dafür ist auch der Zeitmangel, die MedizinerInnen verzichten auf Überlegungen, die den Stil verbessern könnten. Sie gehen davon aus, dass einem weiterbehandelnden Arzt bzw. einer weiterbehandelnden Ärztin solche „Fehler“ nicht auffallen werden (vgl. Heckl, 1983: 111f).

Heckl (vgl. 1983: 113ff) weist auf gewisse Stilfehler im Arztbrief hin, die im Folgenden besprochen werden:

- die gleichzeitige Verwendung in der Anamnese der indirekten Rede, Konjunktiv und Indikativ. Die Anamnese soll in der indirekten Rede wiedergegeben werden. Es ist nicht korrekt, wenn die indirekte Rede, der Konjunktiv und der Indikativ wechselweise verwendet werden.
- beim Verfassen des Befunds soll auf Prädikat verzichtet werden, z.B.:
 - 1) *Über dem Herzen (ist) kein Geräusch (hörbar)*
 - 2) *(Die) Reflexe (sind) seitengleich (auslösbar)*
- Pleonasmen sollen vermieden werden. In zahlreichen Arztbriefen wird überflüssige Häufung oder Zusammensetzung sinngleicher oder sinnverwandter Wörter bemerkt, z.B. „bereits schon“, „subjektive Beschwerden“ (wobei die Beschwerden nur subjektiv sein können), chronische PCP (primär chronische Arthritis), die „Nachkontrolle“ (eine Kontrolle ist immer nachher), „scheint vielleicht“ u.a.

- In einem Arztbrief dürfen keine Modewörter vorkommen, z.B. abnehmen, ansonsten, genau, voll inhaltlich, im Nachhinein (nachträglich), beinhalten, hinterfragen, schalten (verstehen), im Großen und Ganzen u.a. (Heckl, 1983: 113)
- Solche Wendungen wie „das Vorliegen“ sowie „im Bereich von“ können im Arztbrief weggelassen werden, z.B. „Am Vorliegen eines Ulcus duodeni besteht kein Zweifel“ besser wäre „An einem Ulcus duodeni bestehen keine Zweifel“ (Heckl, 1983: 114). Beim Begriff „im Bereich von“ kann zu einem Missverständnis kommen, denn er weist auf nicht eindeutige Lokalisationsangaben, z.B.: „Schmerzen im Bereich des Gesichts“
- Die Benutzung von Superlativ ist häufig falsch, z.B.: „trotz optimalster Diagnostik“ (es gibt kein Superlativ von „optimal“) oder „verschiedenste therapeutische Versuche“ (vgl. Heckl, 1983: 114)
- es werden viele zusammengesetzte Wörter mit falschem Adjektiv verwendet, z.B.:
 1. „reizlose Narbenverhältnisse“ ist richtig; „reizlose Narben“ ist falsch
 2. „chronischer Schmerzpatient“ ist richtig; „chronischer Patient“ ist falsch
 3. „Tätigkeit im Sitzen“ ist richtig; „sitzende Tätigkeit“ ist falsch (Heckl, 1983: 114)
- die Verkürzung „o.B.“ ist falsch, denn sie bedeutet „ohne Befund“. Auch an einem gesunden Organ können viele Befunde erhoben werden. Richtig ist „ohne pathologischen Befund“, aus diesem Grund wäre die Abkürzung „o.p.B.“ richtig. (vgl. Heckl, 1983: 116)
- Einfluss des Klinikjargons auf den Stil von Arztbriefen, z.B.:
 - 1) Die Medikamente werden „peroral“ gegeben. Mit dem Begriff „oral“ würde es reichen.
 - 2) Die Medikamente werden täglich gegeben. „Täglich“ wird im medizinischen Jargon mit „per die“ ersetzt.
 - 3) „Cor“ statt „Herz“ (Heckl, 1983: 116f)
- medizinische Wortneuschöpfung, z.B:
 die PatientInnen werden nicht mehr untersucht, sondern „durchuntersucht“. Damit ist es gemeint, dass der Patient bzw. die Patientin mehr als untersucht wurde. Er lies sich jede mögliche

Untersuchung durchführen. (vgl. Heckl, 1983: 117)

- Gebrauch von unbekanntem oder ungewöhnlichen Abkürzungen, die kaum zu entziffern sind, z.B.: WPW-Syndrom, schwere AVK der Beine (vgl. Heckl, 1983: 118)
- Gebrauch von Fremdwörtern. Viele medizinische Fachausdrücke wurden einer Fremdsprache entlehnt, deswegen ist ihr Gebrauch strittig. Die deutsche Sprache ist flexibel, was die Verwendung von den Fremdwörtern angeht. Trotzdem kann dies zu Missverständnissen führen. Keiner Arzt ist mit allen Fachbereichen der Medizin und deren Fachausdrücken vertraut. (vgl. Heckl, 1983: 118f)

6. El informe de alta médica – Arztbrief in Spanien

Der Arztbrief in der spanischen Sprache wird „el informe de alta médica“ genannt. In diesem Dokument, ähnlich wie im deutschsprachigen Raum, werden Informationen zu Aufnahmegrund, Zustand des bzw. der Kranken bei der Aufnahme, zu Anamnese, zu Diagnose und therapeutischen Vorschlägen angegeben. Der Arztbrief liefert eine gewisse Anzahl an Informationen über den Patienten bzw. die Patientin, die notwendig für den weiterbehandelnden Arzt bzw. die weiterbehandelnde Ärztin sind, um eine weitere Behandlung durchzuführen bzw. therapeutische Massnahmen wahrnehmen zu können. (vgl. Gesetz 41/2002, Abs VI, Art. 20-23)

Der Arztbrief soll nach Gesetz 41/2002 vom 14. November, Abs. VI, Art. 20 auf dem spanischen Territorium zumindest folgende Voraussetzungen erfüllen:

I. maschinengeschrieben werden oder, falls handgeschrieben, dann mit einer lesbaren Schrift

II. in Bezug auf die stationäre Einrichtung

- a) Name, Adresse und Telefonnummer der Einrichtung
- b) Identifikation der Abteilung, falls sie der Abteilung oder der Einrichtung, die die Entlassung vorgenommen hat, nicht gleich ist
- c) Vorname, Name und Unterschrift des zuständigen Arztes

III. in Bezug auf den Patienten bzw. die Patientin

- a) Nummer der Krankengeschichte und Aufnahmezahl des Patienten bzw. der Patientin

- b) Vorname und Nachnamen, Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten bzw. der Patientin mit der Unterscheidung zwischen männlichem (m) und weiblichem (f⁵) Geschlecht
- c) fester Wohnsitz des Patienten bzw. der Patientin

IV. in Bezug auf den stationären Aufenthalt

- a) Tag, Monat und Jahr der Aufnahme
- b) Tag, Monat und Jahr der Entlassung
- c) Art der Entlassung: Heilung oder Verbesserung, Entlassung auf eigenen Wunsch, Tod, Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung wegen weiterer diagnostischer Massnahmen u./o. Behandlung
- d) Grund der Aufnahme
- e) Zusammenfassung der Krankengeschichte und medizinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin
- f) Zusammenfassung der an dem Patienten bzw. der Patientin durchgeführten Behandlungen mit Berücksichtigung jener Befunde, die von Wichtigkeit für die Entwicklung der Krankheit sein können. Im Falle des Todes, nach der gemachten Autopsie, sollen nur die wichtigsten Befunde in einem separaten Absatz beschrieben werden.
- g) Hauptdiagnose
- h) andere Diagnosen, wenn es gibt
- i) chirurgische und obstetrische Verfahren, falls es zu einer Geburt kommt. So wird das Gewicht bei der Geburt, Geschlecht und Zustand nach der Geburt des Neugeborenen angegeben.
- j) andere wichtige Verfahren
- k) Therapievorschlag

Im Falle eines Mangels an Daten, die ein Arztbrief enthalten soll, ist ein provisorischer Arztbrief anzufertigen. In dem provisorischen Dokument wird die endgültige Diagnose nicht einbegriffen. Erst wenn der Arztbrief mit allen benötigten Daten fertig ist, kann der provisorische Brief durch ihn ersetzt werden. (vgl. Tejero Álvarez, 2004: 32)

Nach einem stationären Aufenthalt eines Patienten bzw. einer Patientin ist die Verfassung eines Arztbriefs durch den zuständigen Arzt bzw. die zuständige Ärztin in Spanien obligatorisch. Der Arztbrief wird dem Patienten bzw. der Patientin, oder einem bzw. einer Angehörigen, oder einem rechtlichen Betreuer bzw. einer rechtlichen Betreuerin ausgehändigt. (vgl. Tejero Álvarez, 2004: 32)

⁵ „Weibliches Geschlecht“ bedeutet auf Spanisch „el sexo femenino“, daher die übernommene Abkürzung „f“, das männliche – „el sexo masculino“, daher die übernommene Abkürzung „m“.

Der Arztbrief soll nachvollziehbar, konkret sowie kurz und bündig sein. Da es ein Kommunikationsmittel zwischen MedizinerInnen ist, ist die Verwendung der medizinischen Fachsprache unabdingbar und dadurch erlaubt. Es ist von Wichtigkeit, dass der Patient bzw. die Patientin dessen bewusst gemacht werden, dass der Arztbrief bei der Weiterbehandlung oder bei einem anderen stationären Aufenthalt vorgelegt werden muss. (Conthe Guitiérrez, 2010: 4)

Die therapeutischen Maßnahmen sollen klar, nachvollziehbar und auf einem separaten Blatt verfasst werden. Die verwendeten Termini sollen einfach sein, damit es zu keinen Missverständnissen kommt. Es wird verlangt, dass auch die Vorschläge für die Diät, körperliche Aktivität, Angewohnheiten (wie Alkohol, Zigaretten etc.), und falls nötig, zu der Rehabilitation beinhaltet werden. (vgl. Conthe Guitiérrez, 2010: 4)

Sowohl im deutschsprachigen Raum als auch in Spanien wird dem Arztbrief eine große Bedeutung in der Kommunikation zwischen MedizinerInnen und PatientInnen zugeschrieben. Es ist ein relevantes Dokument für die Krankengeschichte, dank dessen eine Weiterbehandlung bei einem weiterführenden Arzt bzw. einer weiterbehandelnden Ärztin möglich ist. Der Arztbrief spart die Zeit, die der Suche nach Informationen über den Patienten bzw. die Patientin gewidmet werden muss, vermeide es, wiederum Untersuchungen durchzuführen sowie unnötige Arztbesuche zu wiederholen.

IV. Terminologie

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Termini der Terminologiewissenschaft genannt und beschrieben, deren Verstehen unabdingbar für eine Terminologearbeit ist. Danach soll auf die praktische Terminologearbeit eingegangen werden, denn dieses Thema stellt den Kern vorliegender Masterarbeit dar.

1. Grundbegriffe der Terminologie

1.1. Terminologie

Terminologie wird nach der Norm DIN 2342 als „Gesamtheit der Begriffe und ihrer Bezeichnungen in einem Fachgebiet“ definiert (vgl. DIN 2342⁶).

1.2. Terminus

DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 37) stellt folgende Definition des Terminus dar:

„Terminus (auch Fachwort): Das zusammengehörige Paar aus einem Begriff und seiner Benennung als Element einer Terminologie“.

Damit die bereits aufgeführte Definition verständlich wird, werden im Folgenden die Termini Begriff und Benennung ausführlicher dargestellt.

1.2.1. Begriff

Begriff stellt einen zentralen Terminus im Bereich der Terminologie dar. Laut Stolze (2009: 63) ist er eine sprachunabhängige (und deswegen nicht mit linguistischen Bedeutungen identische) kognitive Denkeinheit als Konzept. Er wird als mentale Repräsentation materieller und immaterieller Gegenstände angesehen (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 43).

Wenn aber auf die Theorie des semiotischen Dreiecks, in der die Beziehung von Begriff,

⁶ <http://www.doku.net/artikel/terminolo1.htm>

Symbol und Objekt (vgl. Budin/Oester, 1999: 2172, nach Wüster) geschildert wird, eingegangen wird, so steht der Begriff für „Bedeutung des Zeichens“ (bzw. Symbols) einerseits, sowie für „Repräsentation des Objekts“ andererseits. (vgl. Budin/Oeser 1999: 2172)

In der schon oben erwähnten DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 43) wird folgende Definition vom „Begriff“ aufgeführt:

„[Begriff] Denkeinheit, die aus einer Menge von Gegenständen unter Ermittlung der diesen Gegenständen gemeinsamen Eigenschaften mittels Abstraktion gebildet wird“.

Eine wichtige Anmerkung bei dieser Definition ist es, dass die Begriffe von den einzelnen Sprachen unabhängig sind, denn sie existieren nur als eine kognitive Vorstellung. In jeder Sprache aber werden einzelne Begriffe durch kulturelle und/oder gesellschaftliche Phänomene einer Sprachgesellschaft in einiger Maße bestimmt. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 43) Daraus folgert, dass die Begriffe eine gleichbleibende Grösse in verschiedenen Sprachräumen darstellen (vgl. Hohnhold, 1990: 44)

Es existieren aber kultur- und sprachraumeigene Begriffe. Die entstehen in einer gewissen Kultur- oder Sprachgemeinschaft und sind für diese spezifisch. Dies führt dazu, dass sie auf andere Räume nicht übertragen werden können. (vgl. Hohnhold, 1990: 44)

Wenn die Rede von Begriffen ist, können die Termini **Begriffsinhalt** und **Begriffsumfang** nicht vermieden werden. Diese dienen der Beschreibung von Begriffen.

