



Universiteit Utrecht

Universiteit Utrecht (Niederlande)  
Fakultät der Geisteswissenschaften

**Masterarbeit im Studiengang  
„Übersetzen“**

Titel der Arbeit:

**Skoposorientiertes Übersetzen für Hausärzte und Lesebeeinträchtigte.  
Eine vergleichende Analyse der Übersetzungsprobleme und -strategien  
am Beispiel einer fachinternen Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie ins Niederländische  
und einer intralingualen fachexternen Übersetzung in *Eenvoudige Taal***

Erstgutachter: Drs. Jaap van Vredendaal  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Ton Naaijken

Am 03.03.2019 vorgelegt von:

**Thom Lagendijk**

Matrikelnummer: 5685281

Kursnummer: TLMV14201

## Inhaltsangabe

1.	Einleitung.....	4
1.1	Kontextualisierung: Problematik & Relevanz .....	4
1.2	Zielsetzung .....	9
1.3	Forschungsfragen .....	11
1.4	Methode .....	11
1.5	Gliederung der Masterarbeit.....	13
2.	Theoretischer Rahmen .....	14
2.1	Grundlagen der übersetzungsrelevanten Textanalyse.....	14
2.1.1	Linguistische Translationsansätze und die Rolle der Textanalyse .....	14
2.1.2	Funktionalistische Translationsansätze und die Rolle der Textanalyse.....	15
2.1.3	Übersetzungsrelevante Probleme.....	19
2.1.4	Übersetzungsstrategien, -typen, und -funktionen.....	21
2.2	Fachsprache: Bestimmung & Gliederung .....	22
2.2.1	Fachsprache nach dem systemlinguistischen Inventarmodell .....	23
2.2.2	Fachtext nach dem pragmatischen Kontextmodell .....	24
2.2.3	Fachtext nach dem kognitionslinguistischen Funktionsmodell .....	26
2.2.4	Funktionale Eigenschaften von Fachsprachen .....	26
2.3	Besonderheiten des medizinischen Fachübersetzens.....	29
2.3.1	Hoher Verantwortungsgrad der Übersetzer .....	29
2.3.2	Terminologie .....	30
2.3.3	Textsorten .....	31
2.4	<i>Eenvoudige Taal</i> : Ein Beschreibungsansatz.....	33
2.4.1	<i>Eenvoudige Taal</i> im internationalen Gefüge verständlichkeitsfördernder Reduktionsvarietäten .....	33
2.4.2	Leichte Sprache: Begriffsbestimmung.....	38
2.4.3	Adressaten von Texten in Leichter Sprache bzw. <i>Eenvoudige Taal</i> .....	41
2.4.4	Funktionen von Texten in Leichter Sprache bzw. <i>Eenvoudige Taal</i> .....	46
2.4.5	Leitprinzipien von Leichter Sprache bzw. <i>Eenvoudige Taal</i> .....	47
2.4.6	Regelwerk für <i>Eenvoudige Taal</i> .....	48
3.	Die interlinguale fachinterne Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie für Hausärzte.....	57
3.1	Übersetzungsauftrag .....	57
3.2	Zieltextprofil & Ausgangstextanalyse .....	57
3.3	Identifizierung der übersetzungsrelevanten Probleme .....	59
3.3.1	Pragmatische Übersetzungsprobleme .....	59
3.3.2	Konventionsbedingte Übersetzungsprobleme .....	62

3.3.3	Sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme.....	63
3.4	Determinierung der Übersetzungsstrategie.....	65
3.4.1	Adaption der Pragmatik .....	65
3.4.2	Reproduktion der Konventionen.....	67
3.4.3	Adaption der Sprachnormen.....	68
3.5	Kommentierte Übersetzung .....	69
4.	Intralinguale fachexterne Übersetzung für Lesebeeinträchtigte.....	88
4.1	Übersetzungsauftrag .....	88
4.2	Zieltextprofil & Ausgangstextanalyse .....	88
4.3	Identifizierung der übersetzungsrelevanten Probleme .....	90
4.3.1	Pragmatische Übersetzungsprobleme .....	90
4.3.2	Konventionsbedingte Übersetzungsprobleme .....	92
4.3.3	Sprachvarietätenbezogene Übersetzungsprobleme.....	93
4.4	Determinierung der Übersetzungsstrategie.....	94
4.4.1	Adaption der Pragmatik .....	94
4.4.2	Adaption der Konventionen .....	99
4.4.3	Adaption der Sprachnormen.....	100
4.5	Kommentierte Übersetzung .....	101
5.	Zusammenfassung & Schlussfolgerung.....	120
5.1	Interlinguale fachinterne Übersetzung: Probleme, Strategien & Lösungen .....	121
5.1.1	Pragmatik .....	121
5.1.2	Konventionen .....	123
5.1.3	Sprachnormen .....	123
5.2	Intralinguale fachexterne Übersetzung: Probleme, Strategien & Lösungen .....	124
5.2.1	Pragmatik .....	124
5.2.2	Konventionen .....	125
5.2.3	Sprachnormen .....	126
5.3	Vergleichende Analyse der Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht der divergierenden Translatskopoi.....	127
5.4	Rückblick & Ausblick .....	130
6.	Bibliografie .....	132
7.	Anhang.....	137
7.1	Ausgangstext 1 (die zu übersetzenden Ausschnitte aus: Felber et al. 2014).....	137
7.2	Ausgangstext 2 (die Übersetzung aus 3.5) .....	145

# 1. Einleitung

In diesem einleitenden Kapitel wird die vorliegende Masterarbeit zunächst in einem breiteren Kontext gestellt, indem ihre Relevanz unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, medizinwissenschaftlicher und übersetzungswissenschaftlicher Faktoren begründet wird (1.1). Angesichts der skizzierten Problematik werden anschließend die Zielsetzung und die daraus folgenden Forschungsfragen ausformuliert (1.2-1.3). Die Einleitung endet mit einer Darlegung der Methode und der Gliederung der Masterarbeit (1.4-1.5).

## 1.1 Kontextualisierung: Problematik & Relevanz

Dem niederländischen Medium *Editie NL* (2014) zufolge sei in den letzten Jahren ein wahrer Hype um glutenfreie Ernährung entstanden: Immer mehr Personen verzichten auf glutenhaltige Produkte und verbinden die Umstellung mit positiven Auswirkungen auf Körper und Geist. Gastroenterologe Chris Mulder, der an der Amsterdamer Universitätsklinik arbeitet und im Artikel zu Worte kommt, hadert mit dem Hype, der seiner Auffassung nach das Gesundheitswesen unnötig unter Druck setze: In seinem Wartezimmer würden zunehmend Menschen sitzen, die von einer Allergie gar nicht betroffen seien. Entstanden sei der Hype 2011, als das mittlerweile ins Niederländische und Deutsche übersetzte Buch *Wheat Belly* erschien, in dem der amerikanische Kardiologe William Davis postuliert, dass Weizen und Gluten die Gesundheit der gesamten Menschheit grundsätzlich schädigen würden. Doch Fachkollegen kritisieren das Buch. Fred Brouns (2013), Universitätsprofessor für Innovation und gesunde Nahrung an der Universität von Maastricht, meldet in *Glutenvrij Magazine* zum Beispiel, dass es für Davis' These bislang keinen wissenschaftlichen Beweis gebe. *Trouw*-Journalistin Amber Dujardin (2015) behauptet aufgrund einer Studie von Zanini et al. (2015c) sogar, dass die vermeintliche Überempfindlichkeit gegen Gluten oftmals psychisch bedingt sei bzw. dass Menschen sich die Krankheit einbilden würden. Mit anderen Worten, trotz der Tatsache, dass immer mehr Personen infolge von Selbstversuchen glauben, dass ihre Lebensqualität nach Einhaltung einer glutenfreien Diät verbessert wird, der angenommene Zusammenhang zwischen der Einnahme von Gluten und einem grundsätzlich verringerten Wohlbefinden sowohl in den Medien als auch in Expertenkreisen infrage gestellt und zum Teil bagatellisiert.

Das gesellschaftlich unterschiedlich ausgeprägte Verständnis des Glutens mag zum Teil auf Ungewissheiten und Differenzen innerhalb der Medizinwissenschaften sowie auf Wissenslücken bei Ärzten zurückzuführen sein. Denn obwohl die Zöliakie, d. h. die irreversible Intoleranz gegenüber Gluten, international als eine ernst zu nehmende genetisch bedingte Darmkrankheit anerkannt wird, können ihre verschiedenen Erscheinungsbilder und der entsprechend vielfältige Begriffsapparat dermaßen verwirrend wirken, dass die Diagnosestellung oft (zu) spät oder gar nicht erfolgt (Felber et al. 2014; NCV 2018). Aus dem niederländischen Raum gibt es dazu besorgniserregende Zahlen: Nach Angaben des niederländischen Zöliakievereins (NCV 2017) seien nämlich etwa 140.000 Niederländer von der Zöliakie betroffen, ohne dass sie das wissen bzw. ohne dass die Diagnose gestellt wurde. Die niederländische Ärztin Olwen van der Voort van der Kleij, die übrigens selbst Zöliakie hat, betrachtet die diversen Symptome und die mangelhaften Kenntnisse einiger ihrer Kollegen als die primären Gründe für die Unterdiagnostizierung der Zöliakie: Ihr zufolge sei das klassische, im Studium vermittelte Bild eines Kindes mit aufgeblähtem Bauch, Durchfall und einer Wachstumsstörung etwas überholt (NCV 2016). In einer Pressenachricht nennt der niederländische Zöliakieverein (NCV 2018) die veraltete niederländische klinische Richtlinie als Grund für die Unterdiagnostizierung der Zöliakie. Dies wurde dem niederländischen Hausärzterverband NHG in einem Brandbrief vermittelt, der sich im Zuge dessen bereit erklärt hat, eine neue Richtlinie zu entwickeln. Da die Entwicklung neuer klinischer Leitlinien in der Regel mehrere Jahre in Anspruch nimmt, erscheint es mir aber wichtig, niederländische Ärzte jetzt schon im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung mit aktuellen Informationen zum klinischen Bild der Zöliakie zu versehen, etwa anhand der niederländischen Übersetzung einer ausländischen Richtlinie. So kann die Verdachtsdiagnose schneller und öfter gestellt werden und unwissende Patienten bekommen die Therapie, die sie so dringend brauchen.

Im Vergleich zur Zöliakie verursacht das in der breiten Öffentlichkeit neulich häufig erörterte Phänomen der *glutensensitiviteit* Medizinern noch mehr Kopfzerbrechen. In diesem Fall verursacht glutenhaltiges Essen nämlich zwar Beschwerden, aber lässt sich eine Zöliakie nicht nachweisen. Das Krankheitsbild der *glutensensitiviteit* konnte im Gegensatz zur Zöliakie bisher noch nicht klar definiert werden, was unter anderem an der geringeren Qualität der wissenschaftlichen Evidenz liegen dürfte (Felber et al. 2014; Zanini et al. 2015a; Gibson 2015; Zanini et al. 2015b).

Die unklare Pathologie spiegelt sich in der Terminologie wider. So hat sich die niederländische Bezeichnung *glutensensitiviteit* an den englischen Fachbegriff *non-celiac gluten sensitivity* (NCGS) angelehnt, während deutsche Mediziner sich nun einen neuen Begriff überlegt haben und seit Kurzem konsequent von der *Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität* (kurz *Weizensensitivität*) sprechen (Felber et al. 2014: 724). Daran zeigt sich, dass die (grenzüberschreitende) Kontroverse um das Gluten noch nicht gelöst ist.

Trotz der vielen Unklarheiten bezüglich des Glutens, der Glutensensitivität bzw. Weizensensitivität und der Zöliakie liefern medizinische Forschungen, insbesondere klinische Studien, immer neue Erkenntnisse, die für die Fortbildung von Ärzten, Fachärzten und Ernährungsberatern von großer Bedeutung sind, weil diese ihre Patienten somit nach dem aktuellen Wissensstand einheitlich aufklären und behandeln können. Medizinische Fachgesellschaften erfüllen in diesem Zusammenhang eine wichtige Aufgabe. Sie regen zur Umgestaltung des Gesundheitswesens an, indem sie bestimmte fachinterne Texte, sogenannte klinische Leitlinien erstellen, in denen evidenzbasierte und/oder konsensbasierte Empfehlungen zur verbesserten Diagnostizierung und Behandlung von Erkrankungen formuliert werden, die Leistungsträger im Gesundheitssystem zur Gesundheitsförderung ihrer Patienten in die Praxis umsetzen können.

In den letzten Jahren haben mehrere nationale und internationale Fachgesellschaften klinische Leitlinien bzw. Richtlinien zum Thema Zöliakie veröffentlicht. So auch die *Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen* (Mulder et al. 2008), die *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (Husby et al. 2012), das *American College of Gastroenterology* (Rubio-Tapia et al. 2013), die *World Gastroenterology Organisation* (Bai et al. 2013) und die *Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen* (DGVS) gemeinsam mit der *Deutschen Zöliakie-Gesellschaft e.V.* (DZG) (Felber et al. 2014). Die niederländische Richtlinie ist also vergleichsweise am ältesten, auch wenn die im europäischen Rahmen verabschiedeten ESPGHAN-Empfehlungen mittlerweile von niederländischen Kinderärzten übernommen worden seien (NVK 2012). Eine Beschränkung der ESPGHAN-Richtlinie ist meiner Auffassung nach jedoch, dass ihre Empfehlungen hauptsächlich für Kinder gelten, obwohl heutzutage gerade Erwachsene in zunehmendem Maße und zum Teil andere Beschwerden bekommen, die sich mit Gluten in Verbindung bringen lassen. Eine zusätzliche Unzulänglichkeit der

europäischen (und niederländischen) Richtlinie ist, dass der Begriff *gluten sensitivity* bzw. *glutensensitiviteit* kein einziges Mal erklärt oder am Rande erwähnt wird, obwohl es gerade diesbezüglich viel Aufklärungsbedarf gibt. Daher sind diese Leitlinien nicht dazu geeignet, die aktuelle Problematik um gluteninduzierte Erkrankungen zu lösen.

Nach meinem besten Wissen ist die meist aktuelle und zeitgleich allumfassende Leitlinie, die derzeit vorliegt, die 2014 im Rahmen einer S2k-Konsensuskonferenz zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität entstandene Leitlinie der DGVS und der DZG. Erstens, weil diese nicht nur auf Kinder, sondern auch auf Erwachsene ausgerichtet ist, und zweitens, weil sie Empfehlungen zu anderen weizenabhängigen Krankheiten als der Zöliakie enthält. In Anbetracht dessen, dass das Gluten in den Niederlanden zahlreich und heiß diskutiert wird, während Hausärzte große Schwierigkeiten damit haben, die Verdachtsdiagnose zu stellen, und eine gründlich überarbeitete und aktualisierte niederländischsprachige Leitlinie zur Zöliakie erst in mehreren Jahren zu erwarten ist, erscheint eine Übersetzung der deutschen Leitlinie ins Niederländische als vorübergehende Lösung zur Unterstützung niederländischer Ärzte durchaus sinnvoll.

Doch es sind nicht nur Ärzte, die mehr Unterstützung brauchen – auch betroffene Laien wüssten selbstverständlich gern, woran sie sind. Sie haben sogar ein Recht darauf: Nach dem niederländischen WGBO-Gesetz (*Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*) sind Dienstleister im sozialen und medizinischen Bereich dazu gehalten, Patienten leicht fassbare Informationen zu erteilen (Twickler et al. 2009). Seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (*VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*) im Jahre 2016 haben Behinderte sogar ein explizites Recht auf verständliche Informationen, da sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung, die mit einer eingeschränkten Lesekompetenz einhergehen kann, nicht länger diskriminiert werden dürfen. Dazu müssen Fachtexte und/oder standardsprachliche Texte in sogenannte Leichte-Sprache-Texte (*teksten in Eenvoudige Taal*) umgewandelt bzw. übersetzt werden, die für geistig Behinderte begreiflich und mithin zur Patientenaufklärung geeignet sind.