Begriffsinhalt wird in der Norm DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 47) folgend definiert:

„Gesamtheit der Merkmale eines Begriffs.“

Daraus lässt sich folgern, dass alle Merkmale, die in einem Begriff vorkommen, den Begriffsinhalt ausmachen. Jeder Begriff charakterisiert sich durch eine gewisse Anzahl der Merkmale, die bestimmend für diesen Begriff ist. Dies kann zur Abgrenzung gegenüber den anderen Begriffen führen, die benachbart sind, jedoch über einen größeren, kleineren oder abweichenden Begriffsinhalt verfügen.

Ist der Begriffsinhalt groß, so wird der Begriffsumfeld klein. Die beiden Termini hängen

voneinander ab. In der Norm DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 49) wird der Begriffsumfeld wie folgt definiert:

„Gesamtheit der einem Begriff auf derselben Hierarchiestufe untergeordneten Begriffe.“

Es ist von Bedeutung, dass sich der Begriffsumfang auch auf die untergeordneten Begriffe bzw. Begriffsgruppen, wenn diese zusammengefasst werden können, erstreckt, denn sie als solche zu dem übergeordneten Begriff gehören. So ist der Begriffsinhalt des übergeordneten Begriffs auch der Begriffsumfang des untergeordneten Begriffs. (vgl. Honhold, 1990: 45)

Begriffe werden in zwei Gruppen geteilt: Individualbegriffe und Allgemeinbegriffe. Was den beiden Gruppen von Begriffen eigen ist, wird in Folge ausführlich dargestellt.

1.2.1.1. Individualbegriff

Wenn es sich nur um einen Gegenstand handelt, der durch einen Namen bezeichnet werden kann, ist die Rede von Individualbegriffen. Es werden sowohl Begriffe materieller als auch nicht materieller Art gemeint, z.B. Freie Universität Berlin, Trojanischer Krieg, Nürnberger Prozess. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 46)

Das charakteristische Merkmal eines Individualbegriffs ist, dass er einmalig ist. Seine Position in Raum und Zeit ist klar bestimmt. Als Beispiel wird der Begriff Kölner Dom aufgeführt. Es ist ein Individualbegriff, weil wir über Angaben verfügen, die bezeichnen, wo er liegt (Köln), wann er errichtet wurde (begonnen 1248- beendet 1880). Dieser Begriff ist sprachlich durch einen Namen (Kölner Dom) repräsentiert. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 47)

1.2.1.2. Allgemeinbegriff

Im Gegensatz zum Individualbegriff vertritt der Allgemeinbegriff eine Menge von Gegenständen, für welche gemeinsame Merkmale eigen sind. Er ist nicht einmalig, deswegen auch kann seine Position in Raum und Zeit nicht angegeben werden. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 47)

Um das zu veranschaulichen, bediene ich mich folgendem Beispiel. Der Gegenstand Dom/Dome ist ein allgemeiner Begriff, denn es nicht bezeichnet werden kann, wo er sich befindet, wann er errichtet wurde etc. Man kann nur sagen, dass ein Dom eine Bischofskirche oder Stiftkirche ist. Sprachlich wird er durch eine Benennung (Dom) repräsentiert. Es handelt sich um keinen bestimmten Dom, nur um einen allgemeinen Begriff. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 47)

1.2.2. Begriffssysteme, Begriffsbeziehungen

Es ist kaum möglich, die Zahl der Begriffe, die ein Fach ausmachen, einzuschätzen. Es ist aber möglich, die Beziehungen, die sie verbinden, festzustellen. Dazu dienen so genannte Begriffssysteme. Die Norm DIN 2331 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 72) definiert Begriffssystem wie folgt:

„Begriffssystem ist eine Menge von Begriffen, zwischen denen Beziehungen bestehen oder hergestellt worden sind und die derart ein zusammenhängendes Ganzes darstellen.“

Die Begriffssysteme sind eine Art Erklärung, die einer Übersichtlichkeit von Begriffen dienen soll. Sie erschaffen gewisse Ordnung vom Wissen, das die Begriffe mit sich vermitteln. Um diese Ordnung noch besser zu veranschaulichen, können die Begriffssysteme graphisch dargestellt werden. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 74f.)

Die gegenseitigen Beziehungen stellen die Begriffsbeziehungen dar, die sich in zwei Gruppen unterteilen lassen. Die erste Gruppe machen hierarchische Begriffsbeziehungen aus, in denen Über- und Unterordnungsverhältnisse sowie Nebenordnungsverhältnisse zwischen Begriffen berücksichtigt werden. Ob ein Begriff über-, unter- oder nebengeordnet ist, hängt von dem aktuellen Gebrauchsfall ab. Hohnhold (1990: 46) weist in dem Fall auf die Relation eines Begriffes zu seinem begrifflichen Umfeld hin, die die Stellung vom Begriff bestimmt. Die zweite Gruppe hingegen sind so genannte nicht-hierarchische Begriffsbeziehungen. Sie stellen normalerweise Sequenzen in horizontaler Linie dar, ohne hierarchische Beziehungen zu berücksichtigen. Ein Beispiel dafür sind die einzelnen Teilschritte eines Produktionsprozesses. (vgl. Hohnhold, 1990: 47)

1.2.3. Merkmal

Wenn die Rede von dem Terminus Begriff ist, kann der Begriff Merkmal nicht unerwähnt bleiben. Denn gerade Merkmal ist ein Bestandteil des Begriffes.

Die Norm DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 53) definiert Merkmal wie folgt:

„Sowohl zur Begriffsbestimmung als auch für das Feststellen von Begriffsbeziehungen sind die Merkmale von Begriffen von grundlegender Bedeutung. Merkmale geben diejenigen Eigenschaften von Gegenständen wieder, welche zur Begriffsbildung und -abgrenzung dienen. Sind auch durch Abstraktion gewonnene Denkeinheiten und damit auch selbst Begriffe.“

Merkmale können in der Terminologielehre auch als Begriffselemente, Begriffsmerkmale sowie Wissens Elemente bezeichnet werden. Je nach dem Kontext, wie aus der aufgeführten Definition folgert, können Merkmale entweder Merkmale oder Begriffe sein, z.B. das Adjektiv „grau“. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 53)

Merkmale spielen entscheidende Rolle in der Terminologiearbeit. Sie ermöglichen, die Bedeutung von Begriffen festzustellen. Die Begriffselemente bilden den Begriffsinhalt. Jede Änderung von Merkmalen kann zur Entstehung eines neuen Begriffes führen. Merkmale stellen eine Grundlage für Benennungsbildung dar. Sie dienen auch der Strukturierung von Begriffssystemen, indem als Einteilungskriterien darüber bestimmen, in welcher Hierarchie bestimmte Begriffe in einem Begriffssystem erscheinen sollen. Eine andere Funktion von Merkmalen ist Äquivalenzbestimmung. Wenn die Begriffe den gleichen Begriffsinhalt haben, d.h. ihre Merkmale gleich sind, sind sie in bestimmten Termini auch synonym (wenn es sich um dieselbe Sprache handelt) oder äquivalent (wenn es sich um verschiedene Sprachen handelt). (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 54f). Das heißt, dass solche Begriffe in bestimmten Situationen austauschbar sind. (vgl. DIN 2330, in: Arntz/Picht/Mayer, 2009: 58)

1.2.3.1. Einteilung der Merkmale

Laut der Norm DIN 2330 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 58) werden die Merkmale in Beschaffenheitsmerkmale und Relationsmerkmale unterteilt.

Zu den Beschaffenheitsmerkmalen, die auch als Eigenmerkmale bezeichnet werden, gehören: Form (rund, eckig), Abmessung (Länge), Farbe, Härte (wachsweich, diamanthart etc.), Lage (hängend, schwebend), Zeit (Herstellungsdatum etc.). (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 55f)

Bei den Relationsmerkmalen sind gemeint: Herkunftsmerkmale (Erfinder, Herkunftsort etc.), Gebrauchsmerkmale (transportfähig etc.), Vergleichsmerkmale (größer, kleiner etc.), Bewertungsmerkmale (billig, von großer Wert etc.). (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 55f)

1.2.4. Benennung

Die erste Seite eines Terminus, die in dem vorangehenden Unterkapitel beschrieben wurde, ist der Begriff. Die andere Seite stellt die Benennung dar.

Die Norm DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 112) definiert den Begriff Benennung wie folgt:

„[Benennung:] aus einem Wort oder mehreren Wörtern bestehende Bezeichnung.“

Die Benennungen können durch Namen (Individualbegriffe) und Benennungen (Allgemeinbegriffe) bezeichnet werden. Die Benennung muss nicht nur mit Wörtern ausgedrückt werden. Sowohl die Nummern, Notationen als auch Symbole können einen Begriff bezeichnen. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 47)

Es wird zwischen Einwortbenennungen und Mehrwortbenennungen unterschieden. Die Einwortbenennungen werden nach der Norm DIN 2342 in elementare Wörter (Licht) und komplexe Wörter (Glühlampen) unterteilt. Die elementaren Wörter bestehen aus einem bedeutungstragenden Wort, die komplexen Wörter dagegen aus zwei oder mehr bedeutungstragenden Wörtern. Charakteristisch für komplexe Wörter sind auch Präfixe und/oder Suffixe, die sie enthalten können. Mindestens zwei getrennt geschriebene Wörter, die syntaktisch verbunden sind, bilden eine Mehrwortbenennungen. Die können auch elementar oder komplex sein, z.B. Kraftfahrzeug mit Vorderradantrieb. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 112)

Die Benennungen sollen „richtig, treffend, knapp, leicht ableitbar und eindeutig“ (vgl. Budin/Oeser, 1999: 2171) sowie nach der Norm DIN 2342 am anerkannten Sprachgebrauch orientiert sein. Die Genauigkeit der Benennung wird dadurch verstanden, dass einem Begriff nur eine Benennung zugeordnet wird. Wenn für einen Begriff nur eine Benennung gilt, handelt sich um eine eindeutige Beziehung zwischen dem Begriff und der Benennung. Dieselbe Inhalt kann aber durch andere Benennungen ausgedrückt werden. Wenn aber einem Inhalt nur ein Ausdruck zugeschrieben wird und einem Ausdruck nur ein Inhalt, so handelt sich um eineindeutige Zuordnung. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 113) Dessen bestes Beispiel stellen die Nomenklaturen dar, z.B. medizinische Nomenklatur.

1.3. Definition

Definitionen spielen eine entscheidende Rolle in der Terminologearbeit, denn diese grenzen die Begriffe ein und beschreiben sein (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 59).

Laut der Norm DIN 2342 (vgl. Arntz/Picht/Mayer 2009: 59) ist Definition:

„Begriffsbestimmung mit sprachlichen Mitteln. (...) Beim Definieren wird ein Begriff mit Hilfe des Bezugs auf andere Begriffe innerhalb eines Begriffssystems festgelegt und beschrieben und damit gegenüber anderen Begriffen abgegrenzt. Die Definition bildet die Grundlage für die Zuordnung einer Benennung zu einem Begriff; ohne sie ist es nicht möglich, einem Begriff eine geeignete Benennung zuzuordnen“.

Aus der bereits aufgeführten Definition folgt, dass die Definition eine entscheidende Rolle für Benennung eines Begriffes spielt. Das Definieren ist mit Verstehen verbunden. Damit ein Begriff gut verstanden wird, muss er genau und eindeutig beschrieben werden. Dazu dienen die Definitionen, die unabhängig von Ort, Zeit der Verwendung und Sprachraum gültig sein sollen. (vgl. Hohnhold, 1990: 48)

Bei jeder Definition werden folgende Bestandteile unterschieden: **das Definiendum** (der benannte Begriff, der zu definieren ist, normalerweise befindet er sich auf der linken Seite der Definition), **das Definiens** (Inhaltsbeschreibung des Begriffes, steht auf der rechten Seite der Definition) und **der Definitor** (steht zwischen den beiden, normalerweise wird durch Doppelpunkt oder Gleichheitszeichen ausgedrückt. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 60)

Bilder, Symbole, Beispiele, Zeichnungen, Formeln können ein Hilfsmittel beim Definieren sein, damit eine Definition besser verstanden werden könnte. Eine komplizierte Beschreibung eines Begriffes kann oft zum Zweifel führen, deswegen sind graphische Elemente oder Beispiele, die das dargestellte Problem veranschaulichen, von großer Bedeutung bei Definitionen. In Ausnahmefällen können solche Hilfsmittel eine Definition ersetzen, derer Alternative sein. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 66ff.)

1.3.1. Definitionsarten (Inhalts-, Umfangs- und Bestandsdefinitionen)

Es wird zwischen zahlreichen Definitionsarten unterschieden. Zu den bekanntesten und vor allem für die Terminologiearbeit relevantesten gehören: Inhaltsdefinitionen, Umfangsdefinitionen und Bestandsdefinitionen.

Inhaltsdefinitionen beziehen sich auf all diese Merkmale eines Begriffes, die ihn einschränken, kennzeichnen und von den anderen Begriffen unterscheiden. Sie beschreiben auch Zusammenhänge zwischen den angegebenen Merkmalen (vgl. Hohnhold, 1990: 49; Arntz/Picht/Mayer, 2009: 59). Charakteristisch ist, dass beim Definieren ein Oberbegriff zuerst

erwähnt wird und danach jene Merkmale, die seine Bestimmung einschränken. Inhaltsdefinitionen sind als klassische Definitionsart bezeichnet. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 62f.)

Umfangsdefinitionen beziehen sich auf alle untergeordneten Begriffe, daher werden Benennungen, Ideogramme, Nummer und Notationen dabei verwendet. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 59, Hohnnold 1990: 49)

Bestandsdefinitionen gehen auf individuelle Gegenstände ein. Ihre Verwendung ist dann sinnvoll, wenn die Zahl der Gegenstände begrenzt ist, wie z.B. die Planeten des Sonnensystems sind Merkur, Venus, Erde, Mars, Jupiter, Saturn, Uranus, Neptun, Pluto (Arntz/Picht/Mayer, 2009: 59, in Anlehnung auf DIN 2330). Definitionen dieser Art sind verständlicher als die Umfangsdefinitionen, denn sie stellen sich nicht so abstrakt dar. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 63f.)

1.3.2. Anforderungen an Definitionen

Einheitlichkeit an Benennungen

Damit ein Begriff verstanden wurde, müssen in der Definition des unbekanntes und neuen Begriffs bekannte oder bereits geklärte Benennungen verwendet werden. Diese Benennungen sollten von demselben Begriffssystem vorkommen, damit das Definieren logisch und nachvollziehbar, d.h. verständlich wurde. Die Benutzung von Synonymen ist mittlerweile nicht angebracht, denn, obwohl sie den Stil der Aussage verbessern könnte, kann die Verständlichkeit der Definition stören. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 68)

Zweck und Gebrauchsorientierung einer Definition

Damit eine Definition richtig erstellt wurde, muss ihr Zweck und Gebrauch bekannt werden. Da es unterschiedliche Zwecke einer Definition geben kann, so sind die Definitionen desselben Begriffes auch unterschiedlich. Je nach dem Zweck werden andere Merkmale eines Begriffes erwähnt. Aus diesem Grund ist von Bedeutung, dass der Gültigkeitsbereich angegeben wird. Definitionen sollen auch fachbezogen werden, d.h. es sollen solche Merkmale ausgewählt und angegeben werden, die für ein bestimmtes Fach relevant sind. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 68f.)

Fehlerhafte Definitionen

Da die Erstellung einer richtigen Definition einen schwierigen Prozess darstellt, hat auch damit zu tun, dass die Definitionen möglicherweise fehlerlos sein sollten, was nicht immer der Fall ist. Fehler in Definitionen können aus verschiedenen Gründen auftreten. Am häufigsten hängt es damit zusammen, dass die Definition nicht aktualisiert wurde, deswegen entspricht sie der sich veränderten Realität nicht im Ganzen. Die meisten fehlerhaften Definitionen sind in jenen Wörterbüchern zu finden, in denen nur Wörter gesammelt wurden, die selten inhaltlich koordiniert sind. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 68f.)

Zu den fehlerhaften Definitionen gehört u.a. Zirkeldefinition, in der Synonyme verwendet werden, die zur Zirkelhaftigkeit führen (z.B. *ein Vertrag ist ein in der Regel zweiseitiger Kontrakt.....*, wobei Vertrag und Kontrakt Synonyme sind), zu weite Definitionen, in denen Merkmale angegeben werden, die auch andere Sachverhalte zutreffen, obwohl sie eigentlich den definierten Begriff von dem anderen abgrenzen sollten, sowie zu enge Definitionen, in denen durch die Angabe von bestimmten Merkmalen, eine oder mehrere Arten von Sachverhalten ausgeschlossen werden, die zu dem definierten Begriff gehören. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 69ff.)

Aktualisierung von Definitionen

Damit eine Definition gültig ist, soll sie regelmäßig aktualisiert werden. Die Wissenschaft entwickelt sich ständig, so verändern sich auch die Merkmale, die einen Begriff ausmachen, oder sein Umfang. Dies führt zu einer Begriffsänderung. Aus diesem Grund sollen die Definitionen regelmäßig kontrolliert und wenn nötig, aktualisiert werden, damit sie immer gültig sind. (vgl. Arntz/Picht/Mayer 2009: 63f.)

2. Praktische Terminologiearbeit

2.1. Terminologiearbeit

Bevor über die praktische Terminologiearbeit gesprochen wird, gehe ich kurz auf den Terminus Terminologiearbeit ein. Unter diesem Begriff wird nach Arntz/Picht/Mayer (2009: 3) „die Erarbeitung, Bearbeitung oder Verarbeitung von Terminologien“ verstanden.

Eine regelmäßige Bearbeitung von einem Sachgebiet und von seiner Terminologie im Zusammenhang führt zu systematischer Terminologiearbeit. Nach Arntz/Picht/Mayer (2009: 216)

spielen solche Faktoren wie Zielsetzung der Arbeit, die Zielgruppe, die sie ansprechen soll, die verfügbaren Mitglieder, die verfügbare Zeit, die verfügbare Dokumentation sowie die verfügbare Datentechnik eine entscheidende Rolle für eine praktische Terminologiearbeit.

2.2. Terminologische Vorarbeit

In der Praxis werden viele Methoden einer systematischen Terminologiearbeit unterschieden, mit denen die TerminologInnen die Fachausdrücke erarbeiten. Im Folgenden werden die wichtigsten dieser Methoden nach Arntz/Picht/Mayer (2009: 217ff) dargestellt.

- Punktuelle Untersuchung

Immer häufiger sind ausführliche terminologische Untersuchungen eines ganzen Teilgebiets nicht möglich und was damit verbunden ist, werden ihre Ergebnisse in einem Glossar nicht zu finden. Deswegen spielen punktuelle Untersuchungen eine wichtige Rolle in der Terminologiearbeit, denn sie führen oft zur Lösung eines schwierigen Übersetzungsproblems. Dabei aber werden die Nachbarbegriffe, die ein Teil des Begriffsfeldes oder des Begriffssystems des zu bestimmenden Begriffes sind, nicht erwähnt. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 217)

- Kompilation von Fachwörtern

In der Praxis bestehen die Fachwortsammlungen selten aus aufgelisteten Termini, die alphabetisch in eine Liste gebracht wurden. Dabei sind oft auch fachgebietsfremde Benennungen zu finden. Es hängt damit zusammen, dass der Verfasser bzw. die Verfasserin oft intuitiv bei Erstellung solcher Listen vorgeht und sich auf eigene Erfahrung verlassen. So entstehen oft formal unkorrekte Definitionen, womit die Abdeckung möglichst vieler Fachgebieten gezielt wird. Dies aber führt zu Ungenauigkeiten. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 218)

- Bearbeitung größerer, grob strukturierter Begriffsfelder

Der Ausgangspunkt bei der Vorbereitung zur Terminologiearbeit kann die Definition des zu bearbeitenden Fachgebietes oder Teilgebietes sein. Danach wird diese in kleinere sichtbare Einheiten geteilt, die charakteristisch für das Fach sind. Der nächste Schritt ist die Zuordnung der ausgewählten Begriffe zu diesen Einheiten, im Rahmen deren sie weiter strukturiert werden sollten. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 218)

2.3. Systematische Bearbeitung von Terminologien

Ziel jeder Terminologiearbeit ist „detaillierte Bearbeitung jedes einzelnen Begriffs in Rahmen des Systems“ (Arntz/Picht/Mayer, 2009: 216). Damit die terminologische Arbeit erfolgreich ist, müssen bestimmte Arbeitsschritte erfüllt werden. Im Folgenden werden sie ausführlich dargestellt.

– Organisatorische Vorüberlegungen

Auf dieser Etappe der Terminologiearbeit muss überlegt werden, zu welchem Zweck diese Terminologie bearbeitet wird. Welche Anforderungen werden der Terminologie gestellt, ob das Fachgebiet schon terminologisch erarbeitet wurde oder nicht, wie die Zielgruppe ist und durch welches Medium die Terminologie vermittelt wird bzw. in welchem Medium sie verfasst werden soll? All diese Faktoren beeinflussen die Art und Weise terminologischer Arbeit. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 219)

– Abgrenzung des Fachgebietes

Der Fachgebiet muss eindeutig und genau von den benachbarten Gebieten abgegrenzt werden, was nicht immer eine einfache Aufgabe darstellt. Arntz/Picht/Mayer (2009: 220) weisen auf Klassifikationen (generelle oder spezielle Fachklassifikationen) als Hilfsmittel hin, die zur Abgrenzung von Fachgebieten hilfreich sein können.

– Aufteilung des Fachgebietes in kleinere Einheiten

Die Strukturierung eines Fachgebiets soll klar und logisch aufgebaut werden und vor allem für die EmpfängerInnen sowie für die VerfasserInnen nachvollziehbar sein, damit sie eine klare Übersicht darüber verschaffen. Daher soll der Fachgebiet in kleinere Einheiten unterteilt werden.

– Beschaffung und Analyse des Dokumentationsmaterials

Bei der Beschaffung von fachlicher Literatur spielen Fachleute eine wichtige Rolle, denn sie kennen sich in ihrem Fachgebiet aus und daher das gesammelte Material auswerten können.

Bei der Beschaffung und Analyse des Materials sollten nach Arntz/Picht/Mayer (2009: 221) folgende Kriterien in Rücksicht genommen werden:

- Muttersprachenprinzip (Die Sprache, in der der Text verfasst wurde, muss Muttersprache des Autors sein.)
- Fachkompetenz (Der Verfasser muss sich mit dem Fachgebiet auskennen, ein Fachmann sein)

- Aktualität (Die Inhalte, die im Text beschrieben wurden, sollen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.)

Es ist auch von Bedeutung, wenn es sich um zweisprachigen Terminologien handelt, dass beide Quellen gleichwertig bzw. gleichartig sind. Dabei ist gemeint, dass Terminologie, die von einer Norm genommen wurde, mit der Terminologie, deren Quelle ein Fachzeitschrift ist, nicht verglichen werden kann, denn die Quellen ganz unterschiedlich sind und keine Gleichwertigkeit darstellen können. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 221)

Für zuverlässige Quellen werden nach Arntz/Picht/Mayer (2009: 221) nationale und internationale Normen, einsprachige Fachlexika, allgemein verwendete Fachlehrbücher sowie Enzyklopädien gehalten.

Auch Fachaufsätze sowie Abhandlungen können bei der Terminologearbeit den ÜbersetzerInnen bzw. TerminologInnen behilflich sein. Damit sie zuverlässig werden, müssen deren AutorInnen Fachleute sein und den Text in ihrer Muttersprache verfassen. Auch wenn diese Bedingungen erfüllt sind, soll nachgeprüft werden, ob die verwendete Terminologie präzise ist. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 221)

– **Sammlung und vorläufige Zuordnung der gefundenen Benennungen und Begriffe**

Die erarbeitete Terminologie muss übersichtlich strukturiert werden. Wie die einzelnen terminologischen Einträge erarbeitet werden, hängt von dem Auftrag ab.

Es gibt aber bestimmte Informationen, die bei einem Eintrag nicht fehlen dürfen:

- Benennung: Die Benennung repräsentiert den Begriff. Es sollen bei der Benennung ihre grammatikalischen Angaben wie Plural, Genus, sowie eventuelle Kurzformen, Abkürzungen und orthographische Varianten angeführt werden. Wenn beschriebene Begriffe wenig gebräuchlich sind oder keine Benennung haben, sollen diese Informationen im Eintrag angegeben werden, denn der Vergleich von mehrsprachigen Terminologien kann zeigen, dass dieser Begriff in anderer Sprache bekannt ist, eine Benennung hat und/oder oft verwendet wird. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 222)
- Notation: Die Angabe der Notation ermöglicht die Bekanntgabe der Position des Begriffs in dem Begriffssystem. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 223)
- Quelle: Die Quellenangabe darf nicht fehlen, damit der Eintrag überprüfbar und

glaubwürdig sein kann. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 223)

- **Definition:** Hier werden alle Informationen angegeben, die relevant für die Beschreibung des Begriffs sind. Definitionen können auch Illustrationen und/oder Erklärungen erhalten. Je nach dem Zielsetzung einer Terminologie, werden andere Informationen in der Definition aufgeführt. Deswegen können Definitionen nicht einfach übernommen werden, denn der Zweck immer anders ist. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 224)
- **Kontexte:** Es wird der sprachliche und der assoziative Kontext unterschieden.

Der sprachliche Kontext bezieht sich auf übliche und feste Verbindungen der Benennungen mit anderen sprachlichen Elementen. Es kann auch definitorische Elemente enthalten. Der assoziative Kontext hingegen sagt nichts über sprachliche oder inhaltliche Informationen der Benennung aus. Er erlaubt nur, den Terminus in seinem Anwendungsbereich darzustellen. Der assoziative Kontext wird nur dann nützlich, wenn es keine Definition oder keinen sprachlichen Kontext gibt. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 224f.)