Nicht selten übernehmen von wissenschaftlichen Beiräten unterstützte Patienten- und Selbsthilfeorganisationen die Aufklärungsaufgabe. So auch die Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V. (DZG), die auf ihrer Website viele wissenschaftsbasierte Informationen rund um das Thema Gluten zur Verfügung stellt, darunter eine Zöliakie-Broschüre in Leichter Sprache (DZG 2016). Wirft man dagegen einen Blick auf die Website des niederländischen Zöliakievereins,

so finden sich dort ebenfalls zahlreiche Broschüren, es gibt sogar ein Kinderbuch zur Zöliakie, doch eine Broschüre in *Eenvoudige Taal*, die man auch Menschen mit mehr oder weniger gravierenden Leseschwierigkeiten zumuten könnte, fehlt, obwohl in den Niederlanden ca. 170.000 geistig Behinderte (Woittiez et al. 2012) und ca. 1,3 Millionen funktionale Analphabeten (Buisman & Houtkoop 2014: 61) leben. Zwickler et al. (2009) fordern ein gesteigertes Bewusstsein des Umstands, dass diese Menschen sich sehr schwertun, mit einer (chronischen) Erkrankung zurechtzukommen und diesbezügliche Informationen zu verstehen. Angesichts der großen Anzahl von Lesebeeinträchtigten mit eingeschränkter gesundheitlicher Kompetenz (»health literacy«), welche unter anderem mit einem erhöhten Morbiditäts- und Sterbensrisiko in Verbindung gebracht wurde (Zwickler et al. 2009; Oosterberg & Van Den Muijsenbergh 2017), besteht ein dringender Bedarf an einer niederländischsprachigen Zöliakie-Broschüre in *Eenvoudige Taal*, zumal der niederländische Zöliakieverein diese Zielgruppe derzeit nicht anvisiert. Hier bietet es sich an, die niederländische Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie als Ausgangstext für eine intralinguale Übersetzung in *Eenvoudige Taal* zu nehmen.

Ein möglicher Grund für das Nichtvorhandensein einer niederländischen Broschüre in *Eenvoudige Taal* liegt darin, dass es generell schwierig sein soll, medizinische Fachtexte für ein Laienpublikum adäquat umzuwandeln oder neu zu konzipieren. So ist allgemein bekannt, dass Patienten Packungsbeilagen oft als schwer verständlich empfinden (Sanders & Jansen 2011: 204; Nisbeth Jensen & Korning Zethsen 2012: 31). Diese Tatsache ist ihrerseits gut nachvollziehbar. Mediziner und Pharmakologen haben sich schließlich über mehrere Jahre hoch spezialisierte wissenschaftliche Kenntnisse angeeignet und da kann es sich zunächst als schwer erweisen, sich eines anderen Stilinventars zu bedienen (vgl. Nisbeth Jensen & Korning Zethsen 2012: 45). Tatsächlich hat eine Forschung ergeben, dass Packungsbeilagen, die von Personen mit einem pharmakologischen Hintergrund übersetzt wurden, laienunfreundlicher waren als Packungsbeilagen, die von Personen mit einem Translationshintergrund übersetzt wurden, was daran lag, dass gelernte Pharmakologen im Vergleich zu gelernten Übersetzern mehr Nominalisierungen und lateinische und griechische Fachbegriffe benutzten (ebd. 45-46).

Im Rahmen der Umwandlung fachinterner Ausgangstexte in fachexterne Zieltexte stellt das intralinguale Übersetzen in Leichte Sprache (das deutsche Äquivalent für *Eenvoudige Taal*) eine besondere Herausforderung dar, da Leichte Sprache als regulierte Reduktionsvarietät ganz andere sprachliche Merkmale als Fachsprache aufweist. Um einen

adressatengerechten Zieltext zu produzieren, ist es für Übersetzer jedoch unentbehrlich, die unterschiedlichen Strukturmerkmale zu beachten, wie Schum (2017: 355) pointiert resümiert:

„Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in der intralingualen Übersetzung von Fachtexten in Leichte Sprache die Fachsprachlichkeit der Ausgangstexte und die reduzierte sprachliche Komplexität der Zieltexte konträr gegenüberstehen: Stellt man sich die Fachsprachlichkeit von Texten als ein durchgehendes Kontinuum mit verschiedenen starken Ausprägungen vor, so ordnen sich die Ausgangstexte und die Zieltexte des hier betrachteten Übersetzungsprozesses an gegenüberliegenden Polen dieser Skala an. Die Aufgabe des Übersetzers ist es nun nicht nur, die in den Ausgangstexten enthaltenen fachlichen Informationen regelkonform in die gewünschte Reduktionsvarietät zu übertragen und dabei eine Balance zwischen der Fachlichkeit der vermittelten Informationen und der reduzierten Komplexität des sprachlichen Ausdrucks zu finden. Der Übersetzer muss zunächst auch Entscheidungen über die Relevanz und die Verzichtbarkeit der Informationen treffen: Bei der Übersetzung von Fachtexten in Leichte Sprache werden einige im Ausgangstext enthaltene Informationen im Zieltext wegfallen müssen, da die erstellten Zieltexte durch hinzugefügte Erklärungen, Definitionen von Fachbegriffen oder die Notwendigkeit eines bestimmten Layouts sonst das für die Zielgruppe akzeptable Maß an Textmenge überschreiten würden.“

Schum (2017: 356) weist des Weiteren daraufhin, dass Übersetzungswissenschaftler die Aufbereitung fachsprachlicher Informationen für Leichte-Sprache-Adressaten bislang kaum untersucht haben. Die vorliegende Arbeit will einen bescheidenen Beitrag dazu leisten, dieses Forschungsdesideratum, das im niederländischen Raum in noch gravierenderer Form vorliegt, zu verringern.

## 1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Masterarbeit ist vierteilig. Erstens soll ein Betrag zur medizinischen Übersetzungswissenschaft geleistet werden, indem das relativ neue Forschungsfeld des intralingualen Übersetzens in *Eenvoudige Taal* in diesen Diskurs eingebettet wird. Dabei wird die schriftliche Arzt-Patientenkommunikation aufgegriffen und um eine relativ unsichtbare Patientengruppe erweitert: Lesebeeinträchtigte unter besonderer Berücksichtigung von funktionalen Analphabeten und geistig Behinderten. Die kennzeichnen sich durch spezielle Kommunikationsbedürfnisse aus, die in der Medizinübersetzung bisher kaum Beachtung gefunden haben.

Die adressaten- und funktionsgerechte fachinterne Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie soll niederländischen Ärzten zweitens ermöglichen, elementare Aspekte der Empfehlungen zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung zu erarbeiten, sodass sie Anamnesen und körperliche Untersuchungen auf der Grundlage eines aktualisierten Wissensstands durchführen und betroffene Patienten öfter und schneller an einen Facharzt überweisen können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die zu veröffentlichende Übersetzung bis zum Erscheinen einer offiziellen niederländischen Richtlinie nur als informativer Text bei Fortbildungsveranstaltungen dienen kann. Dies hängt mit einer Empfehlung der *Regieraad Kwaliteit van Zorg* (2012: 13) zusammen, der zufolge klinische Richtlinien vor ihrer Inkrafttretung von sämtlichen primären niederländischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen bekräftigt werden sollen, was bei meiner Übersetzung nicht der Fall ist.

Da Menschen mit eingeschränkter Lesefähigkeit und begrenzter gesundheitlicher Kompetenz eine besonders hilfsbedürftige Personengruppe darstellen, für die im Aufklärungsbereich vonseiten der zuständigen Ärzte und Patientenorganisationen mehr getan werden muss, steuert diese Masterarbeit drittens auf das Ziel zu, die niederländische Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie in *Eenvoudige Taal* zu übersetzen. Eine solche intralinguale, fachexterne Übersetzung versetzt niederländische geistig Behinderte und funktionale Analphabeten in die Lage, ohne Hilfe von Dritten Informationen zur Zöliakie & Co. zu sammeln und ggf. danach zu handeln. Der Zugang zur Schriftsprache erlaubt ihnen, selbstständig am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, was im Rahmen der Inklusion und der Gleichberechtigung wichtig ist. Nicht zuletzt ist das auch im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention.

Das vierte Anliegen der Masterarbeit schließlich ist es, die eigene fachinhaltliche, textuelle und translatorische Kompetenz im medizinischen Bereich zu erweitern, indem Informationen über einen einzelnen Gegenstand medizinischer Art (gluteninduzierte Erkrankungen) für zwei konträre Zielgruppen und zu jeweils anderen Zwecken übersetzt werden (Fortbildung von Ärzten vs. Aufklärung von geistig Behinderten bzw. funktionalen Analphabeten), um so die Komplexität medizinischer Translation zu erfassen und angesichts verschiedener Skopoi zu lernen, passende Übersetzungsstrategien zu entwickeln und zu begründen. Somit dient diese Masterarbeit nicht zuletzt auch einem didaktischen Zweck.

### 1.3 Forschungsfragen

Im Sinne der oben skizzierten Probleme und Ziele wurden die folgenden Forschungsfragen ausformuliert:

#### Hauptfrage:

*Welche übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der fachinternen Übersetzung einer klinischen Leitlinie wie der »S2k-Leitlinie Zöliakie« ins Niederländische, welche übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der intralingualen fachexternen Übersetzung in Eenvoudige Taal, und inwiefern unterscheiden sich die gewünschten Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht der divergierenden Translatskopoi?*

#### Teilfragen:

- 1.1 Welche übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der fachinternen Übersetzung einer klinischen Leitlinie wie der »S2k-Leitlinie Zöliakie ins Niederländische?*
- 1.2 Welche möglichen Übersetzungsstrategien und -lösungen gibt es für die Probleme?*
- 1.3 Was sind die gewünschten Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht des Translatskopos?*
- 2.1 Welche übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der intralingualen fachexternen Übersetzung in Eenvoudige Taal?*
- 2.2 Welche möglichen Übersetzungsstrategien und -lösungen gibt es für die Probleme?*
- 2.3 Was sind die gewünschten Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht des Translatskopos?*

### 1.4 Methode

Die Grundlage der Methode zur Beantwortung der Forschungsfragen ist die Durchführung einer übersetzungsrelevanten Textanalyse nach dem pragmatischen Frageschema von Christiane Nord (2009: 40):

<b>Wer</b> übermittelt	<b>Worüber</b> sagt er/sie
<b>wem</b>	<b>was</b>
<b>wozu</b>	<b>(was nicht)</b>
über welches <b>Medium</b>	in <b>welcher Reihenfolge</b>
<b>wo</b>	unter Einsatz <b>welcher nonverbalen Elemente</b>
<b>wann</b>	in <b>welchen Worten</b>
<b>warum</b> einen Text	in <b>was für Sätzen</b>
mit welcher <b>Funktion?</b>	in <b>welchem Ton</b>
	mit <b>welcher Wirkung?</b>

Anhand dieses Frageschemas wird, wie im theoretischen Rahmen noch ausführlich darzustellen ist, zunächst ein Zieltextrprofil erstellt, damit die Kommunikationssituation des Zieltextrs und dessen sprachliche Merkmale in Kategorien erfasst werden. Im Anschluss daran wird nach dem gleichen Schema eine Analyse des Ausgangstexts durchgeführt. Eine komparative Analyse der Ergebnisse soll dann zeigen, welche übersetzungsrelevanten Probleme in welchem Bereich zu erwarten sind. Danach soll vor dem Hintergrund eines realistischen, aber fiktiven Translatoskopos begründet werden, welche Übersetzungsstrategien adäquat sind. Neben dem Skopos bildet die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fachsprache, Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* und medizinischer Fachübersetzung im theoretischen Rahmen die Grundlage für die Bestimmung der Übersetzungsstrategie. In der kommentierten Übersetzung schließlich werden die im Vorfeld formulierten Übersetzungsstrategien auf ihre praktische Umsetzbarkeit geprüft, indem einzelne Übersetzungsprobleme und -lösungen in Fußnoten erläutert werden.

Die »S2k-Leitlinie Zöliakie« der DGVS und der DZG (Felber et al. 2014) bildet den Ausgangstext, der nach dem Modell Christiane Nord's analysiert und übersetzt werden soll. Aus Gründen der Vollständigkeit wäre es ideal, wenn die Leitlinie in ihrer Gesamtheit übersetzt werden könnte (ca. 27.000 Wörter), doch da für die Masterarbeit nur ein Ausgangstext von ca. 4000 Wörter erlaubt ist, ist das an dieser Stelle nicht möglich. Der Zielsetzung und dem beschränkten Umfang der Masterarbeit entsprechend wurde dazu entschieden, nur Kapitel 1 zum klinischen Bild der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen zu übersetzen (Empfehlung 1.1-1.3; S. 715-718). Dieses Kapitel umfasst ca. 2500 Wörter. Erstens wird eine fachinterne Übersetzung ins Niederländische angefertigt, danach folgt die intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal*. Da bei der fachexternen Übersetzung aufgrund der besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe inhaltliche Reduktionen vorgenommen werden müssen, ist zu erwarten, dass die Wortbegrenzung von ca. 4000 Wörter insgesamt mehr oder weniger eingehalten werden kann. Es wäre auch noch eine Möglichkeit gewesen, die bereits vorhandene deutsche Zöliakie-Broschüre in Leichter Sprache ins Niederländische zu übersetzen, aber da dieser Text viele inhaltliche Unterschiede zu der S2k-Leitlinie aufweist, hätte sich ein Vergleich der Übersetzungsprobleme und -strategien letztendlich als zu schwierig erwiesen. Die Wahl für eine intralinguale Übersetzung in *Eenvoudige Taal* hängt mit der Behauptung von Bredel & Maaß (2016a: 182) zusammen, wonach „beim Transfer von fachlicher Varietät bzw. Standardsprache in Leichte Sprache keine

Sprachgrenze, sondern eine Varietätengrenze innerhalb einer Einzelsprache überschritten“ wird. Ihnen zufolge gebe es zwar interlinguale Übersetzungen in Leichte Sprache, doch Übersetzen in Leichte Sprache sei zumindest in Deutschland im Regelfall ein intralingualer Vorgang (Bredel & Maaß 2016a: 185). Dadurch, dass *Eenvoudige Taal* als Reduktionsvarietät des Niederländischen gleichermaßen konzeptualisiert werden kann, liegt es nahe, dass dies auch auf *Eenvoudige Taal* zutrifft. Es gibt nach Angaben der *Stichting Lezen & Schrijven* (SLS 2017: 4) jedenfalls einige niederländische Organisationen, die solche intralingualen Übersetzungen anbieten. Im Vergleich zu einer interlingualen Übersetzung der S2k-Leitlinie in *Eenvoudige Taal* hat eine intralinguale Übersetzung zudem einen großen Vorteil: Die sprachlichen Unterschiede sind für Niederländer ohne Deutschkenntnisse besser nachvollziehbar. Dies kann dem intralingualen Übersetzen in *Eenvoudige Taal*, das in den Niederlanden noch in den Kinderschuhen steckt, womöglich neue Impulse geben.

### 1.5 Gliederung der Masterarbeit

Die Masterarbeit ist wie folgt aufgebaut: Im zweiten Kapitel wird der theoretische Rahmen ausgearbeitet. In diesem Teil werden die übersetzungsrelevante Textanalyse, die Skopostheorie; Fachsprache, die medizinische Fachübersetzung und Leichte Sprache als Konzepte vorgestellt und in ihrem jeweiligen Diskurs eingebettet. Die Beantwortung der Teilfragen 1.1-1.3 und 2.1-2.3 erfolgt im dritten bzw. vierten Kapitel, das jeweils mit der Übersetzung abgeschlossen wird. Im fünften und letzten Kapitel wird schließlich die Hauptfrage beantwortet.

## 2. Theoretischer Rahmen

### 2.1 Grundlagen der übersetzungsrelevanten Textanalyse

Die einzelnen Schritte einer übersetzungsrelevanten Textanalyse und die unterschiedlichen Ziele, die Wissenschaftler und Übersetzer mit der Durchführung einer solchen Analyse verfolgen, hängen wesentlich vom jeweils vertretenen translationstheoretischen Ansatz ab, wobei sich insbesondere zwischen linguistischen und funktionalistischen Ansätzen unterscheiden lässt (vgl. Nord 2010a: 145f.; Nord 2010b: 72f.). Insofern erscheint es sinnvoll, einen kurzen, teils historischen Überblick über beide Anschauungen darzubieten, sodass die verschiedenen Positionen und Erkenntnisinteressen nuanciert veranschaulicht werden können. Diese Veranschaulichung dient im Nachhinein wiederum als Grundlage für die eigenen übersetzungsrelevanten Textanalysen.

#### 2.1.1 Linguistische Translationsansätze und die Rolle der Textanalyse

In den 50er- und 60er-Jahren war die Sprachwissenschaft innerhalb der Geisteswissenschaften eine der dominanteren, wenn nicht sogar die dominanteste Disziplin schlechthin (vgl. Nord 2007: 6). Diese sprachwissenschaftliche Orientierung macht sich bemerkbar, wenn man einen Blick auf die linguistische Übersetzungstheorien jener Zeit wirft. Beispielhaft für diese sogenannten äquivalenzorientierten Ansätze war Catford (1965: 20), der Translation wie folgt definierte: „the replacement of textual material in one language (SL) by equivalent textual material in another language (TL)“. Aus dieser Definition geht hervor, dass der Übersetzungsprozess damals in der Regel als zweiphasiger Code-Switching-Prozess verstanden wurde, nach dem der Ausgangstext zunächst „rezipiert und in all seinen Aspekten erfasst, analysiert und in die Zielsprache umkodiert“ wird (Verstehensphase), während in der zweiten, sogenannten Synthese- oder Rekodierungsphase der Zieltext „zusammengesetzt“ wird (Nord 2010b: 29f.).

Die von Anhängern der Äquivalenztheorie hervorgehobene Zielsetzung der übersetzungsrelevanten Textanalyse ist vor dem Hintergrund des Zwei-Phasen-Modells zu verstehen. Vertreter wie Wills (1997) und Koller (1979) betrachten eine Analyse des Ausgangstextes dementsprechend als Mittel zur Herstellung eines gründlichen Textverständnisses, das im Anschluss die Grundlage für das Übersetzen bildet. Die Wichtigkeit

einer solchen Ausgangstextanalyse liegt in der didaktischen Annahme begründet, dass eine mangelhafte textuelle Kompetenz den Übersetzer daran hindern kann, einen äquivalenten Zieltext zu produzieren (vgl. Nord 2010a: 145).

Der Äquivalenztheorie zufolge gilt der Ausgangstext also grundsätzlich als wegweisend für die Zieltexterstellung. Gerade dieser Ausgangspunkt wird aber von Anhängern des funktionalistischen Übersetzens kritisiert, wie im nächsten Paragraphen dargestellt wird.

### 2.1.2 Funktionalistische Translationsansätze und die Rolle der Textanalyse

Ab den 70er Jahren fand in der Übersetzungswissenschaft eine Reorientierung auf pragmatische Ansätze statt, sodass der Schwerpunkt sich allmählich weg vom Wort und Satz hin zum Text als Übersetzungseinheit verlagerte, auch wenn die Dominanz des linguistischen Paradigmas nicht durchbrochen wurde (Nord 2007: 7). Aber nachdem das linguistische Paradigma sowohl in der Übersetzungswissenschaft als auch an universitären Übersetzerausbildungen jahrzehntelang bestimmend war, so gilt heutzutage jedoch das handlungstheoretische Paradigma, zu dem die skopostheoretischen und funktionalistischen Ansätze gehören, als tonangebend (Bredel & Maaß 2016a: 188-189).

Mit ihren Beiträgen zur funktionalistischen Übersetzung hat Christiane Nord (2007; 2009; 2010b) einen nicht unerheblichen Beitrag zum Paradigmenwechsel geliefert. Die Schwäche der äquivalenzbezogenen Ansätze bestehe ihr zufolge hauptsächlich darin, „dass sie einzig und allein für solche Fälle zutreffen, bei denen für den zu produzierenden Zieltext (kommunikative) Äquivalenz, inhaltliche Invarianz oder Funktionskonstanz gefordert ist“ (Nord 2010b: 32). Sie lassen somit außer Betracht, dass der Zweck, die intendierte Adressatenschaft und die Funktion des Zieltexts (ZT) sich aufgrund eines bestimmten Übersetzungsauftrags vom Ausgangstext (AT) unterscheiden können, sodass zwischen Zielkultur (ZK) und Ausgangskultur (AK) pragmatische Differenzen vorliegen, die eine Anpassung der Übersetzung erforderlich machen (vgl. Nord 2007: 7).

Nords Kritik an äquivalenzbasierten translationstheoretischen Ansätzen lässt sich im Wesentlichen auf eine andere Modellierung des Translationsvorgangs<sup>1</sup> zurückführen. Am Beispiel des nachstehenden Zitats und Bildes kann dieser Vorgang gut veranschaulicht werden:

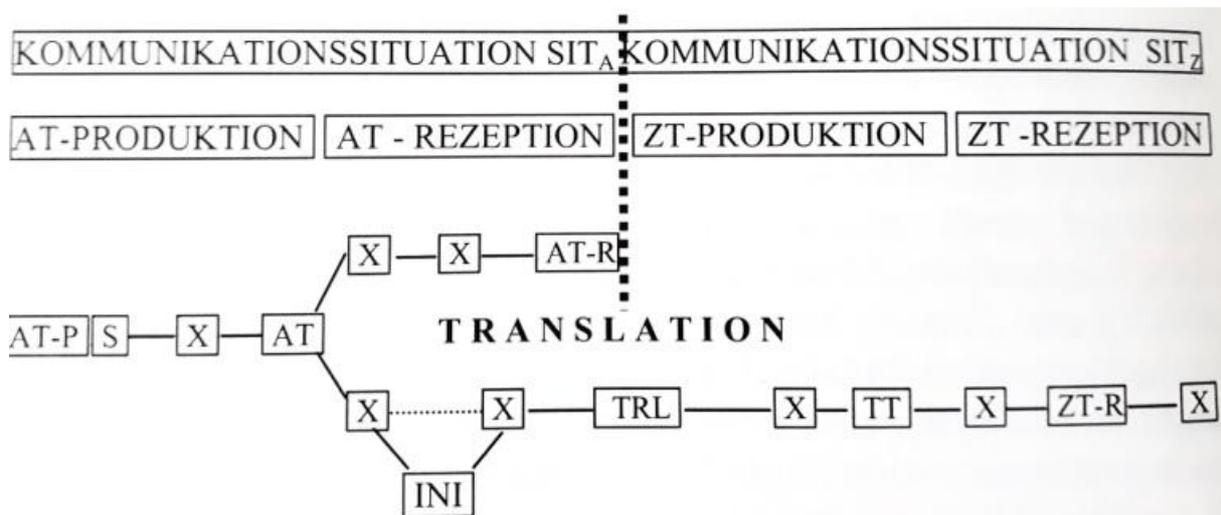
---

<sup>1</sup> Nord unterscheidet zwischen Translationsvorgang und Translationsprozess: „Der Translationsprozess ist der Teil des Translationsvorgangs, in dem das Translat hergestellt wird, während der Translationsvorgang noch andere, translatorunabhängige Faktoren umfasst“ (Nord 2009: 4).

„Der Translationsvorgang wird in der Regel dadurch in Gang gesetzt, dass sich ein Auftraggeber oder Initiator (INI) an einen Translator (TRL) wendet, weil ein bestimmter Zieltext (ZT) für einen bestimmten Rezipienten (ZT-R) bzw. Adressatenkreis benötigt wird oder weil der Initiator selbst einen in einer Ausgangssprache (AS) von einem Textproduzenten (AT-P) verfassten und/oder von einem Textsender (AT-S) gesendeten Text (AT) in der Zielsprache (ZS) lesen will. [...] Die wesentlichen Faktoren des Translationsvorgangs sind also, in der Reihenfolge ihres Auftretens: AT-Produzent, AT-Sender, AT, AT-Rezipient, Initiator, Translator, ZT, ZT-Rezipient.“ (Nord 2009: 5 & 6)

Vollständigkeitshalber soll noch erwähnt werden, dass manche Konstituenten bzw. Handlungsrollen von der gleichen Person vertreten werden können, etwa AT-Produzent und AT-Sender (Nord 2009: 6). Außerdem besteht die Möglichkeit, dass zusätzliche Konstituenten (X) eine Rolle übernehmen, wie z. B. bestimmte Werbeagenturen, Texter, Designer oder DTP-Spezialisten (ebd.). Insgesamt ergibt sich folgendes Schema:

**Abbildung 1: Der Translationsvorgang (nach Nord 2009: 8)**



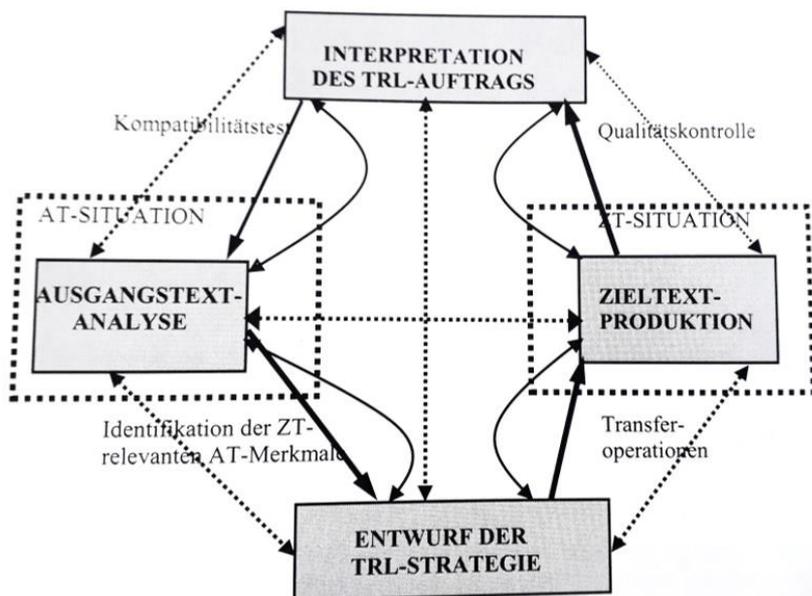
Der oben skizzierten schematischen Wiedergabe des Translationsvorgangs ist zu entnehmen, dass dem Auftraggeber als Initiator eine besondere Rolle zukommt (Nord 2009: 8-10): Er benötigt zu einem bestimmten Zweck ein zielsprachliches Dokument bzw. ein Translat und leitet folglich den Translationsprozess in die Wege. Dabei hat er im Hinblick auf den intendierten Adressatenkreis ein bestimmtes Ziel vor Augen, das gewisse Anforderungen an die Übersetzung stellt. Aus diesen Anforderungen ergeben sich schließlich die Zieltextvorgaben, die der Übersetzer bei der Erstellung des Translats zu berücksichtigen hat, sodass am Ende ein Produkt entsteht, das den Auftraggeber bzw. den Kunden zufriedenstellt.

Solche Zieltextvorgaben nennt Nord (2009: 8) „Übersetzungsauftrag“ oder auch „Skopos“. Skopos ist das griechische Wort für *Zweck* und das zentrale Konzept der Skopostheorie von Reiß & Vermeer (1984). Diese Theorie betrachtet das Übersetzen als eine motivierte und intentionale menschliche Handlung, die übergreifend durch ihren Verwendungszweck determiniert wird (Nord 2007: 11 & 27). Reiß & Vermeer (1984: 101) beschreiben den Skopos vor allen Dingen als „rezipientenabhängige Variable“. Laut Nord (2007: 29) heißt das, dass der Adressat mit all seinen (Vor-)Kenntnissen, Erwartungen und Kommunikationsbedürfnissen der Hauptfaktor zur Bestimmung des Translatskopos ist. Ein wichtiger Begriff im Kontext der Skopostheorie ist Adäquatheit. Mit diesem dynamischen Konzept werden die Qualitäten des Zieltexts in Bezug zum Übersetzungsauftrag zum Ausdruck gebracht. Dabei gilt grundsätzlich, dass Adäquatheit gegenüber dem Skopos gefordert werden soll (Nord 2007: 35).

Der Annahme entsprechend, dass der Übersetzungsauftrag bzw. der Translatskopos die übersetzerische Tätigkeit steuert, beginnt der Translationsprozess bei Nord nicht mit der Ausgangstextanalyse, sondern mit der Auftragsanalyse und der Erstellung eines Zieltextprofils (vgl. Nord 2009: 36; 2010a: 145-146; 2010b: 33, 57-58). Erst nach der Erstellung des Zieltextprofils ist die Ausgangstextanalyse an der Reihe. Der Grund dafür ist, dass die Interpretation des Übersetzungsauftrags in der Form eines Zieltextprofils „einen Filter für die Analyse des Ausgangstexts“ bietet, „durch den die funktionalen Übersetzungseinheiten, die für die Produktion des gewünschten Zieltextes relevant sind, isoliert werden“ (Nord 2010b: 33). Bei der funktionalistischen übersetzungsrelevanten Textanalyse nach Nord geht es also nicht wie bei linguistischen Ansätzen darum, festzustellen, „was genau der AT-Sender den AT-Empfängern wie mitteilen wollte – um dasselbe dann genauso für die ZT-Empfänger in der anderen Sprache zu formulieren“, sondern es ist das Ziel, herauszufinden, „welche der im AT vorhandenen Merkmale auch für die Produktion eines Zieltexts geeignet sind, der den Forderungen des Übersetzungsauftrags und den Kommunikationsbedingungen der Zielkultur entspricht“ (Nord 2010b: 73). In Anbetracht des aufgedeckten Ist-Zustands (AT-Analyse) und Soll-Zustands (ZT-Profil) kann der Übersetzer eine Entscheidung über die Übersetzungsstrategie treffen, die die bei der Produktion des Zieltextes umzusetzen ist (Nord 2010b: 33). Anhand dieser Strategie wird im Vorfeld einerseits entschieden, welche „für den Skopos relevanten AT-Merkmale“ in der Transferphase „gegebenenfalls bearbeitet“ werden müssen, andererseits legt sie fest, welche „für die Zieltextproduktion erforderlichen ZS-Mittel

bereitgestellt und ausgewählt werden“ (Nord 2009: 36). Gegen Ende des Translationsprozesses ist im Rahmen der Qualitätssicherung schließlich noch zu prüfen, ob tatsächlich ein adäquates, d. h. ein skoposgerechtes Translat vorliegt, das mit den Zieldextvorgaben kongruent ist. Dazu soll die endgültige Übersetzung am Schluss noch mal mit den Angaben aus dem Übersetzungsauftrag verglichen werden (Nord 2009: 36; 2010b: 33). Das nachstehende Schema dient als eine grafisch dargestellte Zusammenfassung des bisher skizzierten Translationsprozesses. Dabei fällt auf, dass dieser nicht wie bei linguistischen translationstheoretischen Ansätzen linear, sondern zirkulär gestaltet wird.

**Abbildung 2: Der Translationsprozess als Zirkelmodell (nach Nord 2009: 38)**



Sowohl die Erstellung des Zieldextprofils als auch die Analyse des Ausgangstextes erfolgt nach der gleichen Vorgehensweise, sodass ein ausgewogener Vergleich der Ergebnisse überhaupt erst möglich ist. Die Grundlage dafür bildet, wie in der Einleitung bereits angesprochen, das von Nord erweiterte pragmatische Frageschema des Kommunikationstheoretikers Lasswell. Dieses umfasst sogenannte textexterne und textinterne Faktoren. Die textexternen Faktoren werden anhand der folgenden Frage erfasst: „*Wer übermittelt wozu wem über welches Medium wo wann warum einen Text mit welcher Funktion?*“ (Nord 2010b: 74). Anschließend gilt es, die textinternen Faktoren greifbar zu machen. Dazu soll die folgende Frage beantwortet werden: „*Worüber sagt er was (was nicht) in welcher Reihenfolge, unter Einsatz welcher nonverbalen Elemente in welchen Worten in was*

für Sätzen in welchem Ton?“ (Nord 2010b: 74). Schließlich kann in Anbetracht der textexternen und textinternen Faktoren nach dem Gesamtergebnis der Kommunikationshandlung gefragt werden: „Welche Wirkung hat das?“ (ebd.). Die Reihenfolge der Fragen bzw. die Top-Down-Methode wurde bewusst gewählt, weil davon auszugehen ist, dass die textinternen Faktoren von den textexternen Faktoren bestimmt werden (ebd. 73). Schließlich bedienen Ärzte sich im Patientengespräch mit funktionalen Alphabeten adressatenbedingt einer anderen Sprache, als wenn eine fachliche Besprechung mit Kollegen bevorstünde (vgl. ebd.). Insgesamt lassen sich folgende Faktoren bzw. Kategorien unterscheiden.

**Abb. 3: Textexterne und textinterne Faktoren (nach Nord 2009)**

<b>Textexterne Faktoren</b>	<b>Textinterne Faktoren</b>
(1) Textproduzent/Sender (wer?)	(9) Textthematik (worüber?)
(2) Senderintention (wozu?)	(10) Textinhalt (was?)
(3) Adressat (wem?)	(11) Präsuppositionen (was nicht?)
(4) Übermittlungskanal (über welches Medium?)	(12) Aufbau und Gliederung des Textes (in welcher Reihenfolge?)
(5) Ort (wo?)	(13) Nonverbale Elemente (unter Einsatz welcher nonverbalen Elemente?)
(6) Zeit (wann?)	(14) Lexik (in welchen Worten?)
(7) Kommunikationsanlass (warum?)	(15) Syntax (in was für Sätzen?)
(8) Textfunktion (mit welcher Funktion?)	(16) Suprasegmentale Merkmale (in welchem Ton?)

### 2.1.3 Übersetzungsrelevante Probleme

Aus der Gegenüberstellung des Ziltextprofils und der Ausgangstextanalyse ergeben sich vier Arten von Übersetzungsproblemen, die in der Transferphase gelöst werden müssen, nämlich (1) pragmatische Übersetzungsprobleme (PÜP), (2) konventionsbedingte Übersetzungsprobleme (KÜP - im Niederländischen häufig als *kulturspezifische Übersetzungsprobleme* bezeichnet), (3) sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme (SÜP) und (4) text(exemplar)spezifische Übersetzungsprobleme (TÜP) (Nord 2009: 177-179; 2010a: 147).