- **Bemerkungen:** Unter diesem Punkt sollen alle Informationen aufgeführt werden, die in anderen Rubriken nicht berücksichtigt wurden und die für den Empfänger bzw. Bearbeiter wichtig sein können. Hier können erscheinen, z. B. Angaben zum geographischen Anwendungsbereich, Kommentar zum Begriff, Synonyme, die in der Definition nicht erwähnt wurden. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 225)

– **Erarbeitung von Begriffssysteme**

Bei der Erarbeitung der Terminologie soll ein Begriffssystem aufgebaut werden, damit die Strukturierung der Terminologie übersichtlich ist. So ein System soll mit Hilfe von einem bzw. einer Sachkündigen, einem Fachmann entstehen, dem bzw. der auch die Überprüfung der angefertigten Terminologie beauftragt wird. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 225)

Handelt es sich um eine zwei- bzw. mehrsprachige Terminologie, müssen alle oben erwähnten Schritte getrennt für jede Sprache durchgeführt werden. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 225)

– **Bearbeitung des Materials im Systemzusammenhang**

Wurde das Begriffssystem festgestellt, so kommt es zur Vergabe von Notationen. Bei diesem Schritt

werden auch synonyme Benennungen angegeben, die dieselbe Notation haben. Danach soll der so erarbeitete terminologische Eintrag analysiert werden. Es handelt sich dabei um solche Fragenbereiche wie: Äquivalenz, Synonyme, Ergänzung von Definitionen, Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Terminologie, Benennungsvorschläge, wenn es keine Benennung gibt etc. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 225f.)

Wenn es Begriffs- und Benennungslücken gibt, sollen Übersetzungsvorschläge vorgelegt werden (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 226).

Wenn alles überprüft und analysiert wurde, sollen die endgültigen Daten in den terminologischen Eintrag eingetragen werden und danach der in der terminologischen Datenbank, wenn solches existiert, gespeichert werden. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 225f.)

– **Bereitstellung der terminologischen Daten für den Benutzer**

Wie die erarbeitete Terminologie bereitgestellt wird hängt von dem Medium sowie von dem Nutzerkreis ab. (vgl. Arntz/Picht/Mayer, 2009: 226f.)

V. Schlussfolgerungen für das Glossar

Zur Erstellung des Glossars bediente sich die Verfasserin vorliegender Masterarbeit eines Arztbriefes, der ihr dank der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und der Bewilligung des betroffenen Patienten zur Verfügung stand. Der erwähnte Arztbrief wurde in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Rehabilitationszentrum Meidling, Wien verfasst und dem Patienten per Post ausgehändigt. Obwohl der Arztbrief einem Patienten bzw. einer Patientin geschickt wird, ist er bzw. sie nicht als dessen Adressat gemeint. Der Arztbrief richtet sich an einen weiterbehandelnden Arzt bzw. eine weiterbehandelnde Ärztin.

Bei erwähntem Arztbrief handelt es sich um einen Patienten, der beim Entladen einer Narkosemaschine einen Arbeitsunfall erlitt, im Rahmen dessen er sich mehrere Schädelbasis- und Gesichtsschädelfrakturen zuzog. Der Unfall geschah vor dem Kaiser Franz Josef Spital in Wien, in dem der Patient erstversorgt wurde. Danach wurde er an die Unfallchirurgie der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Rehabilitationszentrum Meidling, Wien transferiert und dort weiterbehandelt. Da der Patient nach Spanien ziehen wollte, musste der Arztbrief ins Spanische übersetzt werden, damit eine Weiterbehandlung möglich war.

An der Unfallchirurgie wird mit verschiedenen medizinischen Disziplinen zusammengearbeitet. Es ist keine abgegrenzte Abteilung im Krankenhaus, in dem Krankheiten nur aus einem Bereich der Medizin behandelt werden. So sind die ÄrztInnen vorbereitet, die PatientInnen mit allen möglichen Verletzungen zu versorgen. Diese Vorbereitung wirkt sich auch auf die Kommunikationsfähigkeit des Personals aus, indem es bereit ist, sich im beruflichen Alltag mit Termini aus verschiedenen Bereichen der Medizin auseinanderzusetzen. Aus diesem Grund ist die Kommunikation in dieser Abteilung abwechslungsreich, aber auch anspruchsvoll. Jeder dort behandelte Patient bzw. jede dort behandelte Patientin ist ein Einzelfall, so ist auch jeder Arztbrief ein besonderer Fall. Diese Tatsache hat einen direkten Einfluss auf das Ausüben der beruflichen Tätigkeit von ÜbersetzerInnen, die keine Fachleute im Bereich Medizin sind, trotzdem die Arztbriefe höchst professionell übersetzen sollen, denn ihr Translat kann weitere Schritte bei einer Weiterbehandlung im Ausland beeinflussen.

Das Ziel der Erstellung dieses Glossars ist die Vorbearbeitung der Terminologie, die in einem Arztbrief verwendet wurde, damit das Ausüben der beruflichen Tätigkeit der ÜbersetzerInnen einfacher ist und schneller vorangeht. Dabei soll eine hohe Qualität des übersetzten Textes

gewährleistet werden.

Beim Bearbeiten der im Arztbrief angegebenen Terminologie musste der Fokus auf die Zielgruppe, die sie ansprechen soll, gerichtet werden. Bei einem Arztbrief handelt es sich um einen weiterbehandelnden Arzt bzw. eine weiterbehandelnde Ärztin, der bzw. die AdressatIn dieses Schreibens ist, worüber ausführlicher im Kapitel Der Arztbrief (Kapitel III) berichtet wurde. Da MedizinerInnen die Zielgruppe sind, muss die Terminologie unter bestimmten Kriterien bearbeitet werden. Es handelt sich um Kommunikation zwischen Fachleuten, die mit den für einen Arztbrief üblichen Sprachstrukturen, Floskeln und Fachausdrücken vertraut sind, die für einen Laien unverständlich sein können. In dieser Textsorte werden normalerweise kaum Fachausdrücke aus der Nomenklatur verwendet. In der Regel erscheinen in einem Arztbrief deutsche Fachwörter oder eingedeutschte Fachtermini, die vom Lateinischen oder Griechischen abgeleitet wurden.

Die für das Glossar ausgewählten Termini wurden einem Arztbrief entnommen. Das Kriterium für diese Auswahl waren alle Substantive, die den ÜbersetzerInnen bei ihrem translatorischen Handeln Schwierigkeiten bereiten könnten, denn sie stammen aus dem medizinischen Bereich. Die Zielsprache des Glossars ist Spanisch, worüber in der Einleitung berichtet wurde, denn diese Sprache ist eine der Arbeitssprachen der Verfasserin vorliegender Masterarbeit. So wurden alle ins Glossar eingeführten Termini sowohl in deutscher als auch in spanischer Sprache bearbeitet. Es handelt sich um eine punktuelle Untersuchung, die an einen bestimmten Auftrag gerichtet ist. Die Verfasserin vorliegender Masterarbeit geht davon aus, dass die ÜbersetzerInnen folgenden Arztbriefes mit den Konventionen erwähnter Textsorte sowohl im deutschen Sprachraum als auch in Spanien höchst vertraut sind. Dies ist notwendig, damit die medizinische Sprache richtig verstanden wird, ihre Strukturen erkannt werden und in der Folge der Text richtig übersetzt wird.

Die Definitionen der Begriffe, die dem Arztbrief entnommen wurden, stammen aus aktuellen medizinischen Nachschlagwerken, wie z.B. medizinischen Enzyklopädien, Wörterbüchern, die in der Muttersprache des Autors bzw. der Autorin verfasst wurden. Dies garantiert eine hohe Qualität der definierten Begriffe. Darüber hinaus wurden zahlreiche Internet-Quellen zu Rate gezogen, besonders bei der Recherche der spanischen Termini. Heutzutage sind viele Materialien im Internet verfügbar, was eine große Hilfe für ÜbersetzerInnen, die normalerweise unter Zeitdruck arbeiten, darstellt. Die im Internet gefundenen Definitionen und Kontexte wurden von online-Enzyklopädien oder -Wörterbüchern, sowie von Webseiten, die auf Medizin fokussiert sind, entnommen. Es wurde immer darauf geachtet, dass die Informationen von MuttersprachlerInnen verfasst wurden.

Die Begriffe wurden alphabetisch in das Glossar eingeordnet, damit dessen Struktur übersichtlich und die Arbeit damit zeitökonomisch und logisch erfolgt. Bei der Erstellung des Glossars wurde die Terminologie nach dem Muster Arntz/Picht/Mayer (1989) bearbeitet. Dafür wurden die Kategorien: Benennung, Quelle, Definition und Kontext verwendet. Zusätzlich wurden die Rubriken Grammatische Information und Synonyme eingeführt. Notation und Bemerkungen, die im Arntz/Picht/Mayer Muster erscheinen, werden in vorliegendem Glossar ausgelassen.

VI. Glossar

Benennung: Abduzensparese	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
Definition: Totaler bzw. teilweiser Ausfall des Nervus abducens mit Ausfall des äußeren geraden Augenmuskels (M. rectus lateralis). Führt zu Ausfall/ Störung der Abduktion des Augappels u. damit zu Doppelbildern (verstärkt bei Versuch des Seitwärtsblickens) u. zu Strabismus convergens bzw. Esophorie. Bei Ausfall des Nervenkernelns meist beidseitiger Muskelausfall, d.h. assoziierte Blicklähmung nach der geschädigten Seite bzw. assoziierte Augenabweichung (Déviation conjugué) nach der gesunden Seite hin.	
Quelle: <i>Roche Lexikon Medizin</i> . 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 3	
Kontext: Die Abduzensparese gilt nach wie vor als die häufigste Art des paralytischen Schielens. Die Diagnose wird aufgrund der orthoptischen bzw. ophthalmologischen Untersuchung festgestellt.	
Quelle: http://link.springer.com/article/10.1007%2F978-3-70-016421-1 15.02.2013	

Benennung: parálisis abducente	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
Definition: parálisis del músculo recto externo del ojo debido a una lesión del nervio abducente, con estrabismo interno y diplopía	
Quelle: http://www.iqb.es/diccio/p/paralisis.htm , 15.02.2013	
Kontext: Los síntomas pueden incluir parálisis facial, parálisis abducente, anorexia, cansancio, cefaleas, diplopia, parestesias, eritemia migrans y otros.	
Quelle: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/19084/s%C3%ADndrome , 15.02.2013	

Benennung: Apraxie	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Apraxia	
Definition: Unfähigkeit zur Ausführung erlernter zweckmäßiger Bewegungen oder Handlungen trotz erhaltener Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeit	
Quelle: Roche Lexikon Medizin. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 112	
Kontext: Wie diese Beispiele zeigen können, aufgrund der Apraxie, Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Lebensqualität im Alltag auftreten.	
Quelle: http://www.klinik-pirawarth.at/index.php?sid=680&PHPSESSID=f71910fd69e55bc3673bdac7bcdfe6ae , vom 19.02.2013	

Benennung: apraxia	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
Definition: La apraxia es una alteración del uso de los movimientos de habilidad aprendidos (por ejemplo, movimientos de las extremidades o el habla) que ocurre generalmente por daños que afectan al hemisferio izquierdo del cerebro. La apraxia es un término general para un trastorno de los movimientos enseñados de habilidad que no se pueden atribuir a la pérdida sensorial, debilidad u otros deterioros cognitivos. Para obtener beneficio en el procesamiento o la habilidad cada vez que una persona intenta realizar movimientos complejos de las extremidades, la boca y la cara, las personas desarrollan una memoria que permite movimientos suaves y eficientes. El hemisferio izquierdo del cerebro es esencial para la capacidad de realizar movimientos de habilidad aprendidos. Etiologías neurológicas que afectan a la corteza cerebral izquierda pueden desembocar en apraxia. La apraxia puede aparecer en diferentes tipos de movimientos especializados aprendidos como apraxia de los miembros, apraxia del habla, apraxia buco-facial y agrafía apráxica. La apraxia a menudo se acompaña de otros impedimentos de la función del hemisferio izquierdo como afasia, dislexia, disartria, y disgrafía. Aunque es más común en adultos, la apraxia puede surgir en niños que sufren daños cerebrales o que no desarrollan la habilidad debido a la disfunción neurológica del hemisferio izquierdo, a veces llamado dispraxia del desarrollo.	
Quelle: http://www.salud.es/apraxia vom 21.02.2013	
Kontext: Para identificar si una persona sufre apraxia basta con analizar sus síntomas: incapacidad para integrar los movimientos de los músculos de forma fluida, realizar una acción diferente a la que se desea porque el organismo no responde correctamente a los deseos de la persona, distorsión, repetición u omisión en los sonidos del habla; dificultad para expresar oraciones con sentido, anomia, incapacidad de utilizar frases comunes y cotidianas sin dificultad.	
Quelle: http://definicion.de/apraxia/ vom 21.02.2013	