PÜP sind auf unterschiedliche kommunikative Situationen in der Ausgangs- und Zielkultur zurückzuführen und können durch einen Vergleich der textexternen Faktoren des AT und ZT aufgedeckt werden (Nord 2010a: 147).

KÜP entstehen, wenn in der Ausgangs- und Zielkultur in einem bestimmten Bereich andere Konventionen gelten. Man denke etwa an Höflichkeitskonventionen, Textsortenkonventionen, allgemeine Stilkonventionen oder sogar gesetzliche Vorgaben (Nord 2010a: 147). Die Wahrnehmung und Lösung dieser Probleme setzt Kulturwissen voraus, das eventuell recherchiert werden muss.

SÜP ergeben sich daraus, dass die Sprachsysteme der Ausgangs- und Zielkultur bezüglich, Syntax, Lexik und Suprasegmentalia eine andere Struktur aufweisen (Nord 2010b: 94). Mit anderen Worten, die Sprachnormen unterscheiden sich. Um die unterschiedlichen Normen auf die Spur zu kommen, sind kontrastive Kenntnisse der AS und ZS erforderlich.

TÜP sind Probleme, die nur in einem einzelnen Text auftreten und deren Lösungen nicht ohne Weiteres auf andere Texte übertragen werden können (Nord 2009: 179). Da jedoch davon auszugehen ist, dass sämtliche Übersetzungsprobleme (PÜP, KÜP, SÜP) textspezifisch sind, weil ihre jeweiligen Lösungen grundsätzlich vom Translatkopos abhängig gemacht werden können, werden TÜP nicht als separate Problemkategorie berücksichtigt.

Zu beachten ist, dass die übersetzungsrelevanten Probleme in einer bestimmten Reihenfolge gelöst werden sollen, nämlich anhand einer Top-Down-Strategie. Demnach gilt es, die pragmatischen Probleme auf Makrotextebene zuerst zu lösen. Im Anschluss daran sind die konventionsbedingten Probleme zu priorisieren und erst am Ende soll der Übersetzer sein Augenmerk auf die sprachenpaarbezogenen Probleme lenken. Die Präferenz für eine solche Top-Down-Strategie liegt darin begründet, dass sprachenpaarspezifische Übersetzungsprobleme sich von selbst lösen, wenn die kommunikativen Bedingungen oder Konventionen in der Zielkultur bestimmte Formulierungen von vornerein ausschließen (Nord 2010a: 147).

#### 2.1.4 Übersetzungsstrategien, -typen, und -funktionen

Sobald der Übersetzer sich eine Übersicht über die möglichen Übersetzungsprobleme verschafft hat, ist der Zeitpunkt gekommen, sich Übersetzungsstrategien zu überlegen. Wie in Abbildung 4 dargestellt, muss der Übersetzer auf jeder Ebene des Top-Down-Prozesses (Pragmatik, Konventionen, Sprachnormen) entscheiden, ob „eine mehr oder weniger genaue Reproduktion der Merkmale des Ausgangstexts oder vielmehr eine Anpassung an die Bedingungen der im Auftrag vorgesehenen zielkulturellen Rezeptionssituation am ehesten zum gewünschten Translationsziel führt“ (Nord 2010b: 88). In diesem Zusammenhang unterscheidet Nord zwischen dokumentarischen und instrumentellen Übersetzungen mit entsprechenden Funktionen.

**Abb. 4: Übersetzungstypen und -strategien nach Nord (2010b: 88)**



Eine dokumentarische Übersetzung ist als Übersetzung erkennbar und „dokumentiert eine Kommunikationshandlung, die zwischen ausgangskulturellen Partnern abläuft“, wobei der zielkulturelle Empfänger „nicht direkt in die Kommunikation einbezogen“ wird, sondern „wie ein Beobachter außerhalb des Geschehens“ steht (Nord 2010b: 51). Folglich kann hier nur von einer metatextuellen Funktion die Rede sein.

Die instrumentelle Übersetzung ist dagegen nicht als Übersetzung erkennbar und funktioniert im Vergleich zur dokumentarischen Übersetzung „als eigenständiges Kommunikationsinstrument in einer zielkulturellen Situation“, wobei „der Zielempfänger unmittelbar der Adressat des Zieltexts und unmittelbar Teilnehmer der Kommunikation“ ist (Nord 2010b: 52). Bei diesem Übersetzungstyp unterscheidet Nord zwischen der phatischen Funktion, der referentiellen Funktion (Darstellungsfunktion), der expressiven Funktion und der Appellfunktion.

Zur phatischen Funktion gehören Nord (2010b: 45) zufolge die „Kontakteröffnung“, der „Kontakterhalt“, die „Kontaktbeendigung“ sowie die „Definition und Ausgestaltung des Rollenverhältnisses“.

Die referentielle Funktion definiert sie als „alle Funktionen von sprachlichen Zeichen beliebigen Umfangs [...] bei denen der Bezug (die Referenz) auf den Gegenstand der Äußerung im Vordergrund steht“, wie etwa bei Produktinformationen oder Nachrichtentexten (Nord 2010b: 45).

Unter der expressiven Funktion versteht Nord (2010b: 46) alle Funktionen, „die mit der Äußerung von Gefühlen, Einstellungen, Wertvorstellungen, Wünschen etc. des Senders zu tun haben“, darunter emotive, evaluative, narrative, optative, dubitative Funktionen.

Texte mit einer Appellfunktion haben laut Nord (2010b: 46-47) schließlich die Absicht, den Adressaten zu beeinflussen und ihn zu irgendeiner Reaktion zu bewegen. Man denke etwa an die folgenden Unterfunktionen: Überredung (persuasive Funktion), Bitte (petitive Funktion), Empfehlung/Ratschlag (pädagogische Funktion), Gebot bzw. Verbot (direktive Funktion). Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass Texte selten monofunktional sind (Nord 2007: 45).

## 2.2 Fachsprache: Bestimmung & Gliederung

Genauso wie die Konzeptualisierungen der übersetzungsrelevanten Textanalyse von der jeweils gewählten wissenschaftlichen Perspektive abhängen, so variiert auch die Konzeption von Fachsprache je nach Wissenschaftsgebiet und dessen sprachtheoretischen Annahmen (Roelcke 2010: 13). Gegenwärtige Konzeptionen fachsprachlicher Kommunikation zeichnen sich häufig durch eine gewisse Interdisziplinarität aus, weil theoretische Ansätze verschiedener Forschungsparadigmen mit der Zeit aufeinander aufgebaut haben und so in zunehmendem Maße Überschneidungen entstanden sind (vgl. ebd. 19, 21). Aus dieser komplexen interdisziplinären Perspektive lässt sich Fachsprache nicht eindeutig bestimmen und insofern erscheint es sinnvoll, einen kurzen Überblick über die wichtigsten einzelnen Fachsprachenkonzeptionen und ihren historischen Entwicklungsverlauf darzubieten.

Roelcke (ebd. 13-28) unterscheidet zwischen systemlinguistischen, pragmalinguistischen und kognitionslinguistischen Konzeptionen von Fachsprache. Das systemlinguistische Inventarmodell wurde insbesondere 1950/70 vertreten, während das pragmalinguistische Kontextmodell, das eine Adaption der systemlinguistischen

Fachsprachentheorie vorsah, vor allem seit Beginn der 80er Jahre bis Anfang der 90er Jahre relativ viel Anklang fand. Im kognitionslinguistischen Funktionsmodell schließlich wurden einzelne Aspekte der beiden vorgenannten theoretischen Ansätze ab den 90er Jahren kombiniert und weitergedacht, wie unten dargestellt werden soll.

### 2.2.1 Fachsprache nach dem systemlinguistischen Inventarmodell

Das systemlinguistische Inventarmodell sieht Fachsprachen als Zeichensysteme, die im Rahmen der Fachkommunikation angewandt werden, und in diesem Sinne ist es hauptsächlich an den lexikalischen Mitteln und syntaktischen Regeln des jeweiligen Zeichensystems orientiert (Roelcke 2010: 14). Die für dieses Forschungsparadigma klassische Definition hat Lothar Hoffmann aufgestellt:

»Fachsprache – das ist die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.« (Hoffmann 1985: 53, zitiert in Roelcke 2010: 15)

Roelcke (ebd. 15) macht meines Erachtens zurecht darauf aufmerksam, dass diese Definition sich sehr im Allgemeinen hält und somit nicht besonders brauchbar ist. Schließlich stellt sich die Frage, wie sich ‚die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel‘ und ‚fachlich‘ zufriedenstellend operationalisieren lassen. Roelcke (ebd.) meint, dass nur eine handlungsbezogene Bestimmung sich als tragfähig erweisen kann, „der zufolge ein Fach als ein mehr oder weniger spezialisierter menschlicher Tätigkeitsbereich aufzufassen ist“. Dabei kann Fach erstens referenziell mithilfe des betreffenden Gegenstandsbereichs, zweitens soziologisch über die im Gegenstandsbereich tätigen Personengruppen und drittens linguistisch anhand der im Gegenstandsbereich von den dort tätigen Menschen benutzten sprachlichen und nichtsprachlichen Zeichen bestimmt werden (ebd.).

Fachsprachliche Gliederungskriterien, die sich an die systemlinguistische Bestimmung von Fachsprache anlehnen, werden einerseits durch die verschiedenen Fächer und die entsprechenden Fachbereiche gebildet. In diesem Zusammenhang spricht man von einer horizontalen Fachsprachengliederung (ebd. 29-30). Dabei wird in der Regel zwischen Theoriesprache und Praxissprache unterschieden, die sich wiederum in Wissenschaftssprache, Techniksprache und Institutionensprache unterteilen lassen. Die vertikale Fachsprachengliederung bezieht sich hingegen auf die Kommunikationsstufen

innerhalb eines Fachbereichs, etwa auf das Abstrakte, das Theoretische oder das Allgemeine, wobei davon ausgegangen wird, dass diese Ebenen jeweils eigene semiotische und kommunikative Erscheinungen haben (Roelcke 2010: 34 & 36). Problematisch ist jedoch, dass nicht klar ist, wie viele Ebenen es gibt und ob diese immer für alle Fachbereiche zutreffen (vgl. ebd. 36).

Die Sprache der Medizin gilt als Wissenschaftssprache (ebd. 33). Dabei gibt es auf horizontaler Ebene zahlreiche Disziplinen. Im Rahmen dieser Masterarbeit sei vor allem auf die Gastroenterologie hingewiesen. Auf vertikaler Ebene unterscheidet Roelcke (ebd. 40) drei Stufen, nämlich (1) „die Wissenschaftssprache im engeren Sinne, auf der über medizinische Erkenntnisse kommuniziert wird, wobei des Weiteren zwischen der Kommunikation unter Forschern und derjenigen zwischen Forschern und behandelnden Ärzten zu unterscheiden ist“, (2) „die Praxisebene, auf der zwischen Ärzten und medizinischem Fachpersonal wie Krankenschwestern oder Medizinisch-Technischen Assistenten (MTAs) kommuniziert wird“ und (3) „die Behandlungsebene zwischen Ärzten und Patienten.“ Alternativ könnte man auch von fachinterner bzw. fachexterner Kommunikation sprechen (Sauer 1992: 175).

Die jüngere Fachsprachenforschung interessiert sich vor allem für diese letzte, niedrigste Stufe, d. h. für die Kenntnisvermittlung zwischen Fachpersonal und Laien (Roelcke 2010: 38). Besondere wissenschaftliche Beachtung finden Bemühungen zur Überwindung der fachlichen Überlegenheit des Arztes, sodass ein „wechselseitiges Vertrauensverhältnis“ zwischen ihm und seinem Patienten entstehen kann (Roelcke 2010: 38). Das Thema *Eenvoudige Taal*, das später noch ausführlich aufgegriffen wird, ist aus einer Forschungsperspektive also recht aktuell.

### 2.2.2 Fachtext nach dem pragmatischen Kontextmodell

In Anbetracht der Tatsache, dass es viele fachliche Kommunikationsbereiche und entsprechend viele Fachsprachen gibt, erscheint es sinnvoll, Fachsprachen als Varietäten einer Einzelsprache zu betrachten, die sich durch innersprachliche Merkmale (Schrift, Lexik, Syntax, Suprasegmentalia) und außersprachliche Bedingungen (Zeit, Raum, den menschlichen Tätigkeitsbereich, die gesellschaftliche Gruppe) von anderen Varietäten unterscheiden (ebd. 16). Bei dieser varietätenlinguistischen Konzeption von Fachsprache werden vor allem die funktionalen und sozialen Bedingungen berücksichtigt, Aspekte, die im pragmatischen Kontextmodell zum Leitmotiv avancieren.

Das pragmatische Kontextmodell verlegt den Schwerpunkt nämlich von Fachsprache und deren lexikalischem Inventar und syntaktischen Regeln auf den Fachtext und dessen kotextuelle und kontextuelle Relation, wobei insbesondere den kommunikativen Umständen, unter denen der Fachtext erstellt wird und beim Zielpublikum Verwendung findet, Aufmerksamkeit gewidmet wird (ebd. 14 & 18). Dadurch, dass Fachsprache nicht länger nur als Zeichensystem verstanden wird, sondern als Textäußerung konzeptualisiert wird, können die fachkommunikativen Verhältnisse, unter denen die Äußerung realisiert wird, anhand dieses pragmatischen Modells mit größerer Genauigkeit in den Blickwinkel genommen werden. Dabei geht es nicht nur um die Feststellung, wie die innersprachlichen und außersprachlichen Faktoren (wie wir sie schon bei Nord kennengelernt haben), sich gegenseitig beeinflussen, sondern es geht auch darum, in Erfahrung zu bringen, welche Bedeutung die einzelnen Faktoren im Rahmen der fachsprachlichen Äußerungen haben (ebd. 19).

Forschungen, denen eine Konzeptualisierung von Fachsprachen als Textäußerungen zugrunde liegt, wird soziologischen Aspekten besondere Berücksichtigung zuteil, wobei Roelcke (ebd. 20) u. a. auf folgende Elemente hinweist: das Alter und Geschlecht der Kommunikationsbeteiligten, deren sozialen Status (Symmetrie vs. Asymmetrie), deren fachlichen Status (handelt es sich beispielsweise um intrafachliche, interfachliche oder extrafachliche Kommunikation?), den Grad der Vertrautheit (persönliche Nähe oder Distanz) sowie die kulturelle Einbettung der Kommunikationsteilnehmer (vertreten sie etwa andere politische Positionen oder haben sie einen anderen sozialen Verständnis?) und schließlich den Grad der Öffentlichkeit der Kommunikation.

Bei der Fachsprachengliederung nach dem pragmalinguistischen Kontextmodell wird auf das Bestehen unterschiedlicher Fachtextsorten aufmerksam gemacht, wobei davon ausgegangen wird, dass diese sich vor allen Dingen durch eine spezifische Makrostruktur kennzeichnen, die dem Rezipienten im Vorfeld und während des Lesens bei der visuellen Orientierung behilflich ist (ebd. 40 & 47). Im Bereich der Medizin gibt es zahlreiche Fachtextsorten, wie Lehr- und Handbücher, Arztbriefe und Forschungsartikel. Für diese Masterarbeit ist die Makrostruktur von klinischen Leitlinien und Patientenbroschüren von besonderem Interesse. Daher wird diesen Textsorten im Paragrafen zur medizinischen Fachübersetzung mehr Aufmerksamkeit gewidmet.

### 2.2.3 Fachtext nach dem kognitionslinguistischen Funktionsmodell

Wissenschaftler, die Fachsprache bzw. Fachtext aus kognitionslinguistischer Perspektive betrachten, interessieren sich hauptsächlich dafür, welche intellektuellen und emotionalen Voraussetzungen die Fachsprachenverwender erfüllen müssen, um erfolgreich an der Fachkommunikation teilnehmen zu können (Roelcke 2010: 14). Dabei rücken unter anderem die Motivation zur Kommunikationsteilnahme, die intellektuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Textproduzenten und -adressaten sowie deren fachsprachliche Kompetenz und psychischer Zustand in den Forschungsfokus (ebd. 20). Vermögen sie es zum Beispiel, analytisch zu denken und sich für längere Zeit zu konzentrieren? Inwiefern verfügen sie über das Vermögen zur Abstrahierung? Wie sind sie gelaunt? Sind sie müde oder energisch? Solche psychologischen Gesichtspunkte scheinen bei der Übersetzung von Fachtexten in *Eenvoudige Taal* besonders relevant zu sein, da die primären Adressaten solcher Texte typischerweise verschiedenartige kognitive Einschränkungen aufweisen, wie später noch ausführlich darzustellen ist.

### 2.2.4 Funktionale Eigenschaften von Fachsprachen

Laut Roelcke (2010: 25) wird innerhalb der Fachsprachenforschung immer wieder auf bestimmte funktionale Eigenschaften von Fachsprachen hingewiesen, darunter Deutlichkeit, Verständlichkeit, Anonymität, und Ökonomie. Diese werden im Folgenden einzeln erläutert.