Benennung: Ataxie	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Ataxia	
<p>Definition: gestörte Bewegungskoordination durch eine zentralnervöse Störung, die auf der Ebene des Rückenmarks (spinale Ataxie) oder des Kleinhirns (zerebelläre Ataxie) auftreten kann; die Ataxien werden heute in erbliche und nicht erbliche Ataxien unterteilt; die erblichen Ataxien können autosomal-dominant oder autosomal-rezessiv auftreten; bei den nicht erblichen Ataxien unterscheiden man Ataxien mit bekannter Ursache (symptomatische Ataxien), wie z.B. alkoholische Kleinhirnatrophie, und idiopathische oder sporadische Ataxien unbekannter Ursache</p> <p>Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i>. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 151</p> <p>Kontext: Sehr häufig läßt sich als Ursache für das Symptom Ataxie ein Untergang von Nervenzellen im Zentralnervensystem (ZNS), vor allem im Kleinhirn (Cerebellum) oder Rückenmark (Medulla spinalis) nachweisen.</p> <p>Quelle: http://ataxie.de/content.php/102-ataxie-und-genetik-einfach-erklärt vom 21.02.2013</p>	

Benennung: ataxia	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
<p>Definition: La ataxia es, en principio, un síntoma, no es una enfermedad específica o un diagnóstico. Ataxia quiere decir torpeza o pérdida de coordinación. La ataxia puede afectar a los dedos, manos, extremidades superiores e inferiores, al cuerpo, al habla, o a los movimientos oculares. Esta pérdida de coordinación puede ser causada por varios y diversos condicionantes médicos y neurológicos; por esta razón, es importante que una persona con ataxia busque atención médica para determinar la causa subyacente del síntoma y conseguir el diagnóstico apropiado. Por otra parte, y englobando un cierto número de cuadros clínicos definidos, estas enfermedades tienen un denominador común entre ellas, la progresiva alteración del equilibrio al ponerse de pie y caminar, junto con una falta de coordinación de las extremidades.</p> <p>Quelle: http://www.atamad.org/que-es-la-ataxia/definicion.html vom 21.02.2013</p> <p>Kontext: Los pacientes de ataxia reclaman a la Sanidad la posibilidad de acceder a la rehabilitación como el arma más eficaz para combatir los efectos de esta enfermedad o grupo de enfermedades.</p> <p>Quelle: http://www.huelvainformacion.es/article/huelva/449103/los-pacientes/ataxia/exigen/recibir/rehabilitacion.html , vom 21.02.2013</p>	

Benennung: Babinski-Reflex	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme: Babinski-Phänomen	
Definition: Bestreichen des äußeren Fußrandes führt bei Pyramidenbahnschädigung zu tonischer Dorsalbewegung der großen Zehe (positiver Babinski) und oft auch spreizender Plantarbewegung der übrigen Zehen (Fächerphänomen)	
Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i> . Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 177	
Kontext: Der Babinski-Reflex, (...), Zehenreflex, tritt bei Kindern bis zu einem Jahr auf und ist das fächerartige Ausspreizen der Zehen und die Dorsal-Flexion der großen Zehe.	
Quelle: http://lexikon.stangl.eu/5902/babinski-reflex/ vom 19.02.2013	

Benennung: signo de Babinski	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme: Reflejo de Babinski; Reflejo plantar extensor	
Definition: Es un reflejo que ocurre cuando el dedo gordo del pie se mueve hacia la parte superior del pie y los otros dedos se abren en abanico después de que la planta del pie haya sido frotada firmemente. Este reflejo o signo es normal en niños pequeños, pero es anormal después de los 2 años de edad	
Quelle: http://www.medico.com/es/topic/reflejo-de-babinski/definicion vom 21.02.2013	
Kontext: Presentamos una paciente colombiana de 60 años de edad, quien padeció un infarto de la arteria cerebral media izquierda, originándole hemiplejía derecha, afasia motora, parálisis facial "central" derecha y atrofia del músculo platismo derecho. Este último hallazgo, originalmente descrito por Joseph Babinski, el cual es el verdadero signo de Babinski, no fue identificado sino hasta dos años y siete meses después de haberse presentado el ictus, aunque había sido evaluada, previamente, por diferentes especialistas en ciencias neurológicas.	
Quelle: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0025-76802007000400009 vom 21.02.2013	

Benennung: Calvaria (PL. Calvariae)	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Kalotte, Schädeldach, Schädelkalotte	
Definition: von den beiden Stirn- [Os frontale] und Schädelbeinen [Os parietale] sowie Teilen des Hinterhauptbeins [Os occipitale] gebildetes knöchernes Schädeldach; bildet zusammen mit der Schädelbasis, von der sie nur unscharf abgegrenzt wird, den knöchernen Schädel	
Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i> . Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 325	
Kontext: Die Calvaria wird durch die Sutura coronalis, sigittalis und lambdoidea untergliedert. Beim Neugeborenen erscheinen diese Nähte an den Kreuzungsstellen noch verbreitert und bilden so vorn die Stirnfontanelle (Fonticulus ant.), hinten die Hinterhauptsfontanelle (Fonticulus post.) und lateral die vordere bzw. hintere Seitenfontanelle (Fonticulus sphenoidalis und Fonticulus mastoideus)	
Quelle: http://books.google.at/books?id=mOXxh91EZWAC&pg=PA242&lpg=PA242&dq=Bruch+der+Calvaria&source=bl&ots=CqoS8btF6b&sig=VyaHAOZVJp5EjmG33ziMDBIoRcs&hl=de&sa=X&ei=zFonUYuGCorWsgbzo4GYCQ&ved=0CDwQ6AEwAjgK#v=onepage&q=Bruch%20der%20Calvaria&f=false vom 22.02.2013	

Benennung: calvario	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme: Calvaria	
Definition: Bóveda del cráneo o parte superior del cráneo cuya forma varía mucho de unos individuos a otros. En algunos sujetos la calota es relativamente oval, en otros es más circular	
Quelle: http://www.onsalus.com/diccionario/calvaria-calvario/5275 vom 22.02.2013	
Kontext: La convexidad de la calvaria distribuye y, en general, minimiza los efectos de un golpe en la cabeza. Sin embargo, golpes fuertes en áreas delgadas de la calvaria pueden producir fracturas deprimidas, donde un fragmento óseo se desplaza hacia el interior, y comprime y/o lesiona el encéfalo.	
Quelle: http://books.google.at/books?id=4ywjo9aQDt8C&pg=PA892&lpg=PA892&dq=la+fractura+del+calvario&source=bl&ots=By92qkZQte&sig=8thn_K9roFPoQa1o077Pw8P5j6E&hl=de&sa=X&ei=uVcnUY3XHub44QT5ioHICw&ved=0CIYBEOgBMAg#v=onepage&q=la%20fractura%20del%20calvario&f=false vom 22.02.2013	

Benennung: Fraktur	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Bruch, Fractura, Knochenbruch	
<p>Definition: die Trennung des Zusammenhalts eines über seine Elastizitätsgrenze hinaus belasteten Knochens unter Bildung zweier oder mehrerer Bruchstücke (Fragmente) mit oder ohne Verschiebung. Als sichere Zeichen gelten abnorme Beweglichkeit, Reibegeräusche bei Bewegung, Achselfehlstellungen, freiliegende Knochenenden bei offenen Frakturen sowie die entsprechenden Röntgenbefunde, als unsichere Zeichen Hämatom, Schmerz und Funktionsstörung. Als Komplikationen treten Nerven-, Gefäß- und Gelenkverletzungen, Schock, Fettembolie, eine ischämische Kontraktur, Nekrosen, Brückenkallus, Pseudarthrose sowie Sudeck-Dystrophie auf.</p>	
<p>Quelle: <i>Roche Lexikon Medizin</i>. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 641</p>	
<p>Kontext: Besonders im Kindesalter gibt es spezielle Frakturen, die sich bei Erwachsenen auf Grund der anderen Knochenbeschaffenheit nicht finden. Die Knochen bei Kindern sind "weicher".</p>	
<p>Quelle: http://www.dr-gumpert.de/html/kindlicher_knochenbruch.html vom 21.02.2013</p>	

Benennung: fractura	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
<p>Definition: Rotura de un hueso producida de forma espontánea (generalmente en un hueso debilitado por un proceso patológico) o por un traumatismo. En los casos en que la fractura es el resultado de un traumatismo, se dice que es directa cuando se produce en el punto que ha recibido el golpe e indirecta cuando se rompe a cierta distancia del punto de impacto; en este caso la fractura está provocada por un movimiento de torsión, tracción o flexión. Se dice que la fractura es abierta si existe una lesión exterior de la piel y de los tejidos blandos o cerrada, en caso contrario; la fractura puede ser completa si afecta a todo el grosor del hueso o incompleta si no destruye completamente su continuidad. Las fracturas pueden complicarse con otro tipo de lesiones: nerviosas, vasculares, musculares, tendinosas, viscerales o una infección. Clínicamente se manifiestan por dolor, impotencia funcional y deformidad de la zona afectada. Las fracturas se curan por soldadura con la formación de un callo fibroso que poco a poco se osifica. El tratamiento de las fracturas consiste en la reducción y la inmovilización de la parte lesionada mediante escayola o vendaje. Una vez soldado el hueso, se deberá seguir un proceso de rehabilitación. Las fracturas que no pueden tratarse por el método anterior deberán corregirse quirúrgicamente por osteosíntesis.</p>	
<p>Quelle: http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/fractura.html vom 25.02.2013</p>	
<p>Kontext: La reparación quirúrgica se recomienda para casos de fracturas complicadas que no se pueden realinear (reducir) por medio de métodos no quirúrgicos. Esto se aplica especialmente en fracturas que involucren articulaciones. Las superficies articulares mal alineadas pueden contribuir al desarrollo de artritis.</p>	
<p>Quelle: http://www.umm.edu/esp_ency/article/002966.htm vom 25.02.2013</p>	

Benennung: Hartspann	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme: Myogelose, Muskelhartspann, Muskelhärte	
Definition: knotenartige Verhärtung der Muskulatur mit Druck und Spontanschmerz; meist bedingt durch Fehlbelastung oder entzündliche Prozesse	
Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i> . Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 879	
Kontext: Einen muskulären Hartspann (Verhärtungen im Muskel) findet man häufig bei Patienten, die aufgrund seelischer Belastungen sehr angespannt sind. Oft sind die Muskeln im Schulter-Nackebereich betroffen, was zu starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen kann.	
Quelle: http://www.gesundheitsberatung.de/ratgeber-muskelschmerzen-ueberblick.html vom 22.02.2013	

Benennung: induración muscular	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: tensión muscular, miogelosis	
Definition: El estado de tensión (tonificación) del músculo se encuentra incrementado, el músculo acortado se palpa duro. (...) Los músculos o los grupos de músculos afectados se pueden palpar como pequeños nódulos o protuberancias que no se pueden deshacer completamente mediante masajes.	
Quelle: http://www.binipatia.com/miogelosis-tension-muscular/ vom 25.02.2013	
Kontext: Sin embargo, a última hora del lunes el club puntualizó que "el campeón inglés sintió una leve induración muscular al final del entrenamiento que no debería comprometer su participación en el partido amistoso".	
Quelle: http://www.elnuevodiario.com.ni/imprimir.php/36746 vom 25.02.2013	

Benennung: Hirnödem	Grammatische Information: Sg., Neutrum
Synonyme: Hirnschwellung, Gehirnödem	
<p>Definition: »feuchte Volumenzunahme« des Gehirns = Hirnschwellung, und zwar allgemein oder örtlich begrenzt (z.B. - perifokal – um Tumoren, ischämische Insulte etc.). Als vasogenes oder gliovasales H. eine Schwellung der Astroglia (Astrozytenfortsätze) und Erweiterung der Extrazellularräume (sog. Interstitielles H. mit Ansammlung eiweißarmer oder -reicher Flüssigkeit nach Trauma). Das Gehirn ist blass, zeigt abgeflachte Hirnwindungen, verschälerte Furchen, evtl. auch örtliche Gewebsuntergänge (»Ödemnekrosen«); wird verursacht durch erhöhte Gefäßdurchlässigkeit infolge Schädigung der Blut-Hirn-Schranke durch Hirnschämie (Hirnhypoxie); verursacht Hirndruck. Als zytotoxisches H. (intrazelluläres H.; gliales H.) mit Schwellung der Astroglia vorwiegend der grauen Hirnsubstanz ohne Erweiterung des extrazellulären Raumes; wird verursacht durch Störung des Zellstoffwechsels mit Hemmung der Ionenpumpe (z.B. bei Urämie, Dialyse-Anw., Wasserintoxikation, bei Hirnschämie [H., ischämisches]), eine elektive Störung der Blut-Hirn-Schranke der Glia (Hemmung der »Ionenpumpe«; z.B. bei Anoxie, Azidose); evtl. als reines Markscheidenödem (Aufsplitterung der Myelinlamellen).</p> <p>Quelle: <i>Roche Lexikon Medizin</i>. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 834</p> <p>Kontext: Folge eines Hirnödems ist eine lokale oder generalisierte Erhöhung des Hirndrucks mit Schädigung des umliegenden Hirngewebes.</p> <p>Quelle: http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/hirnoedem/ , vom 15.02.2013</p>	

Benennung: edema cerebral	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme:	
<p>Definition: consiste en un aumento anómalo del contenido de agua en el cerebro y se produce en todos los tipos de isquemia cerebral y accidente cerebrovascular hemorrágicos. El aumento de la retención de agua en el cerebro causa un aumento de la presión intracraneal. Esta presión hace que el cerebro sea empujado contra el cráneo, lo que produce un deterioro neurológico y la muerte debido a una hernia. El edema cerebral y la herniación del cerebro es la causa de la muerte de aproximadamente el 75% de todas las víctimas de accidentes cerebrovasculares fatales y el 33% de las muertes de todos los eventos isquémicos del cerebro.</p> <p>Quelle: http://www.salud.es/edema-cerebral, 15.02.2013</p> <p>Kontext: El edema cerebral, una complicación neurológica muy grave, puede darse en numerosas alteraciones: traumatismos, hemorragias o gliomas.</p> <p>Quelle: http://www.investigacionyciencia.es/mente-y-cerebro/numeros/2012/11/mutaciones-responsables-del-edema-cerebral-10609 , 15.02.2013</p>	

Benennung: Meningismus	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Pseudomeningitis, meningeales Syndrom, Meningose	
Definition: durch eine Reizung der Hirnhäute entstehender Symptomenkomplex [Kopfschmerz, Nackensteife], der auch ohne eine Hirnhautentzündung auftreten kann.	
Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i> . Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1346	
Kontext: Der Meningismus wird durch passiv geführte Bewegung des Kopfes durch den Untersuchenden geprüft. Beim sitzenden Patienten wird dieser zur Entspannung angeleitet, der Kopf des Patienten wird gefasst und mit moderater Schwung nach vorne Richtung Brustbein gebeugt.	
Quelle: http://flexikon.doccheck.com/de/Meningismus , 15.02.2013	

Benennung: meningismo	Grammatische Information: Sg., m.
Synonyme: síndrome meníngeo	
Definition: La inflamación de las meninges produce una sintomatología típica que se denomina meningismo o síndrome meníngeo, caracterizada por intenso dolor de cabeza, rigidez de la nuca y una serie de signos que el médico explora. Se pueden sufrir, además, vómitos, convulsiones, fotofobia, obnubilación, estado comatoso... En las meningitis bacterianas se dan conjuntamente el síndrome meníngeo y un proceso infeccioso caracterizado por fiebre elevada, debilidad muscular y sudoración. En ocasiones, los primeros síntomas de la meningitis difieren poco de los de una infección aguda cualquiera: fiebre, malestar... Pero pronto aparecen las clásicas manifestaciones de la meningitis, fundamentalmente la triada dolor de cabeza, fiebre y meningismo, presentes en el 90% de los casos.	
Quelle: http://revista.consumer.es/web/es/20011101/salud/ , vom 21.02.2013	
Kontext: El diagnóstico de meningismo es generalmente establecido con facilidad de situando ambas manos debajo del occipucio del paciente, después de realizar una suave rotación para asegurarse de la relajación del paciente, para flexionar a continuación la cabeza. La flexión está limitada o aún abolida por un espasmo a veces doloroso de los músculos espinales.	
Quelle: http://www.wikineurocirugia.com/doku.php?id=meningismo , vom 21.02.2013	

Benennung: Nasenatmung	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
<p>Definition: die psychologische Atmung des Menschen (beim Erwachsenen bei körperlicher Belastung auch Mundatmung), bei der die Atemluft durch die Nase eingeatmet und dort erwärmt, angefeuchtet, gereinigt u. den Epithelzellen des Riechorgans zugeführt wird.</p> <p>Quelle: <i>Roche Lexikon Medizin</i>. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 1293</p> <p>Kontext: Eine einfache und auch komplikationslose Behandlung der behinderten Nasenatmung bietet die Osteopathie, wobei dies jeder auch bei sich selbst durchführen kann.</p> <p>Quelle: S. 134 http://books.google.at/books?id=slcXCdYCeUUC&pg=PA134&dq=Nasenatmung&hl=de&sa=X&ei=k5gqUcrFKcKHhQeBwoDwDA&ved=0CEwQ6AEwBDgK#v=onepage&q=Nasenatmung&f=false</p>	

Benennung: respiración nasal	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
<p>Definition: La respiración nasal es el elemento básico, indispensable, primordial, etc. para la vida del ser humano. Gracias a la respiración se dan las bases del intercambio gaseoso de nuestro organismo, de la vida neuronal, de la actividad hemática, y de toda una innumerable lista de funciones básicas. El aire debe penetrar dentro de nuestro organismo y llega a los pulmones. La entrada es y debe ser a través de las fosas nasales o nariz.</p> <p>Quelle: http://www.farauzorl.org.ar/info-pacientes-y-medicos/pacientes/lectura/respiracion-nasal-su-importancia-y-necesidad vom 25.02.2013</p> <p>Kontext: La respiración nasal ofrece claras ventajas frente a la bucal: las fosas nasales filtran el aire, limpiándolo de impurezas, pero además lo templan y humidifican. Respirar por la nariz supone un mayor trabajo, pues hay que vencer una resistencia mayor, pero así los músculos torácicos abren más los alveolos pulmonares, con lo que se incrementa la capacidad torácica.</p> <p>Quelle: http://www.igerontologico.com/salud/respiratorio/respirar-mejor-es-vivir-mejor-consejos-practicos/243 vom 25.03.2013</p>	

Benennung: Orbita (PL: die Orbitae)	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme: Augenhöhle	
<p>Definition: die pyramidenförmige Augenhöhle, die das Auge und seine Anhangsgebilde aufnimmt; ihre Wände werden von Os frontale (Dach), Os zygomaticum (seitliche Wand und Teil des Bodens), Maxilla (Teil des Bodens), Os lacrimale (Teil der inneren Wand) und Os ethmoidale (Teil der inneren Wand) gebildet; steht mit der Fossa infratemporalis und pterygopalatina (über die Fissura orbitalis inferior), der mittleren Schädelgrube (über die Fissura orbitalis superior), der Nasenhöhle (via Canalis nasolacimalis), der vorderer Schädelgrube (über das Foramen ethmoidale anterius) und den hinteren Siebbeinzellen (über das Foramen ethmoidale posterius) in Verbindung</p> <p>Quelle: Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. <i>Springer Lexikon Medizin</i>. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1576f.</p> <p>Kontext: Zur Orbita gehören zudem noch die obere und untere Orbitalspalte und das Sehnervloch. Durch diese Öffnungen gelangen Nerven, Arterien und Venen in die Orbita.</p> <p>Quelle: http://www.optik.franzen.ch/new/Dokumente/Das%20Auge.pdf vom 21.02.2013</p>	

Benennung: cavidad orbitaria	Grammatische Information: Sg., f.
Synonyme:	
<p>Definition: Profundidad en el cráneo que protege y aloja al globo ocular y sus anexos. Tiene la forma de pirámide de base cuadrangular (con esquinas redondeadas) y punta truncada, en la cual hay un orificio llamado agujero óptico. Sus partes principales son las paredes, los bordes, el reborde orbitario y el agujero óptico.</p> <p>Quelle: http://saludvisual.info/anatomia-y-fisiologia/cavidad-orbitaria/ vom 25.02.2013</p> <p>Kontext: Las dimensiones de la cavidad orbitaria varían mucho según las razas, los individuos y las edades. Por término medio, la profundidad es de 42 a 50 mm ; la anchura, a nivel de la base de 50 mm ; la altura, también a nivel de la base, de 35 mm. El conocimiento de estas dimensiones tiene cierto interés práctico, a causa de los traumatismos que pueden recaer en la órbita o en su contenido y en razón también de las intervenciones que en ella se practican. Sabemos que el nervio óptico corresponde a la mitad posterior de la cavidad, y el globo del ojo a su mitad anterior.</p> <p>Quelle: http://pl.scribd.com/doc/45018514/cavidad-orbitaria vom 25.02.2013</p>	

Benennung: Schädelhirntrauma	Grammatische Information: Sg, Neutrum
Synonyme:	
<p>Definition: Abk. SHT; Sammelbezeichnung für gedeckte und offene Schädelverletzung (mit oder ohne Schädelfraktur) mit Beteiligung des Gehirns; häufig i.R. des Polytraumas; Einteilung: klinisch in Schweregrade (korreliert mit Progn.); 1. nach Glasgow Coma Skala: a) (meist) leichtes SHT: GCS initial 15-13 (meist 15) ; posttraumatische Bewusstseinstörung ≤ 15 Min., peritraumatische Amnesie ≤ 24 Std., kein fokales neurol. Defizit u. meist kein Pathol. Herdbefund im CCT; i.d.R. transiente Sympt.; entspr. Commotio cerebri u. SHT I (s.u.); b) mittelschweres SHT: GCS initial 12-9; c) schweres SHT: GCS initial 8-3; posttraumatische Bewusstseinstörung >24 Std. u./od. Hirnstammzeichen (Dezerebration: Ausfall der Großhirnfunktionen); 2. nach Dauer der posttraumatischen Bewusstlosigkeit: a) SHT I: ≤ 30 Min.; b) SHT II: ≤ 60 Min.; c) SHT III: > 60 Min.; Sympt.: je nach Schweregrad; Kopfschmerz*, Nackenschmerz, Übelkeit, Bewusstseinstörung (evtl. Koma) u.a.; Kompl.: 1. (allg.) zerebrales Hyperperfusionssyndrom, Hirnödem, Hirndrucksteigerung, Einklemmung, Dezerebration, Compresio cerebri; 2. intrakranielle Blutung; 3. bei offenem SHT insbes. Infektion (v.a. Meningoenzephalitis od. Hirnabszess), Liquorfistel, Pneumozephalus; 4. posttraumatisch: Epilepsie, posttraumatische Hirnleistungsstörung, apallisches Syndrom; Diag.; u.a. klin. Untersuchung u. bildgebende Verfahren; Ther.: je nach Schweregrad u. Komplikationen; Erstversorgung mit Sicherung der Vitalfunktionen (ggf. Reanimation) u. Antibiotika (offenes SHT); bei offenem SHT Deckverband (ggf. Druckverband) u. innerhalb 8-18 Std. neuro-chir. Verschluss der Dura Mater (Abdichtung, Deckung).</p> <p>Quelle: <i>Pschyrembel. Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.</i> 2009. Margraf, Jürgen, Müller-Spahn, Franz J. (Hg.). Berlin: Walter de Gruyter. GmbH & Co. KG, 703</p> <p>Kontext: Ist die Diagnose des Schädelhirntraumas abgeschlossen, stehen dem Ärzteteam verschiedene Arten der Therapie offen, die vom Grad des Schädelhirntraumas und der Lokalisierung der Verletzung abhängen.</p> <p>Quelle: http://www.schaedelhirntrauma.net/therapie/, 15.02.2013</p>	

Benennung: traumatismo craneoencefálico	Grammatische Information: Sg, m.
Synonyme: el traumatismo craneal, la trauma craneal, la lesión cerebral traumática	
<p>Definition: Cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. En el trauma craneal hay repercusión neurológica con disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos y amnesia postraumática.</p> <p>Quelle: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/T/Traumatismo%20craneoencefalico/Paginas/trauma.aspx#descripcion, vom 15.02.2013</p> <p>Kontext: En los países desarrollados los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen un problema médico y social de primer orden. Las secuelas que producen tienen una importante repercusión en el medio laboral, social y familiar.</p> <p>Quelle: http://www.biopsicologia.net/Nivel-5-Discapacidad/2.2.08.-Demencia-debida-a-traumatismo-craneal.html , vom 15.02.2013</p>	

Begriffsliste

Deutsch	Spanisch
Abduzensparese	Parálisis abducente
Apraxie	apraxia
Ataxie	ataxia
Babinski-Reflex	Signo de Babinski
Calvaria	calvario
Fraktur	fractura
Hartspann	induración muscular
Hirnödem	edema cerebral
Meningismo	meningitis
Nasenatmung	respiración nasal
Orbita	cavidad orbitaria
Schädelhirntrauma	traumatismo craneoencefálico

Bibliographie

Eigenständige Werke, Sammelbände und Artikel in Fachzeitschriften

Becker, Andrea/Hundt, Markus „Die Fachsprache in der einzelsprachlichen Differenzierung“. In: Hoffmann, Lothar/ Kalverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.

Biere, Bernd Ulrich „Verständlichkeit beim Gebrauch von Fachsprachen“. In: Hoffmann, Lothar/ Kalverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.

Bünting, Karl-Dieter, Kochan, Detlef C. „Die Fachsprache der Linguisten“. In: Klute, Wilfried, 1975. *Fachsprache und Gemeinsprache*. (Hg.) Frankfurt am Main: Diesterweg.

Fijas, Liane. „Das Postulat der Ökonomie für den Fachsprachengebrauch“. In: Hoffmann, Lothar/ Kalverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.

Fluck, Hans-Rüdiger. 1985. *Fachsprachen. Einführung und Bibliographie*. Tübingen: Francke Verlag GmbH

Gaus, Wilhelm. 2005. *Dokumentations- und Ordnungslehre*. 5. Auflage. Berlin Heidelberg: Sprinter Verlag, 288-292

v. Hahn, Walter. „Das Postulat der Explizität für den Fachsprachengebrauch. In: Hoffmann, Lothar/ Kalverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.