Das Kriterium der Deutlichkeit ist mit der Idee verbunden, „dass Fachsprachen der Darstellungsfunktion in besonderer Weise gerecht werden, indem sie einen (wie auch immer) möglichst adäquaten Bezug zu den fachlichen Gegenständen und Sachverhalten sowie Abläufen und Verfahren herstellen“ (ebd.). Um das in der Regel erhöhte Benennungsbedarf zu decken, kommen im Deutschen häufig komplexe Komposita und Derivata sowie Genitivformen und spezifische Pluralformen zum Einsatz. Deklarativsätze und Relativsätze leisten einen zusätzlichen Beitrag zur Deutlichkeitserhöhung (ebd. 90).

Das Kriterium der Verständlichkeit steht ebenfalls im Dienste der Darstellungsfunktion von Fachsprachen. Hier geht es jedoch spezifisch darum, den Bezug zum betreffenden Gegenstand adressatengerecht herzustellen (ebd. 25). So können Sachverhalte je nach Vorkenntnissen der Adressatenschaft mehr oder weniger explizit dargestellt werden, etwa durch Konditional- und Finalsätze (vgl. ebd. 25 & 90).

Der Aspekt der Anonymisierung von Aussagen besteht „in einer Zurücknahme der sprachlichen Kennzeichnung des fachlichen Textproduzenten und dient damit der fachsprachlichen Darstellung insofern, als der Bezug zu den fachlichen Gegenständen und Sachverhalten sowie Abläufen und Verfahren weitgehend unmittelbar hergestellt wird und nicht durch die Einschaltung des Produzenten selbst verstellt wird“ (Roelcke 2010: 26). Die sogenannte Deagentivierung erfolgt im Deutschen unter anderem durch den Einsatz von Passivkonstruktionen und Reflexivkonstruktionen, andere Möglichkeiten zur Anonymitätssteigerung bilden das abstrakte Subjekt und die dritte Person (ebd. 90; Stolze 2013: 172f.).

Fachsprachliche Ökonomie kann je nach anvisiertem Adressaten unterschiedlich realisiert werden und insofern ist sie wie die fachsprachliche Verständlichkeit als adressatenabhängige funktionale Eigenschaft von Fachsprachen anzusehen (Roelcke 2010: 26). Roelcke (ebd.) zufolge bestehe eine optimale Darstellungseffizienz entweder darin, „dass bei einem bestimmten sprachlichen Einsatz eine maximale fachliche Darstellung erzielt wird, oder dass eine bestimmte fachliche Darstellung durch einen minimalen sprachlichen Einsatz erfolgt“. Im Deutschen stellen Kompositionen, Derivationen und Genitivformen mögliche lexikale Strategien zur Verwirklichung fachsprachlicher Ökonomie dar (Roelcke 2010: 90). Auf syntaktischer Ebene kann sie durch „Unterdrückung der selbstständigen Prädikation“ realisiert werden (Stolze 2013: 169). Dazu sollen finite Verbformen oder ganze Nebensätze durch Kondensationsformen wie Nominalisierungen, Partizipial- und Gerundialkonstruktionen und Präpositionalobjekte ersetzt werden.

Das niederländische Sprachsystem verfügt größtenteils ebenfalls über die o. g. Möglichkeiten zur Herstellung fachsprachlicher Ökonomie. In dem Zusammenhang weisen Walvoort et al. (2010: 95-96) jedoch darauf hin, dass Gerundial- und Partizipialkonstruktionen im Niederländischen oft fehlerhaft eingesetzt werden, indem sie nicht auf das zugrundeliegende Subjekt Bezug nehmen. Darauf sollte man also extra achten.

Auch Deutlichkeit und Verständlichkeit sind im Niederländischen wichtige funktionale Eigenschaften von Fachsprachen, jedoch sind hinsichtlich ihrer sprachlichen Realisierung im Vergleich zum Deutschen teilweise andere Präferenzen zu beobachten. Im Handbuch zum Schreiben von niederländischsprachigen medizinwissenschaftlichen Artikeln für Fachzeitschriften legen Walvoort et al. (ebd. 92-93) beispielsweise dar, dass man sich beim Schreiben grundsätzlich an der mündlichen Sprache orientieren soll. Konkret heißt das:

Möglichst kurze, klare Sätze formulieren und alltagstaugliche Begriffe verwenden. Denn der Anspruch eines medizinwissenschaftlichen Textes sei es nicht, den Leser mit Sorgfältigkeit, Belesenheit und Beflissenheit zu beeindrucken, im Gegenteil, nach Walvoort et al. (ebd.) gehe es darum, eine klare Geschichte zu erzählen, der der Leser möglichst mühelos folgen kann. In diesem Sinne lautet die Empfehlung, Schachtelsätze bzw. Nebensätze wie Relativsätze, Konditionalsätze oder auch Finalsätze sparsam einzusetzen und zangenförmige Konstruktionen (nld. *tangconstructies*) gar zu vermeiden. Obwohl generell empfohlen wird, kurze Sätze immer wieder mit längeren Sätzen abzuwechseln, heißt der Grundsatz: ‚Ein Satz, ein Gedanke‘ (ebd.). Nicht nur auf syntaktischer, sondern auch auf lexikalischer Ebene raten Walvoort et al. (ebd. 97) von einem geschwollenen Stil ab: So sollte man beim Verfassen von medizinwissenschaftlichen Texten vorzugsweise *hersenbeschadiging* statt *neurologische morbiditeit*, *ontsteking* statt *inflammatie*, und *buikpijn* statt *abdominale pijn* schreiben. Gleichzeitig räumen die Autoren des Handbuchs ein, dass die Wortwahl hier z. T. auch eine Frage des Geschmacks sei. Gegen Ihre Präferenz für alltägliche Begriffe, auch bei Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, möchte ich einwenden, dass explizite medizinische Terminologie unter Umständen gewünscht sein kann, besonders dann, wenn es sich um fachinterne medizinische Kommunikation handelt. In diesem Kontext gibt es wie von Roelcke angesprochen oft einen erhöhten Benennungsbedarf, sodass man auf komplexere medizinische Terminologie nicht verzichten sollte.

Wie im Deutschen sind Passive und die dritte Person im Niederländischen ebenfalls mögliche Mittel zur Anonymisierung. Im Vergleich zum Deutschen scheint die Anwendung von Anonymisierungsstrategien in niederländischen medizinwissenschaftlichen Texten jedoch nicht unumstritten zu sein. So legen Walvoort et al. (2010: 94-95) zwar einerseits dar, dass Passivkonstruktionen dem Verfasser eine unabhängige Berichterstattung ermöglichen würden, was im Sinne der Wissenschaft sei, aber andererseits könnten solche Konstruktionen auch einen langweiligen und unklaren Text zur Folge haben, besonders dann, wenn in einem einzelnen Satz mehrere Passive zum Einsatz kommen. Aus Gründen der Lesbarkeit empfehlen Walvoort et al. (ebd.) Verfassern von medizinwissenschaftlichen Artikeln, sich gelegentlich zu trauen, aktive Satzkonstruktionen zu verwenden, zumal der Leser oftmals ohnehin schon wisse, wer das Agens ist.

Wenn ich die von Roelcke beschriebenen vier Eigenschaften von deutschen Fachsprachen mit der Darlegung der niederländischen Autoren vergleiche, so würden

Walvoort et al. die Ansicht vertreten, dass Aspekte wie Deutlichkeit, Anonymität und Ökonomie der Verständlichkeit untergeordnet sein sollen, zumindest bei der Produktion von niederländischsprachigen medizinwissenschaftlichen Artikeln. Zusammengefasst heißt das etwa: Fachbegriffe, Passive und komplexe Satzgefügen nach Möglichkeit vermeiden. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass im Niederländischen teilweise andere Stilkonventionen gelten als im Deutschen.

Möglicherweise basieren die vermeintlich verschiedenen Stilkonventionen auf unterschiedlichen, kulturell bedingten Mentalitätsunterschieden. Kathrin Twiesselmann-Steigerwald, seit über zehn Jahren Dozentin für deutsche und englische Sprache und Kultur an dem University College Roosevelt in den Niederlanden, behauptet beispielsweise, dass die deutsche Kultur mehr auf Wettbewerb ausgerichtet sei als die niederländische (Van Walsum 2018). Das würde sich unter anderem daran bemerkbar machen, dass Niederländer nicht gelernt hätten, über ihr Wissen zu kommunizieren, während es in anderen Kulturen wie in Deutschland üblicher sei, seinen Kommunikationspartnern nachdrücklich zu zeigen, dass man über gewisse Kenntnisse verfügt, was für Niederländer ein komplett neues Konzept sei (ebd.). Das erinnert an die Aussage von Walvoort et al., die der Meinung waren, dass Autoren von medizinwissenschaftlichen Artikeln ihre Leser unter keiner Bedingung mit Sorgfältigkeit, Belesenheit und Beflissenheit beeindrucken sollten. Sprache ist bekanntlich ein wichtiges Mittel dazu, sein Wissen zu zeigen. Im Vergleich zum Deutschen scheint die Verwendung von Fachbegriffen und komplexen Satzgefügen im Niederländischen jedoch schneller als geschwollenen, leserunfreundlichen Stil wahrgenommen zu werden (vgl. dazu auch Aalbrecht 2015).

## 2.3 Besonderheiten des medizinischen Fachübersetzens

### 2.3.1 Hoher Verantwortungsgrad der Übersetzer

Die Medizinübersetzung wird immer wieder als sonderlicher Tätigkeitsbereich bezeichnet. Ein Grund dafür liegt, wie Andriesen (2006: 158) zurecht bemerkt, in der großen Verantwortung, der Medizinübersetzer gerecht werden müssen: Ein Scheitern seitens des Übersetzers kann weitreichende und zum Teil desaströse Folgen haben. So können ungenaue medizinische Übersetzungen Arzneimittelagenturen dazu veranlassen, keine Genehmigung für den Vertrieb eines bestimmten Medizinproduktes zu erteilen, was für pharmakologische Unternehmen zu erheblichen finanziellen Schäden führen kann, weil das Arzneimittelzulassungsverfahren

erneut stattfinden muss und die Firma das neue Produkt währenddessen nicht vermarkten darf. Im allerschlimmsten Fall können fehlerhafte Übersetzungen sogar den Tod eines Menschen zur Folge haben, man denke etwa an Kommafehler bei Dosierungsangaben. Für Medizinübersetzer ist gewissenhaftes Arbeiten also unentbehrlich.

### 2.3.2 Terminologie

Neben der großen Verantwortung von Medizinübersetzern ist der fachspezifische Wortschatz des Weiteren prägend für den Medizinbereich. Roelcke (2010: 58) zufolge zeichnet sich die medizinische Fachsprache im Deutschen einerseits durch „morphologisch assimilierte“ lateinisch-griechische Terminologie aus, während sie „im Zuge der internationalen Forschungslage und -kommunikation“ andererseits in zunehmenden Maße durch Fachbegriffe aus dem englischsprachigen Raum beeinflusst wird. Das trifft auch auf niederländische medizinische Fachsprache zu (Jochems 2010; Bohn Stafleu van Loghum/Springer Media bv 2011; Walvoort 2012; Van Weelden & Langeveld 2012).

Was den lateinisch-griechischen Wortschatz betrifft, gibt es laut Montalt Resurrecció & González Davies (2007: 232) mehr als fünfhundert Präfixe, Stämme und Suffixe, aus denen sich mehrere tausende von Kombinationen bilden lassen. Dabei sollte Übersetzern bewusst sein, dass die Orthographie der einzelnen Morpheme trotz internationaler Standardisierungsbemühungen von Sprache zu Sprache unterschiedlich sein kann (Montalt Resurrecció 2011: 80).

Bezüglich der Terminologieentwicklung machen sich generell zwei Trends bemerkbar: „one towards standardization and unification [...], the other towards variation and innovation“ (Montalt Resurrecció & González Davies 2007: 232). Terminologie ist also keineswegs statisch und unveränderlich, sondern sie hat durchaus auch eine dynamische Seite.

Beispielhaft für standardisierte Terminologie sind sogenannte Nomenklaturen. Das sind terminologische Klassifizierungslisten, auf die sich nationale oder internationale Expertengruppen im Konsens geeinigt haben. Sie basieren auf Taxonomien, sind nach der Semantik geordnet und zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass sie auf Synonyme, Homonyme, Polysemie und Ambiguität verzichten (ebd. 235). Nur so werden die Terminologielisten ihrem Ziel gerecht: „the clarity and precision of communication, and the ease of information retrieval in information systems“ (ebd.).

Beim Übersetzen von Nomenklaturen kann jedoch das Problem auftreten, dass Begriffe, die in der Ausgangskultur als veraltet gelten und in der Folge ersetzt werden, in der Zielkultur (noch) gang und gäbe sind (vgl. Stahl 1992: 265). An diesem Beispiel zeigt sich der dynamische Charakter von Terminologie, der an neuen Entdeckungen und Innovationen in der Medizin festgemacht werden kann. Daraus ergibt sich das Bedürfnis nach Neologismen, die nicht zwangsläufig in aller Welt bekannt sind bzw. akzeptiert werden (Montalt Resurrecció 2011: 80). Der Übersetzer soll diese möglichen konventionsbedingten Probleme unbedingt im Auge behalten und sich jeweils fragen, ob Begriffe und Abkürzungen nur im nationalen oder auch im internationalen Rahmen geläufig sind.

Die internationale Verbreitung von Forschungsartikeln mithilfe von Übersetzungen resultiert laut Andriesen (2006: 158) darüber hinaus in einem anderem Problem: Viele medizinische Texte enthalten nämlich (statistische) Angaben zur lokalen Bevölkerung, die für ein internationales Publikum möglicherweise irrelevant sind. Solche Referenzen können in der Übersetzung je nach Übersetzungstyp (dokumentarisch oder instrumentell) beibehalten bzw. entfernt werden.

### 2.3.3 Textsorten

Ein weiteres Merkmal des medizinischen Fachbereichs stellen die vielen medizinspezifischen Genres bzw. Textsorten dar. Montalt Resurrecció & González Davies (2007: 12, 59-60) halten Textsortenwissen für wichtig und relevant, weil es gelegentlich vorkommt, dass der Übersetzungsauftrag einen Textsortenwechsel verlangt, zum Beispiel wenn medizinische Fachtexte für ein Laienpublikum neu konzipiert werden müssen und kontrastive Kenntnisse der betreffenden Textsorten gewünscht sind. Da für diese Masterarbeit die Patientenbroschüre und die klinische Leitlinie am relevantesten sind, werden diese kurz erläutert.

#### 2.3.3.1 Klinische Leitlinie

Jede Woche erscheinen zahlreiche neue medizinwissenschaftliche Artikel, doch nicht alle sind für die klinische Praxis relevant und außerdem haben Ärzte nicht genügend Zeit, alle im jeweiligen Fachbereich veröffentlichten Artikel zu lesen (Montalt Resurrecció & González Davies 2007: 78; Muche-Borowski & Kopp 2015: 116). Klinische Leitlinien schließen diese Lücke, indem sie systematisch erarbeitete, explizit formulierte Empfehlungen für die klinische Praxis in zusammengefasster Form bereitstellen (Montalt Resurrecció & González Davies 2007: 79). Sie werden in der Regel von multidisziplinären Expertenteams für Fachärzte

geschrieben, um deren Vorgehensweise zu beeinflussen bzw. zu verbessern und die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen bzw. zu standardisieren (ebd.). Insofern haben klinische Leitlinien sowohl eine Darstellungs- als auch eine Appellfunktion.

Von der Methodologie her lassen sich in Deutschland mehrere Klassen von Leitlinien unterscheiden: S1-Handlungsempfehlungen von Experten, S2k-Konsensbasierte Leitlinien, S2e-Evidenzbasierte Leitlinien und S3-Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinien, wie die nachstehende Tabelle zusammenfasst:

**Abb. 5: S-Klassifikationsschema der AWMF (übernommen aus Muche-Borowski & Kopp 2015: 119)**

S3	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Repräsentatives Gremium</li> <li>– Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur</li> <li>– Strukturierte Konsensfindung</li> </ul>	Transparenz über Entwicklungsprozess, Beteiligte, Interessenkonflikte
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur</li> </ul>	
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Repräsentatives Gremium</li> <li>– Strukturierte Konsensfindung</li> </ul>	
S1	Handlungsempfehlung von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren	

Im Hinblick auf den AT ist für diese Masterarbeit ausschließlich die S2k-Leitlinie von Interesse. Diese basiert, wie aus der Tabelle hervorgeht, auf der strukturierten Konsensfindung eines repräsentativen Gremiums. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass Leitlinien im Gegensatz zu Richtlinien nicht rechtlich verbindlich sind, weil sie nicht vom Gesetzgeber, sondern von privaten Institutionen wie Fachgesellschaften erstellt werden, die als solche „kein verbindliches Satzungsrecht erlassen dürfen“ (Muche-Borowski & Kopp 2015: 118). Dieser Umstand ist in Deutschland bei Formulierungen in konsensbasierten Leitlinien unbedingt zu berücksichtigen, um Rechtswidrigkeiten zu vermeiden. Subjektive Meinungsäußerungen im Sinne von Empfehlungen sind nur erlaubt, wenn die ihnen zugrundeliegende Evidenz „neutral, objektiv und sorgfältig bewertet wurde“ (ebd. 118-119).

Der lexikalische Unterschied zwischen *Leitlinien* und *Richtlinien* existiert in den Niederlanden nicht. Dort gibt es nur *richtlijnen*. Diese müssen im Gegensatz zu deutschen Richtlinien jedoch nicht zwingend eingehalten werden und sind von der Bedeutung her also eher mit Leitlinien zu vergleichen. Auch wenn niederländische klinische *richtlijnen* keine rechtliche Verbindlichkeit haben, müssen Ärzte Nichteinhaltungen von *richtlijnen* dennoch im sogenannten *zorgdossier* vermerken und begründen (Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012: 6). Daher sind genaue bibliografische Angaben zu medizinwissenschaftlichen Artikeln bei der Übersetzung einer klinischen Leitlinie ins Niederländische unentbehrlich.

Sowohl in Deutschland (AWMF 2013) als auch in den Niederlanden (Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012) gibt es Vorgaben bzw. Empfehlungen für die Vorgehensweise bei der Erstellung und Strukturierung von klinischen Leitlinien. Da der ZT allerdings eine Teilübersetzung des AT darstellt und nicht zur offiziellen niederländischen Leitlinie avancieren soll, sondern in reduzierter Form nur Fortbildungszwecken dient, erübrigt es sich, diese Thematik eingehend zu behandeln.

#### 2.3.3.2 Patientenbroschüre

Die Patientenbroschüre, im Englischen *fact sheet for patients* oder auch *FSP*, dient dem Ziel, Patienten über die wichtigsten und für sie relevantesten Informationen zu einer Krankheit in Kenntnis zu setzen. Sie wird in der Regel von Gesundheitsorganisationen wie Gesundheitsbehörden, Forschungsinstituten, Krankenhäusern, Fachgesellschaften und Patientenorganisationen herausgegeben (Montalt Resurrecció & González Davies 2007: 62). Bei der Texterstellung durch Fachspezialisten wird den Erwartungen und Bedürfnissen der betreffenden Patienten auf sprachlicher Ebene Rechnung getragen, indem die Infos generell kurz und knapp und mithilfe von prägnanten Überschriften dargestellt werden und medizinische Terminologie entweder erklärt oder durch einen standardsprachlichen Begriff ersetzt wird (ebd.). Grundlage für die Patientenbroschüre bilden wissenschaftlich zuverlässige Fachquellen wie klinische Handbücher oder Leitlinien: „In other words, FSPs are re-elaborations and re-contextualizations of previous texts belonging to more specialized genres“ (ebd.).

### 2.4 *Eenvoudige Taal*: Ein Beschreibungsansatz

#### 2.4.1 *Eenvoudige Taal* im internationalen Gefüge verständlichkeitsfördernder Reduktionsvarietäten

Auch wenn *Eenvoudige Taal* in engerem Sinne ausschließlich als eine Reduktionsvarietät der niederländischen Standardsprache aufzufassen ist, so ist das Phänomen gleichzeitig jedoch auch in einem übereinzelsprachlichen, universalen Kontext der Herstellung verständlicher Kommunikation zu sehen (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 60). Ab 1920 rückt das Thema der Produktion leicht erfassbarer Texte erstmals in der Wissenschaft in den Fokus, wenn versucht wird, systematische Kriterien für die Verständlichkeit englischsprachiger Schultexte zu entwickeln. Das führt letztendlich zur Entstehung mehrerer Lesbarkeitsindizes, nach denen die Wort- und Satzlänge nach Möglichkeit reduziert und Passivkonstruktionen vermieden werden sollen (ebd.).

Ab 1960 nehmen solche Lesbarkeitstests nicht nur Schultexte, sondern in zunehmendem Maße auch Texte für fachexterne Kommunikationszwecke in den Blickwinkel, wobei erforscht wird, wie fachliche Texte für ein Laienpublikum möglichst verständlich dargestellt werden können (Bredel & Maaß 2016a: 60-61). In diesem Rahmen hat sich im englischsprachigen Raum eine mittlerweile recht bekannte Varietät herauskristallisiert: Das sogenannte *Plain English* (ebd. 60). Die Grundprinzipien dieser Varietät sind in mehreren Regelwerken unterschiedlich ausführlich beschrieben worden, aber im Kern gibt es viele Überlappungen, auch zu den Kriterien aus den 1920er Jahren. So schreibt das 1998 entstandene Regelwerk der *United States Securities and Exchange Commission* für das Englische unter anderem die Verwendung kurzer, aktiver Sätze im Verbalstil sowie die Vermeidung von abstrakten Begriffen und Negationen vor (ebd. 63f.).

In Anlehnung an den Erfolg der Plain-Language-Bewegung und bedingt durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention gibt es gegenwärtig immer mehr internationale Bestrebungen zur Herstellung verständlicher Texte für Personen mit kognitiven Einschränkungen. Großbritannien und skandinavische Länder haben diesbezüglich Pionierarbeit geleistet, aber Deutschland hat inzwischen nachgelegt, sowohl in politisch-rechtlicher, als auch in wissenschaftlicher Hinsicht. So sind Bundesbehörden infolge der Barrierefreien-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0 2011) seit einigen Jahren dazu gehalten, gewisse Informationen in Leichter Sprache anzubieten. Und mit ausgeprägten Konzepten der Bürgernahen, Einfachen und Leichten Sprache gibt es für das Deutsche besonders viele Ausdifferenzierungen (Bredel & Maaß 2016a: 64, 68), die in der Sprach- und Übersetzungswissenschaft immer mehr Beachtung finden.

Alle der o. g. Varietäten haben zwar den Status einer Reduktionsvarietät, aber während Leichte Sprache und Einfache Sprache Reduktionsvarietäten der Standardsprache sind, gilt Bürgernahe Sprache aufgrund ihres auf das Recht und die Verwaltung beschränkten Kommunikationsbereichs jedoch als Reduktionsvarietät von Fachsprachen, gewissermaßen vergleichbar mit *Plain English* (ebd. 529). Einfache Sprache hingegen wird wie gesagt zwar als Reduktionsvarietät der Standardsprache betrachtet, ist im Vergleich zur Leichten Sprache allerdings weniger strikt geregelt und für eine größere, weniger spezifische Zielgruppe geeignet, weil sie auf lexikalischer und syntaktischer Ebene komplexer ist: Nebensätze sind erlaubt und schwierige Begriffe müssen nicht zwingend erklärt werden (ebd. 528-529). Außerdem übernehmen Texte in Einfacher Sprache grundsätzlich das

Gesamtinformationsangebot des Ausgangstextes, während bei der Produktion von Leichte-Sprache-Texten je nach Zielsituation eine inhaltliche Reduktion in Erwägung gezogen werden kann (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 527). Im Spektrum zwischen Standardsprache und Leichter Sprache hält sich Einfache Sprache in der Mitte auf (vgl. ebd.). Im Kontext des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) entsprechen Leichte-Sprache-Texten in der Regel Niveau A1, während Texte in Einfacher Sprache typischerweise Niveau A2-B1 zugeordnet werden (ebd. 145).

Der bisher signifikanteste wissenschaftliche Beitrag zur Leichten Sprache haben unabdingbar die Hildesheimer Professorinnen Ursula Bredel (Institut für deutsche Sprache und Literatur) und Christiane Maaß (Forschungsstelle Leichte Sprache) geleistet. In ihrem 2016 herausgebrachten Grundlagenwerk betten sie das Konzept in zahlreiche theoretische Diskurse ein (Bredel & Maaß 2016a) und in einem gleichzeitig veröffentlichten kleineren, praxisorientierten Band liefern sie jede Menge konkrete Empfehlungen für Übersetzer (Bredel & Maaß 2016b). Außerdem hat Christiane Maaß schon im Jahr 2015 selbständig ein evidenzbasiertes Regelwerk für Leichte Sprache konzipiert (Maaß 2015).

Im Vergleich zu Deutschland sind verständlichkeitsfördernde Reduktionsvarietäten in den Niederlanden relativ schwach ausgeprägt. Das macht sich erstens daran bemerkbar, dass es keine gefestigte Terminologie gibt: *Makkelijke Taal*, *Begrijpelijke Taal* und *Eenvoudige Taal* werden häufig synonym verwendet oder es werden die gleichen Begriffe für ganz unterschiedliche Konzepte und Adressaten verwendet. So ordnet die *Stichting Lezen & Schrijven* (SLS 2017) *Begrijpelijke Taal* dem B1-Niveau und *Eenvoudige Taal* dem A2-Niveau des GER zu, während Heij & Visser (2006) ein Regelwerk für *Eenvoudige Taal* geschrieben haben, das dem B1-Niveau entspricht. Des Weiteren reden Sanders & Jansen (2011) sowie Pander Maat & Lentz (2011) zwar von *Begrijpelijke Taal*, ordnen das Phänomen aber keinem Sprachniveau zu. Begriffsmäßig ist die Lage also etwas unübersichtlich.

Bereits existierende gesellschaftliche Initiative, um die Kommunikation mit funktionalen Analphabeten zu verbessern, leisten im Hinblick auf die vorliegende Masterarbeit keine Abhilfe. Zwar stellt der niederländische Hausärzterein LHV (2011) ihren Mitgliedern eine Checkliste für die Kommunikation mit funktionalen Analphabeten zur Verfügung, aber diese Empfehlungen haben einen sehr geringen Umfang und sind in erster Linie mit Blick auf Patientengespräche entwickelt worden, sodass sie nur bedingt auf die schriftliche Kommunikation anwendbar sind. Die *Stichting Lezen & Schrijven*, die sich

besonders für funktionale Analphabeten einsetzt, bietet dagegen schon Tipps, um Texte in *Eenvoudige Taal* zu verfassen (SLS 2017). Diese Tipps werden jedoch nicht wissenschaftlich begründet und bieten kaum eine Orientierung für die Übersetzungspraxis. Außerdem entsprechen diese Schreibtips dem A2-Niveau des GER, obwohl die sprachlichen Fähigkeiten von manchen funktionalen Analphabeten bzw. kognitiv Behinderten eher dem A1-Niveau entsprechen. Insofern sind die Regeln der *Stichting Lezen en Schrijven* für eine Übersetzung in *Eenvoudige Taal*, die auch kognitiv Behinderte als Zielgruppe anstrebt, so wie es die UN-Behindertenrechtskonvention verlangt, unzulänglich. Zu diesem Zeitpunkt muss man also zum Schluss kommen, dass eine niederländische Reduktionsvarietät auf dem A1-Niveau des GER aktuell nicht existiert.

Die Wissenschaftslage lässt ebenfalls zu wünschen übrig: Es gibt zwar Artikel zu *Begrijpelijke Taal* (Sanders & Jansen 2011; Pander Maat & Lentz 2011), aber aktuell liegen keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen über eine niederländische Reduktionsvarietät für kognitiv Behinderte vor, die sich mit dem Regelwerk von Bredel & Maaß, das dem A1-Niveau entspricht, vergleichen lassen.

Ein möglicher Grund dafür, dass die Niederlande bezüglich der Entwicklung einer Reduktionsvarietät für Lesebeeinträchtigte hinterherhinken, liegt darin, dass die Politik bzw. der Gesetzgeber bisher nicht die Rolle des Vorreiters gespielt hat: Erst im Juli 2018 hat die niederländische Behörde einen Plan zur Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention erlassen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018). Konkrete Vorschläge für ein Regelwerk für *Eenvoudige Taal* sind darin jedoch nicht enthalten, sodass in dieser Hinsicht weiterhin viel Handlungsbedarf besteht.

Jeder Lösungsansatz soll es sich m.E. vorrangig zum Ziel machen, Ordnung in das Begriffschaos zu bringen. In diesem Sinne möchte ich für das Niederländische die folgende Terminologie vorschlagen:

**Abb. 6: Definitionsvorschläge für niederländische Reduktionsvarietäten inkl. Sprachniveau gemäß GER**

Niederländische Reduktionsvarietät	Niveau gemäß des GER
Eenvoudige Taal	A1
Gewone Taal	A2-B1

*Gewone Taal* ist hier als Reduktionsvarietät von Fachsprachen gedacht und kann daher als Äquivalent für *Plain English* und Bürgernahe Sprache aufgefasst werden. Bei Übersetzungen in *Gewone Taal* ginge es dementsprechend darum, fachsprachliche Texte so wiederzugeben, dass sie auch vom Durchschnittsleser verstanden werden könnten.

*Eenvoudige Taal* entspricht nach meinem Schema der niedrigsten Stufe des GER und ist daher am geeignetsten für die Angehörigen der niederländischen Sprachgemeinschaft, deren Sprachkompetenz verhältnismäßig am geringsten ist: Funktionale Analphabeten bzw. Menschen mit kognitiver Behinderung. Somit wäre *Eenvoudige Taal* das niederländische Äquivalent für Leichte Sprache, die deutsche Reduktionsvarietät auf A1-Niveau, die ebenfalls für diese Zielgruppe entwickelt wurde. Da solche Reduktionsvarietäten sich auf lexikalischer und syntaktischer Ebene gemäß dem Leitprinzip der Kontinuität (siehe 2.4.4) im wahrsten Sinne des Wortes durch *Einfachheit* auszeichnen (z. B. Synonymievermeidung, gleiches syntaktisches Muster, Wiederholungen usw.), erscheint das Wort *eenvoudige* in diesem Zusammenhang sehr passend.

Weil aktuell keine Definitionen, Regelwerke oder sonstige Publikationen zu einer niederländischen Reduktionsvarietät auf A1-Niveau vorliegen, erscheint es im Rahmen dieser Masterarbeit erforderlich, die wissenschaftlichen Werke zur Leichten Sprache von Bredel & Maaß als theoretische Grundlage zu nehmen (siehe dazu Bredel & Maaß 2016a; Bredel & Maaß 2016b; Maaß 2015). Das Regelwerk für Leichte Sprache von Bredel & Maaß ist aus mehreren Gründen relevant für eine Übersetzung in *Eenvoudige Taal*. Erstens, weil mit beiden Reduktionsvarietäten die gleiche Adressatenschaft anvisiert wird: Kognitiv Behinderte (in engem Sinne) und funktionale Analphabeten (in weitem Sinne). Zusätzlich zur gleichen Adressatenschaft spricht auch die Annahme, dass der Schwierigkeitsgrad von Texten objektiviert werden kann, für die Übertragung der deutschen Leichte-Sprache-Regeln auf *Eenvoudige Taal* (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 62). Wenn die sich am A1-Kompetenzniveau des GER orientierenden Leichte-Sprache-Regeln in einer verwandten Sprache wie dem Niederländischen Verwendung finden, ist zu erwarten, dass Texte in *Eenvoudige Taal*, die sich nach den gleichen Regeln ausrichten, einen ähnlichen Schwierigkeitsgrad wie Texte in Leichter Sprache haben werden. Hinzu kommt, dass die Leitprinzipien, die den Leichte-Sprache-Regeln zugrunde liegen, ebenfalls auf das Niederländische übertragbar sind. Diese sind nämlich im Hinblick auf die besonderen Sprachbedürfnisse der primären Adressatenschaft entwickelt worden, deren Probleme mit Sprache weltweit vergleichbar sind, weil sie auf die gleichen

medizinischen Konditionen bzw. Verletzungen zurückgehen. Das legt die Vermutung nahe, dass nicht nur deutsche, sondern auch niederländische Personen mit kognitiver Einschränkung einer Sprache bedürfen, die sich nach den Prinzipien der Proximität, der Kontinuität und der maximalen Explizitheit richtet (mehr dazu in 2.4.4). Allerdings sind auf Regelebene stets die Unterschiede zwischen dem niederländischen und deutschen Sprachsystem zu berücksichtigen. Deutsche Regeln zum Konjunktiv und Genitiv sind für eine Übersetzung in *Eenvoudige Taal* logischerweise kaum relevant. Die Leichte-Sprache-Regeln von Bredel & Maaß sollten unter Umständen also den niederländischen Sprachnormen angepasst werden.

#### 2.4.2 Leichte Sprache: Begriffsbestimmung

Da aktuell keine Reduktionsvarietät des Niederländischen auf A1-Niveau existiert, kann diese auch nicht aus wissenschaftlicher Perspektive beschrieben werden. Um dennoch eine für diese Masterarbeit brauchbare Beschreibung darzubieten, wird an dieser Stelle kurz die Leichte-Sprache-Definition von Bredel & Maaß besprochen.