Heckl, Reiner W. 2012. *Sprachdummheiten in der Medizin. Mit kollegialen Grüßen.... Heidelberg: Sprinter Medizin Verlag, 55*

- Heckl, Reiner W. 1983. *Der Arztbrief. Eine praktische Anleitung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hoffmann, Lothar. 1985. *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. Tübingen: Narr.
- Holubar, Karl & Schmidt, Cathrin. 2007. *Medizinische Terminologie und ärztliche Sprache*. Wien: Facultas.
- Huisman, Bernt-Dieter. 2009. *Formularsammlung und Diskussionsbeitrag zu Diagnostik und Therapie bei Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose und Koinfektionen. Kosten, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie*. Norderstedt: GRIN Verlag, 24
- Jauch, Karl-Walter. „Der Arztbrief“. In: Jauch, Karl-Walter, Mutschler, Wolf, Wichmann, Matthias *Chirurgie. Basisweiterbildung. In 99 Schritten durch den Common Trunk*. 2007. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 569-572
- Kadrić, Mira/ Kaindl, Klaus/Kaiser-Cooke, Michèle. 2010. *Translatorische Methodik*. 4. überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Kahlverkämper, Hartwig. „Fach und Fachwissen“. In: Hoffmann, Lothar/ Kahlverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.
- Kahlverkämper, Hartwig. „Fachsprache und Fachsprachenforschung“. In: Hoffmann, Lothar/ Kahlverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.
- Karenberg, Axel. 2000. *Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Lewandowski, Theodor. 1976. *Linguistisches Wörterbuch I*. Heidelberg: Quelle & Meier, S. 371-372

Lorenz, Rebecca. 2007. *Grundsätzliche Aspekte der Entwicklung von Fachsprachen*. Frankfurt am Main: GRIN Verlag GmbH.

Möhn, Dieter/ Pelka, Roland. 1984. *Fachsprachen. Eine Einführung*. Tübingen: Niemeyer.

Murken, Axel Hinrich. 1994. *Lehrbuch der medizinischen Terminologie. Grundlagen der ärztlichen Fachsprache*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Oksaar, Els, „Das Postulat der Anonymität für den Fachsprachengebrauch“. In: Hoffmann, Lothar/ Kalverkämper, Hartwig/ Wiegand, Herbert Ernst. (Hrsg.). *Fachsprachen: ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. Halbband. 1. 1999. Berlin: Walter de Gruyter.

Roelcke, Thorsten. 2010. „*Fachsprachen*“. Berlin: E.Schmidt.

Stolze, Radegundis. 2009. *Fachübersetzen – Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Berlin: Frank&Timme.

Tejero Álvarez, Mercedes. 2004. *Documentación clínica y archivo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Wörterbücher und Nachschlagwerke

Psyhyrembel. Psychatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2009. Margraf, Jürgen, Müller-Spahn, Franz J. (Hg.). Berlin: Walter de Gruyter. GmbH &Co. KG, 41, 68, 94

Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. *Springer Lexikon Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 479, 980

Roche Lexikon Medizin. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 1034, 1513, 1816

Internet-Quellen

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Fachsprache>, vom 21.09.2012

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-20915> , vom 10.10.2012 (Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe del alta)

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html#a20 , vom 10.10.2010 (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)

<http://mleon.files.wordpress.com/2010/05/consensoinformealtahospitalaria.pdf>, vom 10.10.2012
(Conthe Guitiérrez P. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. 2010. Med Clin (Barc).)

http://www.ipn.uni-kiel.de/zfdn/pdf/16_Rinke.pdf (Rinke, Karstin. Alltagssprache, Fachsprache und ihre besonderen Bedeutungen für das Lernen. In: Zeitschrift für Didaktik der Naturwissenschaften. 2010. Jg, 16/2010)

<http://www.doku.net/artikel/terminolo1.htm> , vom 13.03.2013

Glossar

Linkliste:

Link	Abrufdatum
http://link.springer.com/article/10.1007%2F978-3-70-016421-1	15.02.13
http://www.iqb.es/diccio/p/paralisis.htm	15.02.13
http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/19084/s%C3%A9ptimo	15.02.13
http://www.klinik-pirawarth.at/index.php?sid=680&PHPSESSID=f71910fd69e55bc3673bdac7bcdfe6ae	19.02.13
http://www.salud.es/apraxia	21.02.13
http://definicion.de/apraxia/	21.02.13
http://ataxie.de/content.php/102-ataxie-und-genetik-einfach-erkl%C3%A4rt	21.02.13
http://www.atamad.org/que-es-la-ataxia/definicion.html	21.02.13
http://www.huelvainformacion.es/article/huelva/449103/los-pacientes-ataxia/exigen/recibir/rehabilitacion.html	21.02.13
http://lexikon.stangl.eu/5902/babinski-reflex/	19.02.13
http://www.medico.com/es/topic/reflejo-de-babinski/definicion	21.02.13
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0025-76802007000400009	21.02.13
http://books.google.at/books?id=mOXxh91EZWAC&pg=PA242&lpg=PA242&dq=Bruch+der+Calvaria&source=bl&ots=CqoS8btF6b&sig=VyaHAOZVJp5EjmG33ziMDBIoRcs&hl=de&sa=X&ei=zFonUYuGCorWsgbzo4GYCQ&ved=0CDwQ6AEwAjgK#v=onepage&q=Bruch%20der%20Calvaria&f=false	21.02.13
http://www.onsalus.com/diccionario/calvaria-calvario/5275	22.02.13
http://books.google.at/books?id=4ywjo9aQDt8C&pg=PA892&lpg=PA892&dq=la+fractura+del+calvario&source=bl&ots=By92qkZQte&sig=8thn_K9roFPoQa1o077Pw8P5j6E&hl=de&sa=X&ei=uVcnUY3XHub44QT5ioHICw&ved=0CIYBEOgBMAg#v=onepage&q=la%20fractura%20del%20calvario&f=false	22.03.13
http://www.dr-gumpert.de/html/kindlicher_knochenbruch.html	21.02.13
http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/fractura.html	25.02.13
http://www.umm.edu/esp_ency/article/002966.htm	25.02.13
http://www.gesundheitsberatung.de/ratgeber-muskelschmerzen-ueberblick.html	22.02.13
http://www.binipatia.com/miogelosis-tension-muscular/	25.02.13
http://www.elnuevodiario.com.ni/imprimir.php/36746	25.02.13
http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/hirnoedem/	15.02.13
http://www.salud.es/edema-cerebral	15.02.13
http://www.investigacionyciencia.es/mente-y-	15.02.13

cerebro/numeros/2012/11/mutaciones-responsables-del-edema-cerebral-10609	
http://flexikon.doccheck.com/de/Meningismus	15.02.13
http://revista.consumer.es/web/es/20011101/salud/	21.02.13
http://www.wikineurocirugia.com/doku.php?id=meningismo	21.02.13
http://books.google.at/books?id=slcXCdYCeUUC&pg=PA134&dq=Nasentmung&hl=de&sa=X&ei=k5gqUcrFKcKHhQeBwoDwDA&ved=0CEwQ6AEwBDgK#v=onepage&q=Nasentmung&f=false	25.02.13
http://www.farauzorl.org.ar/info-pacientes-y-medicos/pacientes/lectura/respiracion-nasal-su-importancia-y-necesidad	25.02.13
http://www.igerontologico.com/salud/respiratorio/respirar-mejor-es-vivir-mejor-consejos-practicos/243	25.02.13
http://www.optik.franzen.ch/new/Dokumente/Das%20Auge.pdf	21.02.13
http://saludvisual.info/anatomia-y-fisiologia/cavidad-orbitaria/	25.02.13
http://pl.scribd.com/doc/45018514/cavidad-orbitaria	25.02.13
http://www.schaedelhirntrauma.net/therapie/	15.02.13
http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapitantes/T/Traumatismo%20craneencefalico/Paginas/trauma.aspx#descripcion	15.02.13
http://www.biopsicologia.net/Nivel-5-Discapacidad/2.2.08.-Demencia-debida-a-traumatismo-craneal.html	15.02.13

Druckliteratur:

Psyhyrembel. Psychatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2009. Margraf, Jürgen, Müller-Spahn, Franz J. (Hg.). Berlin: Walter de Gruyter. GmbH &Co. KG, 703

Reuter, Peter/Myers, Fort. 2004. *Springer Lexikon Medizin.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 151, 177, 325, 879, 1346, 1576f

Roche Lexikon Medizin. 2003. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. 5. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 3, 112, 641, 834, 641

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (Quelle: Heckl, 1983: 72).....	53
--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Quelle: Stolze, 2009: 45)	16
Abbildung 2 (Quelle: Heckl, 1983: 10-11)	41
Abbildung 3 (Quelle: Huismans, 2009: 24)	42

Anhang 1



Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Rehabilitationszentrum Meidling

Prim. Univ.Prof. Dr. Walter Oder

Ärztlicher Leiter

ARZTBRIEF

Wien, am 31.08.2011
Unser Zeichen: RMWSY

Patient

Herr
Franz **ERLEN**
Bräuhausgasse 59/33
1050 Wien

Patientenzahl: RM000083/11
Vers.Nr.: 4594160965

STA-Nr.: ---

U-Nr.: W 4594 160965-001/AU

Nationalität: Österreich
Familienstand: ledig
Geburtsname: ---
Beruf (Unfallzeitpunkt): Außendienstmitarbeiter
Beruf (derzeit): ---
Arbeitgeber: ---
Erreichbarkeit: 0664/ 394 41 88
Unfallart: Arbeitsunfall
Unfalldatum: 24.01.2011

Stationärer Aufenthalt:

Station 2

28.04.2011 10:37 Uhr Stationäre Aufnahme
17.06.2011 08:33 Uhr Stationäre Entlassung
18.06.2011 11:46 Uhr Wiederaufnahme im gleichen Fall
28.07.2011 Stationäre Entlassung
23.08.2011 07:50 Uhr Wiederaufnahme im gleichen Fall

ENTLASSUNGSDIAGNOSEN:

DIAGNOSEN bezüglich des Arbeitsunfalles vom 24.1.2011:
Schweres offenes Schädel-Hirn-Trauma mit offener rechtsseitiger fronto-basaler Fraktur,
weitere auch linksseitiger offener Basisfraktur, Bruch der rechten Orbita, beidseitigem
Epiduralhaematom, Jochbeinbruch sowie Nasenbeinbruch - T90.5
Pneumocephalon
Hirnödem
Abduzensparese links
Abruptio ossa tuberculi majoris humeri dext T92.1

VERLAUF UND KOMPLIKATIONEN:

24.1. bis 6.2.2011 Intensivstation AKH-Wien
6.2. bis 16.2.2011 Normalstation Kieferchirurgie AKH-Wien
Otoliquorrhoe links

DERZEITIGE VERLETZUNGSFOLGEN:

Hirnanorganisches Psychosyndrom (psychologischerseits zuletzt als sehr gering eingestuft) -

Druck: 31.08.2011 08:25/RMWSY

Seite 1 / 5

Kundratstraße 37, 1120 Wien | Telefon +43 1 601 50-0 | Fax +43 1 601 50-4005

DVR 0024163, UID ATU 16211702

www.auva.at

F07.2

Einschränkung der Schulterbeweglichkeit rechts
Abduzensparese links in Rückbildung
Beeinträchtigung der Nasenatmung links bei posttraumat. Septumdeviation

VORBESTEHENDE VERLETZUNGEN:
verneint

ZUSAMMENFASSUNG/EPIKRISE:

Am 24.1.2011 beim Ausliefern eines Narkosegerätes im Kaiser Franz Josef Spital ist das Narkosegerät, soweit dies erhebbar ist, vermutlich über die Laderampe des LKW auf den auf dem Eis ausgerutschen Patienten gerollt bzw. gestürzt und hat diesen am Schädel verletzt. Es besteht eine Amnesie vom Zeitpunkt des Passierens des Einfahrtstores des KFJ bis ca. 7 Tage nach dem Unfall. Die erste Erinnerung wird mit dem Aufwachen auf der Intensivstation angegeben. Der Pat. war vom 24.1. bis 6.2.2011 auf der Intensivstation des AKH-Wien in Betreuung, anschließend bis 16.2.2011 auf der kieferchirurgischen Abteilung/Normalstation und wurde dann nach Hause entlassen.

Herr Erler war zuletzt von 28.4.2011 bis 28.7.2011 hierorts in stationärer Betreuung und wurde anschließend ambulant weiterbehandelt.

Die Wiederaufnahme am 23.8.2011 erfolgte zur stationären Durchuntersuchung

Subjektive Beschwerden mit 23.8.2011:

An subjektiven Beschwerden werden gelegentliche Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte angegeben, hier wurde von Seiten der plastischen Chirurgie eine Narbenkorrektur durchgeführt (rechte Augenbraue und Stirn). Weiters wird eine behinderte Nasenatmung im Bereich des linken Nasenloches angegeben.

Es bestehen Doppelbilder beim Blick geradeaus, Doppelbilder können bei Blickwendung nach rechts und Kopfsenkung unterdrückt werden entsprechend der bestehenden Abduzensparese linkssseitig in Rückbildung.

Im Bezug auf die konditionelle Entwicklung ist der Untersuchte zufrieden, kognitiv und mnestisch bestehen subjektiv keine Einschränkungen, der Nachtschlaf ist ungestört, das Körpergewicht zuletzt bei 78 kg stabil.

An Medikamenten wird ausschließlich Contractubex als Lokalthherapie im Bereich der Narbe rechte Augenbraue angewendet.

AUFNAHMEBEFUND:

CAPUT und HWS aktiv und passiv frei beweglich, kein Meningismus, kein Kalottenklopfeschmerz, kein muskulärer Hartspann, Pupillen seitengleich, mittelweit, rund, auf Licht beidseits prompt reagierend, deutliche Abduzensparese links, in allen Quadranten fingerperimetrisch unauffällig, in allen Bewegungsrichtungen werden nebeneinanderstehende Doppelbilder angegeben, in Ruhe das linke Auge nach rechts verzogen, keine Abduzensfunktion, Trigeminus bei palpatorischer Prüfung bds. normale Seitenangaben ohne Defizite, im Bereich der mimischen Muskulatur besteht ein geringes Tieferstehen des linken Mundwinkels, Lidschluss komplett aktiv und passiv möglich, auch Lidöffnen ohne Seitendifferenz, rechts supraorbital eine v-förmige Narbe, die das rechte Oberlid geringfügig verzieht, die Zunge mittig, ohne Abweichen, normale Zungensakkaden, nikotinverfärbte Mundschleimhaut, am Hals kein sensibles Niveau.

An den Gliedmaßen zeigt sich eine Spurensymptomatik nach Linkshemisyndrom ohne

funktionelle Beeinträchtigung, allerdings mit Betonung der MER linksseitig gegenüber rechtsseitig, wobei linksseitig mittellebhafte und rechtsseitig untermittellebhafte Reflexe ausgelöst werden. Babinskireflex beidseits negativ. Darüberhinaus besteht im Bereich der Gliedmaßen eine schmerzbedingte eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts nach lokaler Verletzung (Abruptio ossa tuberculi majoris humeri dext.) und zwar zeigt sich die Bewegungseinschränkung insbesondere in Stützstellung bei Belastung mit dem eigenen Körpergewicht. Darüberhinaus besteht eine Vorfußheberschwäche rechts bei axonaler Läsion des Nervus peroneus rechts in Rückbildung. Es besteht kein Meningismus. In psychischer Hinsicht ist der Untersuchte wach, klar und vollständig orientiert. Der Gedankengang zusammenhängend und zielgerichtet, kein Hinweis für Wahn- oder Halluzinationsbildung, keine Ermüdungserscheinungen im Rahmen der Untersuchung, es liegt weder eine Apraxie noch eine Ataxie vor.

DURCHGEFÜHRTE UNTERSUCHUNGEN:

HNO-UNTERSUCHUNG vom 23.8.2011:

Z.n. schwerem offenen Schädelhirntrauma mit offener rechtsseitiger fronto-basaler Schädelnacktfaktur, Bruch der rechten Orbita, Jochbeinbruch und Nasenbeinbruch. Patient gibt beidohrig unbehindert Hörvermögen an. Es besteht eine Narbe am Nasenrücken, eine geringgradige Deviation des Nasenbeins nach links, eine höherergradig Deviatio septi nasi nach links. Die Schleimhaut bland, das Lumen frei. Mund, Rachen, Larynx und Hörvermögen inkl. Audiogramm unbeeinträchtigt. Kein Hinweis auf rhinogene Liquorrhoe. Eine zusätzliche Therapie derzeit nicht erforderlich.

LABOR vom 24.8.2011 umfassend Blutbild, Gerinnungsstatus, klinische Chemie, Leberfunktion, Rheumaserologie (CRP) sowie Harnstatus:

Leukozyten 3190/ul, Erythrozyten 4,29 Mill/ul, Thrombozyten 100.000/ul, Lymphozyten 54 %, GOT 41 U/l (Normbereich 0-35), CRP mit 0,4 mg/dl im Normbereich.

AUGENFACHÄRZTLICHER BEFUND vom 25.8.2011:

Goldmann-Perimetrie: beidseits normale Gesichtsfeldgrenzen.
Abduzensparese linksseitig, Patient mit Planbrille mit Prismenfolie vor dem linken Auge versorgt.

PSYCHOLOGISCHER BEFUND vom 24.8.2011:

Es besteht eine Restsymptomatik nach sehr geringem hirnorganischen Psychosyndrom, wobei fallweise eine vermehrte Irritierbarkeit bei Mehrfachanforderungen vorliegt.

ORTHOPTISCHER BEFUND vom 26.8.2011:

Die Abduzensparese des linken Auges hat sich im Vergleich zum Vorbefund wieder etwas gebessert. Die Abduktion des linken Auges ist nun gut über die Mittellinie möglich und noch geringgradig eingeschränkt. In der Nähe kann mit Hilfe der verwendeten Prismenfolie (20 Prismendioptrien) Einfachsehen erreicht werden.

VERLAUF DES STATIONÄREN AUFENTHALTES.

Herr Erler hat sich während des neuerlichen kurzen stationären Aufenthaltes den

vorgeschlagenen Untersuchungen stets kooperativ unterzogen und auch engagiert am Therapieprogramm teilgenommen. Die bestehende Abduzensparese linksseitig zeigt langsame Rückbildungstendenzen, auch die Vorfußheberschwäche rechts in Rückbildung befindlich, das Gehen auf ebenem Untergrund ist ohne Hilfsmittel gut möglich. Auch die Beweglichkeit der Schulter rechts ist deutlich gebessert, wobei in Stützstellung bei Belastung noch Schmerzen auftreten.

Zum Entlassungszeitpunkt wird weiterhin eine behinderte Nasenatmung linksseitig angegeben, Herr Erler überlegt, evtl. im Verlauf des Jahres 2012 bei anhaltenden Beschwerden eine operative Korrektur des Nasenseptums vornehmen zu lassen. Der Untersuchte wird mit 31.8.2011 in deutlich gebessertem Gesamtzustand nach Hause entlassen, er plant im September 2011 einen Urlaub anzutreten und danach die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen.

Es wurde empfohlen, augenfachärztliche Kontrollen fortzuführen mit evtl. Anpassung der Prismenfolie, weiters ist eine Kontrolluntersuchung bezüglich der Behandlungsbedürftigkeit der Nasenseptumdeviation in etwa 6 Monaten vorgesehen, auch eine Blutbildkontrolle ist in diesem Zeitrahmen empfehlenswert.

EMPFOHLENE MEDIKATION:

Contractubex Salbe mehrmals täglich lokal auftragen (Narbenbereich).

Entlassungsdatum:

01.09.2011

Entlassungsvermerke:

Ende der Heilbehandlung: 31.08.2011

Arztbrief

Patient: Herr Franz **ERLER**
Patientenzahl: RM000083/11

Der Stationsarzt:



FA. Dr. Helmut Leitner
(Facharzt für Neurologie)

Der Ärztliche Leiter:

ALLGEMEINE
UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT
REHABILITATIONSZENTRUM MEIDLING
1180 WIEN, KUNDRATSTRASSE 37
PRIM. UNIV. PROF. DR. WALTER ODER

i. A. 
Prim. Univ. Prof. Dr. Walter Oder

Zusammenfassung

Den Kern der vorliegenden Masterarbeit stellt die Anfertigung eines zweisprachigen Glossars der Fachtermini aus dem medizinischen Bereich dar, die einem Arztbrief entnommen wurden. Die Erstellung des Glossars soll das translatorische Handeln erleichtern sowie eine hohe Qualität des übersetzten Textes sichern. In diesem Bezug besteht die Arbeit aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.

Der Arztbrief ist ein schriftliches Medium, das die Fachkommunikation im medizinischen Bereich ermöglicht. Nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus erhält der Patient bzw. die Patientin einen Arztbrief nach Hause geschickt, der bei einer medizinischen Behandlung dem weiterbehandelnden Arzt bzw. der weiterbehandelnden Ärztin vorgelegt werden soll. Damit wird der Arztbrief, als einziges Kommunikationsmittel zwischen den ÄrztInnen in angegebener Kommunikationssituation, zu einem wichtigen Faktor, der die weitere medizinische Vorgehensweise bei dem betroffenen Patienten bzw. bei der betroffenen Patientin bestimmt. Daher spielt die terminologische Bearbeitung des Textes sowie die Kenntnisse der Makro- und Mikrostruktur dieser Textsorte eine bedeutende Rolle beim Übersetzungsprozess.

Dementsprechend beginnt der theoretische Teil der vorliegenden Masterarbeit mit der Auseinandersetzung mit dem Begriff Fachsprachen. Dabei werden unterschiedliche Definitionen von Fachsprachen zusammengestellt und verglichen sowie ihre Eigenschaften und Funktionen in Bezug auf den Fachtext aufgezeigt. Der Mittelpunkt dieses Kapitels ist jedoch der abschließende Teil, in dem der Begriff Fachsprache dem Begriff Gemeinsprache gegenübergestellt wird. Dabei wird auch der große Einfluss der Fachsprachen auf die Gemeinsprache aufgezeigt.

In dem darauffolgenden Kapitel wird die medizinische Fachsprache mit ihren Besonderheiten behandelt. Dementsprechend werden drei Arten der medizinischen Kommunikation dargestellt, d.h. Wissenschaftssprache (wissenschaftliche Vorträge), fachliche Umgangssprache (Kommunikation zwischen ÄrztInnen und ihrem Personal) sowie laienbezogene Sprache (Arzt-Patienten-Kommunikation). Darüber hinaus wird kurz auf die Entwicklungsgeschichte der medizinischen Fachsprache eingegangen. Der Einfluss der lateinischen und griechischen Sprachen auf die Wortbildung medizinischer Termini sowie der Syntax werden im Anschluss ausführlich besprochen.

Des Weiteren wird auf die Textsorte Arztbrief eingegangen. Da im weiteren Teil der

vorliegenden Arbeit ein zweisprachiges Glossar (Deutsch-Spanisch) erstellt werden soll, werden die Textsortenkonventionen des Arztbriefes sowohl im deutschen als auch im spanischen Sprachraum dargestellt. Dementsprechend wird in erster Linie die Makro- und Mikrostruktur dieser Textsorte besprochen. Im Anschluss werden die Arztbriefe im deutschen und spanischen Sprachraum verglichen.

Weiters wird auf die Überlegungen zur Terminologiewissenschaft eingegangen. Es werden zuerst die wichtigsten Begriffe der Terminologiewissenschaft besprochen und danach wird das Thema praktische Terminologearbeit behandelt. In dem letzten theoretischen Kapitel wird eine zusammenfassende Analyse der angeführten Theorien dargestellt, die eine Art Einleitung für das Glossar ist.

Die für das Glossar ausgewählten Termini sind Substantive, die dem erwähnten Arztbrief entnommen wurden. Es handelt sich um 12 Krankheitsbenennungen, die einem Übersetzer bzw. einer Übersetzerin Schwierigkeiten bei seinem bzw. ihrem translatorischen Handeln bereiten können. Dementsprechend wurden sie alphabetisch ins Glossar eingeführt, damit die Suche nach einem Begriff möglich zeitökonomisch und logisch ist. Bei den Einträgen wurde das Muster von Arntz/Picht/Mayer (1989) verwendet und somit erscheinen die Einträge in folgenden Kategorien: Benennung, Definition, Quelle, Kontext. Zusätzlich wurden zwei Rubriken eingeführt: Grammatische Information und Synonyme. Bei der Erstellung des Glossars handelt es sich um punktuelle Terminologearbeit, d.h. um eine auftragsorientierte Arbeit. Da die MedizinerInnen die Zielgruppe sind, handelt es sich um eine fachliche Sprache, die behalten werden soll. Die Definitionen der Begriffe werden medizinischen Wörterbüchern und anderen Nachschlagwerken entnommen. Für den Kontext wurden normalerweise Internetquellen benützt. Die spanischen Begriffe und ihre Kontexte wurden vor allem in Internetquellen nachgeschlagen. Sie wurden jedoch unter bestimmten Kriterien überprüft, wie Muttersprachenprinzip, fachliche Kompetenz des Autors bzw. der Autorin sowie Art der Quelle (ob es sich um ein online-Forum handelt oder um eine online-Enzyklopädie), um eine hohe Qualität zu sichern. Große Rolle dabei spielte die Option Google-Books, dank der viele Werke online verfügbar sind. Die Internet-Quellen ermöglichen immer häufiger den Zugriff zu vielen Nachschlagwerken vom Arbeitsplatz aus, wodurch der Rechercheprozess zeitsparend ist.

Im Anschluss an den theoretischen Teil wird ein Glossar der medizinischen Termini der Unfallchirurgie erstellt, die einem Arztbrief entnommen wurden. Die Anfertigung des Glossars soll eine Hilfe beim Ausüben beruflicher Tätigkeit der ÜbersetzerInnen sein.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name und Nachname: Joanna Styka

Geburtsdatum: 21. 05. 1986

Staatsbürgerschaft: Polnisch

Ausbildung

Seit 03.2010 Masterstudium Fachübersetzen (Polnisch-Deutsch-Spanisch) Zentrum für Translationswissenschaft, Universität Wien

2007/2008 Auslandssemester, Freie Universität Berlin (Socrates/ Erasmus)

2005-2008 Deutsch und Spanisch auf Lehramt, Pädagogische Universität, Krakau

Sprachkenntnisse

Polnisch – Muttersprache

Deutsch – Arbeitssprache

Spanisch – Arbeitssprache

Englisch - gute Kenntnisse

Italienisch – gute Kenntnisse

Russisch – Grundkenntnisse

EDV-Kenntnisse

Microsoft Office (Word, Excel, Power Point, etc.)

SDL Trados (MultiTerm, Translator's Workbench, etc.)