Die Hildesheimer Professorinnen binden ihre Konzeptualisierung von Leichter Sprache an eine varietätenlinguistische Perspektive an und berücksichtigen in erster Linie die soziologischen Verhältnisse, unter denen Leichte Sprache zum Einsatz kommt. Aus diesem Blickwinkel heraus definieren sie Leichte Sprache als „monomedial schriftliche, nächsprachlich geprägte, regulierte Reduktionsvarietät des Deutschen mit asymmetrischen Gebrauchs- und asymmetrischen Erwerbsbedingungen“ (Bredel & Maaß 2016a: 58). Zur Bestimmung des Varietätenstatus von Leichter Sprache wurden insgesamt fünf Kriterien in Betracht gezogen: (1) Gebrauch/Reichweite, (2) Medialität/Medienspezifität, (3) Entstehung, (4) Erwerbsbedingungen und (5) Kodifizierung/Normiertheit (ebd. 24). Zum besseren Verständnis der oben aufgeführten Definition werden diese Kriterien im Folgenden einzeln erläutert.

Das erste Kriterium (Gebrauch/Reichweite) bezieht sich „auf den Umstand, dass nicht alle Varietäten überall von jedem und jederzeit für alle kommunikativen Zwecke verwendet werden können“ (ebd.). Texte in Leichter Sprache werden von Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen produziert und nicht in gleichem Maße von allen Gesellschaftsteilnehmern, sondern hauptsächlich von solchen Lesern rezipiert, die aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mit standardsprachlichen Texten klarkommen, weswegen Leichte Sprache in diesem Zusammenhang als diastratische, asymmetrische Varietät des Deutschen bezeichnet werden

kann (Bredel & Maaß 2016a: 25). Im Vergleich dazu können fachinterne medizinische Texte übrigens als ‚symmetrisch‘ charakterisiert werden: Sie werden von Experten für Experten verfasst und vornehmlich im Fachkreis diskutiert (vgl. ebd.).

Das zweite Kriterium (Medialität/Medienspezifik) bezieht sich „auf den Umstand, dass nicht alle Varietäten in mündlicher und schriftlicher Ausprägung vorliegen“, wobei festzustellen ist, dass Leichte Sprache im Deutschen Raum gegenwärtig lediglich in schriftlicher Form existiert (ebd. 29). Dabei kann Schriftsprache als ‚Sprache der Distanz‘ und mündliche Sprache als ‚Sprache der Nähe‘ umschrieben werden, die sich jeweils durch typische Kommunikationsbedingungen und Versprachlichungsstrategien auszeichnen (siehe Abb. 7).

Abb. 7 Sprache der Nähe und der Distanz (nach Koch/Oesterreicher 1985, übernommen aus Bredel & Maaß 2016a: 30).

<b>Kommunikationsbedingungen</b>	
<b>Sprache der Nähe</b>	<b>Sprache der Distanz</b>
dialogisch Vertrautheit der Partner <i>Face-to-face</i> -Interaktion freie Themenentwicklung keine Öffentlichkeit Spontaneität Involviertheit Situationsverschränkung Expressivität/Affektivität	monologisch Fremdheit der Partner Raumzeitliche Trennung Themenfixierung Öffentlichkeit Reflektiertheit Distanziertheit Situationsentbindung ‚Objektivität‘
<b>Versprachlichungsstrategien</b>	
<b>Sprache der Nähe</b>	<b>Sprache der Distanz</b>
Prozesshaftigkeit Vorläufigkeit Geringere Informationsdichte Geringere Kompaktheit Geringere Integration Geringere Komplexität Geringere Elaboriertheit Geringere Planung	Verdinglichung Endgültigkeit Größere Informationsdichte Größere Kompaktheit Größere Integration Größere Komplexität Größere Elaboriertheit Größere Planung

Wie Bredel & Maaß (2016a: 30-31) zurecht beobachten, verhält sich Leichte Sprache in diesem Kontext jedoch untypisch, denn obwohl die Reduktionsvarietät von den Kommunikationsbedingungen her eher als Sprache der Distanz zu klassifizieren ist, überwiegen bei Leichte-Sprache-Texten Versprachlichungsstrategien, die üblicherweise der Sprache der Nähe zugeordnet werden, wobei besonders die Informationsdichte, die Integration und die syntaktische Komplexität der Zieltexte im Vergleich zum Ausgangstext

adressatenbedingt erheblich reduziert werden müssen. Auf diese Art und Weise nähert sich Leichte Sprache also im wahrsten Sinne des Wortes der Sprache der Nähe an, obwohl sie von der Medialität her nach wie vor nicht in mündlicher, sondern lediglich in schriftlicher Form vorliegt (Bredel & Maaß 2016a: 31).

Was das dritte Kriterium (Entstehung) anbelangt, unterscheiden Bredel & Maaß (ebd.) zwischen natürlichen Sprachen und Plansprachen, wobei natürliche Sprachen durch „dauernden aktiven Gebrauch“ entstehen und von den jeweiligen Kommunikationsbeteiligten reguliert werden, während Plansprachen „auf einen bewussten, nicht interaktiv gesteuerten Konstruktionsakt“ zurückgehen, wie das etwa bei Esperanto der Fall ist. Obwohl Leichte Sprache grundsätzlich dem Diasystem einer natürlichen Sprache zugerechnet wird und folglich keine komplett neue Regeln oder Strukturen generieren darf, die nicht bereits in der jeweiligen Quellsprache vorhanden sind, weist sie mit ihrer Komplexitätsreduktionsmaßnahmen etwa im Bereich des Kasussystems und der Syntax dennoch Merkmale von Plansprachen auf (ebd. 33-34). Man könnte also zum Schluss kommen, dass Leichte Sprache im Spektrum zwischen natürlichen Sprachen und Plansprachen eine mittlere Position einnimmt (vgl. ebd. 33).

Beim vierten Kriterium (Erwerbsbedingungen) lässt sich zwischen ungesteuertem bzw. symmetrischen und gesteuertem bzw. asymmetrischem Erwerb unterscheiden (ebd. 39). Der ungesteuerte Erwerb einer Sprache oder einer Varietät – wie zum Beispiel der Erwerb der Erstsprache oder eines Dialekts – findet „beiläufig, durch alltäglichen Gebrauch und weitgehend ohne regulierenden Eingriff von außen“ statt, während der gesteuerte Erwerb „einer von außen gesteuerten, curricularen Logik“ folgt; „die Sprache/Varietät wird für die Lerner(innen) in spezifischer Weise aufbereitet“, man denke etwa an den Fremdspracherwerb an einem Lehrinstitut (ebd.). Im Gegensatz zur weit verbreiteten Auffassung erfolgt die Rezeption von Leichte-Sprache-Texten nicht bedingungslos bzw. automatisch, denn sie setzt „eine mindestens basale Lesefähigkeit und eine mindestens basale Kenntnis des Deutschen voraus“, die besonders bei manchen kognitiv Behinderten nicht oder nur so eingeschränkt vorliegt, dass „vermutlich auch das Lesen und Verstehen von Texten in Leichter Sprache eine Erwerbsaufgabe“ ist (ebd. 40-41). Die Produktion von Leichte-Sprache-Texten ist eine Frage des gesteuerten Erwerbs und erfolgt also asymmetrisch; zur erfolgreichen Erstellung von Leichte-Sprache-Texten sind sowohl textanalytische als auch textsortenspezifische Kenntnisse auf allen linguistischen Ebenen (Schrift, Lexik, Syntax usw.)

erforderlich, die im Rahmen einer Ausbildung oder Weiterbildung erworben werden müssen (Bredel & Maaß 2016a: 43-44). In dem Zusammenhang ist es erwähnenswert, dass es an der Hildesheimer Universität seit dem Wintersemester 2018 einen zweijährigen Masterstudiengang ‚Barrierefreie Kommunikation‘ gibt, in dem das entsprechende Wissen vermittelt wird. Bredel & Maaß (ebd. 44) zufolge werden die meisten Texte heutzutage „überwiegend von Laien und eher intuitiv als kategoriengeleitet erstellt“, sodass die Qualität der Zieltex-te mehr oder weniger „vom Zufall abhängt“. Zur Unterbindung der Stigmatisierung von Leichter Sprache durch Kritiker, die die Reduktionsvarietät mit einem Sprachverlust assoziieren, ist zu hoffen, dass der aktuell niedrige Status und die Qualität von Leichte-Sprache-Texten sich infolge wissenschaftsbasierter Professionalisierungsbemühungen weiterhin verbessern, denn Personen mit Lern- und/oder Leseschwierigkeiten haben genauso wie sprachkompetente Menschen ein grundlegendes Recht auf Gesellschaftsteilnahme und verständliche Informationen, wie von der UN-Behindertenrechtskonvention vorgesehen.

Das fünfte und letzte Kriterium (Kodifizierung/Normiertheit) „macht Aussagen darüber, wie gut eine Varietät beschrieben ist (Kodifizierung) und wie verbindlich die herausgearbeiteten Regeln für die Sprachnutzer(innen) sind (Normiertheit)“ (ebd. 36). Zurzeit bestehen für Leichte Sprache verschiedene Regelwerke (Inclusion Europe 2009; BITV 2.0 2011; BMAS 2018), sodass die Reduktionsvarietät einen hohen Regulierungsgrad hat. Die Regelwerke sind jedoch unterschiedlich stark normiert (Bredel & Maaß 2016a: 529), sodass sie nicht alle gleichermaßen verbindlich wirken.

#### 2.4.3 Adressaten von Texten in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal*

Texte in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* haben einen recht weiten und unterschiedlich geprägten Adressatenkreis, wobei zwischen primären und sekundären Adressaten unterschieden werden kann.

Primäre Adressaten sind nicht oder kaum in der Lage, in Standard- oder Fachsprache verfasste Texte zu rezipieren, sodass sie mehr oder weniger von einer Reduktionsvarietät auf A1-Niveau abhängig sind, um an Informationen zu gelangen (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 139). Man denke etwa an geistig Behinderte, Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit anderen Erstsprachen, deren Deutsch- oder Niederländischkenntnisse gering sind, Schwerhörige oder Gehörlose, funktionale Analphabeten sowie Personen mit Demenz oder Aphasie (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 140; Helmle 2017: 42-45). Allen Adressaten ist

gemeinsam, „dass sie Probleme mit der sprachlichen und/oder referenziellen Komplexität von Texten haben“ (Bredel & Maaß 2016a: 140).

Zur ursprünglichen Zielgruppe gehören Personen mit geistiger Behinderung bzw. Menschen mit Lernschwierigkeiten. Dabei ist terminologisch zu beachten, dass der Begriff ‚geistige Behinderung‘ sowohl in der Gesellschaft als auch in der Politik zunehmend mit negativen Konnotationen verbunden und folglich abgelehnt wird, was damit zusammenhängt, dass Betroffene sich selbst oftmals gar nicht als behindert wahrnehmen und vorzugsweise von ‚Lernschwierigkeiten‘ sprechen (Helmle 2017: 42). Bredel & Maaß (2016a: 147) weisen in dem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass der Begriff ‚geistige Behinderung‘ in der Wissenschaft und der Fachliteratur weiterhin Verwendung findet, weil die Tendenz zur Euphemisierung die Gefahr der Bedeutungsverschlechterung in sich birgt, der zufolge die abweichenden Bedürfnisse beider Gruppen vernachlässigt werden könnten. Obwohl der weit verbreitete Wunsch, auf das Wort ‚geistige Behinderung‘ zu verzichten, an sich gut nachvollziehbar und im Zuge der gegenwärtigen Inklusionsbemühungen berechtigt ist, wird in dieser Masterarbeit aus Deutlichkeitsgründen weiterhin darauf zurückgegriffen. Und auch diese Sicht ist durchaus vertretbar, denn „bei Lernstörungen liegen in der Regel keine organischen Verletzungen oder Schäden des Gehirns vor“, während eine Person mit geistiger Behinderung „von Verletzungen oder organischen Schäden im Gehirn betroffen ist und einen Intelligenzquotienten von unter 70 aufweist“ (Helmle 2017: 44). Die Folgen für die Entwicklung der Sprachkompetenz sind entsprechend unterschiedlich. Personen mit Lernschwierigkeiten sind beispielsweise häufig mit Legasthenie diagnostiziert worden, was heißt, dass die beiden wesentlichen Mittel zur Sprachverarbeitung – der Arbeitsspeicher und das Langzeitgedächtnis – dermaßen beeinträchtigt sind, dass erhebliche Probleme beim Lesen entstehen, wie Lesefehler und eine reduzierte Lesegeschwindigkeit (Bredel & Maaß 2016a: 149-150). Ein beträchtlicher Teil der geistig Behinderten vermag es hingegen überhaupt nicht, Texte sinnentnehmend zu lesen, sodass sogar Texte in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* hier nur bedingt Abhilfe schaffen können (vgl. ebd. 152).

Demenzkranke leiden unter „dem Verlust mentaler Fähigkeiten“ und „zunehmenden Gedächtnisstörungen“ (Schindelmeister 2008: 127 zitiert nach Bredel & Maaß 2016a: 153). Je nach Krankheitsstadium des Patienten ist die Fähigkeit zum abstrakten Denken unterschiedlich stark beeinträchtigt, sodass komplexe Propositionen zum Teil nicht länger verarbeitet und verstanden werden (Schindelmeister 2008: 130 & Kurz 2013: 11 paraphrasiert

nach Bredel & Maaß 2016a: 155). Forschungen haben jedoch nachgewiesen, dass manche sprachlichen Strukturen länger korrekt verarbeitet werden als andere: Der Abbau des Aktiv-Verständnisses setzt beispielsweise später ein als der Abbau des Passiv-Verständnisses und Parataxen werden verhältnismäßig länger begriffen als Hypotaxen (Schecker 2003: 289 paraphrasiert nach Bredel & Maaß 2016a: 157).

Gehörlose können in ihrer Schriftsprachenkompetenz ebenfalls sehr eingeschränkt sein, besonders diejenigen, die bereits vor der Geburt oder vor dem ersten Spracherwerb eine Hörschädigung erlitten haben, was unter anderem damit zusammenhängt, dass sie später nur die Gebärdensprache auf Erstsprachenniveau beherrschen, die von der Struktur her erheblich von der jeweiligen Standardsprache abweicht (Helmlé 2017: 42). Zu den Beeinträchtigungen gehören auf lexikalischer Ebene ein geringer Wortschatz, auf morphologischer Ebene eine fehlerhafte Flexion von Verben, Substantiven und Pronomen sowie Verständnisprobleme beim Lesen von komplexen Komposita, auf syntaktischer Ebene Schwierigkeiten mit Satzgefügen, auf textueller Ebene Probleme bei der Herausarbeitung von Implikaturen (Bredel & Maaß 2016a: 163).

Bei von Aphasie betroffenen Menschen kommt es nach dem vollzogenen Erstspracherwerb zu einer Sprachstörung im Gehirn, die in der Mehrheit der Fälle durch einen Schlaganfall herbeigeführt wird (ebd.). Kennzeichnend für sämtliche Aphasie-Ausprägungen ist die verringerte Fähigkeit, Wahrnehmungen mit Vorkenntnissen und Weltwissen zu verbinden, sodass kontextarme Propositionen „zu abstrakten und räumlich-zeitlich entfernteren Phänomenen und Ereignissen“ im Regelfall nur dann begriffen werden, „wenn sie unmittelbar in die wahrgenommene Situation eingebunden sind und sich auf die Eigenperspektive des Aphasikers beziehen“ (ebd. 166). Da besonders Fachtexte kontextentbunden sind, sind hier große Probleme bei der Informationserschließung zu erwarten; Leichte-Sprache-Texte bzw. Texte in *Eenvoudige Taal* stellen in dem Fall eine gute Alternative dar (vgl. ebd. 166).

Die Gruppe der Analphabeten ist recht vielfältig und setzt sich teilweise aus den bereits erörterten Adressaten zusammen. Das heißt, dass sowohl Demenzbetroffene und prälingual Gehörlose als auch Menschen mit Lernschwierigkeiten, Aphasie und geistiger Behinderung als Analphabet klassifiziert werden können, wobei sich zwischen primärem Analphabetismus, sekundärem Analphabetismus und funktionalem Analphabetismus unterscheiden lässt (Bredel & Maaß: 2016: 166-167). Bei primären Analphabeten liegt eine Schriftlosigkeit vor,

weil kein Schulgang stattgefunden hat, während sekundäre Analphabeten zwar zur Schule gegangen sind, aber ihre Schreib- und Lesefähigkeit später verloren haben, z.B. weil sie infolge eines Gehirnschlags geistig Behindert wurden oder weil eine Demenz eingetreten ist. Funktionale Analphabeten schließlich haben trotz eines Schulgangs nicht genügend Schreib- und Lesefähigkeiten erworben, als dass sie unabhängig von fremder Hilfe an der Schriftkultur teilnehmen könnten.

Die Schreib- und Lesekompetenz funktionaler Analphabeten ist je nach Person unterschiedlich ausgeprägt. Grotluschen & Riekmann (2011: 4) unterscheiden in ihrer Leo-Studie drei sogenannte Alpha-Levels, die jeweils einem anderen Kompetenzniveau entsprechen.<sup>2</sup> Auf Level  $\alpha 1$  erreichen Betroffene die Wortebene nicht, während Betroffene auf Level  $\alpha 2$  zwar mit Einzelwörtern, aber nicht mit kompletten Sätzen klarkommen. Dem  $\alpha 3$ -Level werden schließlich die Menschen zugeordnet, die zwar kurze Sätze, aber nicht ganze Texte verstehen können. Angesichts der Definitionen der Alpha-Levels wird klar, dass Leichte Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* nur für funktionale Analphabeten auf Level  $\alpha 3$  geeignet ist, da syntaktische Strukturen und ein Verständnis auf Satzebene vorausgesetzt werden müssen, um Informationen größeren Umfangs wiederzugeben bzw. zu verstehen (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 175).

Die Tatsache, dass sämtliche primären Adressaten von Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* „sehr unterschiedliche Vorerfahrungen mit Sprache und mit Texten“ haben, legt die Vermutung nahe, dass es jeweils „unterschiedliche Anforderungen an eine sprachliche Aufbereitung der Texte“ gibt (ebd. 141). Leider bestehen diesbezüglich noch große Forschungsdesiderata, denn über die genauen Rezeptionsbedürfnisse der primären Adressatenschaft liegen aktuell noch keine systematischen und ausdifferenzierten Erkenntnisse vor, sodass die Frage „wie angesichts dessen überhaupt ein einheitliches Leichte-Sprache-Konzept vertretbar ist“, durchaus berechtigt erscheint (ebd.). Um trotzdem dafür zu sorgen, dass möglichst viele primäre Adressaten schriftliche Informationen in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* verstehen können, schlagen Bredel & Maaß (2016a: 180) vor, Personen mit besonders schwach ausgeprägtem Sprachverständnis als normative Bezugsgruppe zu qualifizieren. Aus diesem Grund sollten Regelwerke für Leichte Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* sich stets am niedrigsten (A1-)Niveau des GER orientieren. Vor diesem Hintergrund wird auch

---

<sup>2</sup> Die Alpha-Levels sind nicht mit dem A1- oder A2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen zu verwechseln.

klar, dass das von der *Stichting Lezen & Schrijven* veröffentlichte, auf A2-Niveau angesiedelte Regelwerk für *Eenvoudige Taal* bei einer Übersetzung für kognitiv Behinderte und manche funktionale Analphabeten ungeeignet ist.

Obwohl Texte in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* sich nach dem A1-Niveau des GER richten sollen, ändert das nichts an der Tatsache, dass solche Texte für funktionale Analphabeten, deren Sprachkompetenz dem Alpha-Level  $\alpha_1$  oder  $\alpha_2$  entspricht, trotzdem einen zu hohen Komplexitätsgrad haben, als dass sie von dieser Adressatenschaft verstanden werden könnten. Auch wenn Bredel & Maaß (2016a: 180) behaupten, dass „diese Zielgruppen über mündliche Interaktionen mit Expert(inn)en erreicht werden“ können, „wobei den Expert(inn)en dann die Leichte-Sprache-Texte als Kommunikationshilfe zur Verfügung stehen“, so zeigt hier meiner Ansicht nach jedoch, dass die UN-Behindertenrechtskonvention nicht für alle Betroffenen gleich erfolgreich umsetzbar ist. Der durchaus berechtigte Wunsch nach Barrierefreiheit und Inklusion stößt zum Teil schlichtweg an die sprachlichen Grenzen mancher primären Adressaten.

Im Vergleich zu primären Adressaten ist sekundären Adressaten der Zugriff auf standard- und fachsprachliche Texte ausdrücklich nicht verwehrt. Hier handelt es sich um unbenachteiligte Rezipienten, die rein zufällig oder auch bewusst mit Leichter Sprache in Berührung kommen, z. B. weil keine allgemeinsprachliche Alternative vorliegt oder weil sie einen leichter zugänglichen Text bevorzugen, der sich im Vergleich zum Fachtext effizienter und bequemer liest (ebd. 173). In solchen Fällen wird Leichte Sprache durchaus geschätzt, aber die Perzeption von Texten in Leichter Sprache durch sekundäre Adressaten fällt nicht immer positiv aus, im Gegenteil, Leichte-Sprache-Texte werden oftmals als Provokation empfunden (ebd. 172). Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, der möglichen negativen Rezeption durch sekundäre Adressaten von vornherein Rechnung zu tragen, indem sämtliche Leser in einem Vorwort anhand einer Metakommunikation auf die primäre Zielgruppe und den spezifischen Kommunikationszweck – die barrierefreie Kommunikation – aufmerksam gemacht werden (ebd. 174). Da die Regulierung niederländischer Reduktionsvarietäten noch in den Kinderschuhen steckt, ist diese Empfehlung auch bei Übersetzungen in *Eenvoudige Taal* unbedingt zu berücksichtigen, um etwaige Spannungen mit sekundären Adressaten und einen schlechten Ruf zu vermeiden.

#### 2.4.4 Funktionen von Texten in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal*

Im Hinblick auf den Adressatenkreis erfüllt Leichte Sprache mehrere gesellschaftliche Funktionen, darunter eine Partizipationsfunktion, eine Lernfunktion und eine Brückenfunktion (Bredel & Maaß 2016a: 56f.). *Eenvoudige Taal* hat in Anbetracht der UN-Behindertenrechtskonvention die gleichen Funktionen zu erfüllen. In übergreifendem Sinne gibt es jedoch nur eine Kernfunktion. Diese ist es, „geschriebene Information so aufzubereiten, dass sie auch von Leser(inne)n mit geringer Leseerfahrung und/oder Beeinträchtigungen, die das Lesen erschweren, selbständig rezipiert werden kann“ (ebd. 514). Grundlegende funktionale Eigenschaften von Leichter Sprache sind demnach ihre hohe Perzipierbarkeit und Verständlichkeit (ebd.).

Da Verständnis Wahrnehmung voraussetzt, müssen Texte in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* zunächst typografisch und informationell aufbereitet werden, um den hohen, adressatenbedingten Anforderungen an der visuellen und medialen Gestaltung gerecht zu werden, die für die Realisierung einer optimalen Perzipierbarkeit erforderlich sind (vgl. ebd. 514-515). Zu den Kriterien, die die Perzipierbarkeit bzw. die Lesbarkeit der textuellen Oberfläche beeinflussen, gehören unter anderem die Satzlänge, die Übersichtlichkeit von Satzteilen, die syntaktische Komplexität, Symbole und Piktogramme, die Typografie, die Spaltenbreite und der Zeilenabstand (Sauer 1995: 163ff. paraphrasiert nach Lutz 2017: 287).

Zur Sicherung der Verständlichkeit basiert Leichte Sprache weitgehend auf Strukturen der konzeptionellen Mündlichkeit, deren Hauptmerkmal die Unmittelbarkeit ist (Bredel & Maaß 2016a: 514). Texte in *Eenvoudige Taal* sollen sich daher auch an der gesprochenen Sprache orientieren. Einzelne Kriterien, die auf die Verständlichkeit bzw. die kognitive Verarbeitbarkeit von Texten Einfluss ausüben, sind das Vorwissen der Rezipienten und die adäquate Portionierung von Informationen, wobei als Strategien unter anderem Verdeutlichungen, Ergänzungen, Einfügungen, aber auch Auslassungen in Betracht gezogen werden können (Sauer 1995: 163ff. paraphrasiert nach Lutz 2017: 287).

#### 2.4.5 Leitprinzipien von Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal*

Bredel & Maaß (2016a: 516-519) beschreiben drei Leitprinzipien Leichter Sprache, nämlich das Prinzip der Proximität, das Prinzip der maximalen Explizitheit und das Prinzip der Kontinuität. Weil *Eenvoudige Taal* das gleiche Augenmerk wie Leichte Sprache hat, sollen die oben genannten Prinzipien auch auf die niederländische Reduktionsvarietät zutreffen.

Aus den Merkmalen der Perzipierbarkeit und der Verständlichkeit ergibt sich erstens das übergreifende Prinzip der Proximität, womit gemeint ist, dass fast alle Merkmale von Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* auf eine maximale Nähe zum Adressaten abzielen sollen (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 516).

Das Prinzip der maximalen Explizitheit beinhaltet, dass sowohl auf makrotextueller als auch auf mikrotextueller Ebene grundsätzlich Erklärungen bzw. Hinzufügungen notwendig sind, weil infolge des mangelnden Welt- und Sprachwissens von primären Adressaten und des Nichtvorhandenseins von Kommunikationspartnern Verständnisprobleme zu erwarten sind, denen Rechnung getragen werden muss, indem beispielsweise Fachbegriffe exemplifiziert und Überschriften und Bilder in den Text eingebettet werden (vgl. ebd. 517). Aufgrund des überdurchschnittlichen Erklärungsbedarfs kann die für Fachtexte typische funktionale Eigenschaft der Ökonomie bei Texten in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* nicht berücksichtigt werden (vgl. ebd. 517).

Das Prinzip der Kontinuität liegt in der Notwendigkeit der vielen zwischenzeitlichen Erklärungen begründet. Diese beeinträchtigen die Themenentfaltung von Texten in Leichter Sprache bzw. *Eenvoudige Taal* nämlich so sehr, dass diese sich zur Kompensierung zentraler, prototypischer lexikalischer Ausdrücke und homogener syntaktischer Muster bedienen müssen (vgl. ebd. 518, 523). Im Vergleich zur Standardsprache ist die Ästhetik dem Prinzip der Kontinuität untergeordnet: Synonyme, bewusste Ambiguität, Variationen jeglicher Art und der Verzicht auf eine hohe Redundanz kommen durch die verringerte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisspanne mancher primären Adressaten schlichtweg nicht infrage (ebd. 518).

Die oben genannten Leitprinzipien sind konstitutiv für die Leichte-Sprache-Regeln nach Bredel & Maaß. Diese werden im nachstehenden Abschnitt nicht nur erläutert, sondern gleichzeitig auch ins Niederländische übersetzt, sodass sie in Zukunft als Orientierung für neue Übersetzungen in *Eenvoudige Taal* dienen können. Auf diese Weise wird auf der Grundlage der deutschen Leichte-Sprache-Regeln ein niederländischsprachiges Regelwerk für *Eenvoudige Taal* auf A1-Niveau erstellt.

#### 2.4.6 Regelwerk für *Eenvoudige Taal*

Dass das niederländische Regelwerk der *Stichting Lezen & Schrijven* zu wünschen übrig lässt, wurde bereits erörtert. Für den deutschen Raum stellen Bredel & Maaß (2016a: 108) ebenfalls fest, dass die Regelwerke von Inclusion Europe, des Netzwerks Leichte Sprache und der BITV 2.0 aus sprach- und übersetzungswissenschaftlicher Perspektive „noch erhebliche Defizite“ aufweisen. Erstens gibt es beträchtliche inhaltliche Unterschiede: Von den insgesamt 120 Regeln stimmen nur 17 überein, sodass die Regelwerke insgesamt sehr arbiträr wirken (Bredel & Maaß 2016a: 89 & 108). Außerdem sind viele Regeln eher intuitiv formuliert; es gibt keine Metaebene (ebd. 109). Schließlich fehlen auch Handlungsansätze für die Praxis: Wie sind die Regeln bei intralingualen Übersetzungen konkret umzusetzen und welche Transferstrategien stehen dem Übersetzer zur Verfügung? (ebd. 108). In Anbetracht dieser Unzulänglichkeiten werden für diese Masterarbeit ausschließlich die wissenschaftlich begründeten Regeln und praxisnahen Empfehlungen besprochen, an deren Entstehung die Forschungsstelle Leichte Sprache einen Beitrag geleistet hat. Die folgende tabellarische Übersicht basiert dementsprechend auf Maaß 2015, Bredel & Maaß 2016a und Bredel & Maaß 2016b. Weil es angesichts der großen Anzahl, Vielfalt und Detailliertheit der Regeln und Empfehlungen unmöglich ist, diese in ihrer Gesamtheit darzustellen, werden sie nur im Grundriss angedeutet. Die Regeln werden nach Kategorien geordnet. Manche Regeln können in mehrere Kategorien untergebracht werden, aber um Wiederholungen zu vermeiden, erscheinen sie jeweils nur ein Mal. Für eine erschöpfende Auseinandersetzung mit den Regeln wird auf die oben genannten Werke verwiesen. Um den Einsatz der Leichte-Sprache-Regeln im niederländischen Raum zu ermöglichen, werden sie von mir ins Niederländische übersetzt und – wenn sinnvoll – an die niederländischen Sprachnormen angepasst.

**Abb. 8: Niederländische Regeln für Übersetzungen in *Eenvoudige Taal* auf der Grundlage des Leichte-Sprache-Regelwerks nach Maaß 2015; Bredel & Maaß 2016a; Bredel & Maaß 2016b**

<b>Tekenniveau</b>
<p><b>Regel 1:</b> Bij teksten in Eenvoudige Taal mogen enkel en alleen de volgende leestekens/speciale tekens worden gebruikt: vraagteken, uitroepetekens, dubbele punt, aanhalingstekens, hoge punt (vgl. Maaß 2015: 86).</p> <p><b>Toelichting:</b> Deze tekens hebben bij leestesten met Duitse controlegroepen geen begripsproblemen veroorzaakt. Totdat leestesten met Nederlandse controlegroepen zijn uitgevoerd, is het aan te raden, deze regel ook in het Nederlands hand te haven.</p> <p>In het geval van de hoge punt gaat het om een suggestie van Bredel &amp; Maaß ter vervanging van het gebruik van koppeltekens in complexe samenstellingen, zoals dat door verschillende Duitse reglementen voor <i>Leichte Sprache</i> wordt voorgeschreven (Nederlands voorbeeld: lucht-haven). Het nadeel hiervan is echter dat dit in een onjuiste spelling resulteert, wat taalgebruikers zonder cognitieve beperking tegen de borst kan stoten. Bovendien kunnen mensen die Nederlands als tweede taal leren en daartoe tijdelijk teksten in Eenvoudige Taal lezen op het verkeerde been worden gezet. Om te voorkomen dat deze doelgroep van Eenvoudige Taal in een gevorderd leerstadium dergelijke spelfouten maakt, kan voor een verbeterde waarneming van complexe composita beter voor de hoge punt worden gekozen: lucht-haven (vgl. Bredel &amp; Maaß 2016b: 94ff.). Het is per geval te bekijken of het aannemelijk is dat een hoge punt de leesbaarheid en het tekstbegrip ten goede komt. Bij de besluitvorming kan in dat opzicht rekening worden gehouden met de woordlengte, de interne woordstructuur en de betekenis van de verschillende onderdelen van de samenstelling alsmede de betekenis van de samenstelling als geheel (vgl. idem. 100). Het gebruik van het koppelteken is alleen dan zinvol, als de Nederlandse spellingregels dit vereisen (vgl. idem.).</p> <p>Het is op dit moment noch voor de Duitse noch voor de Nederlandse taal bekend of het gebruik van haakjes begripsproblemen veroorzaakt. Totdat hier meer onderzoek naar is gedaan, kunnen ze beter niet worden gebruikt (vgl. Maaß 2015: 87).</p> <p>Omdat bijzinnen in Eenvoudige Taal verboden zijn, is het gebruik van komma's eveneens niet toegestaan (vgl. idem.; zie ook regel 10).</p> <p><b>Regel 2:</b> Telwoorden moeten als getallen worden weergegeven en mogen in geen geval worden uitgeschreven (vgl. Maaß 2015: 94).</p> <p><b>Toelichting:</b> Uitgeschreven getallen worden al snel erg lang en complex, wat het voor de primaire doelgroep moeilijk maakt om ze cognitief te verwerken (idem.). Het onbepaald lidwoord <i>een</i> geldt niet als telwoord hoeft dus ook niet als getal te worden geschreven (idem.).</p>

## Woordniveau

**Regel 3:** Gebruik zo veel mogelijk korte woorden (vgl. Maaß 2015: 96).

### **Toelichting:**

Deze regel heeft ermee te maken dat lange woorden naar verhouding moeilijker te begrijpen zijn dan korte woorden: onderzoek heeft uitgewezen dat de fixatietijd, d.w.z. de tijd die nodig is om de betekenis van een woord te achterhalen, stijgt naarmate de woordlengte toeneemt (vgl. Maaß 2015: 96).

**Regel 4:** Vermijd vaktermen en vreemde woorden of licht ze toe als ze een centrale rol in de tekst vervullen (vgl. Maaß 2015: 97).

### **Toelichting:**

Een algeheel verbod op vaktermen en woorden uit een vreemde taal is niet aan te raden noch te handhaven. In sommige gevallen zijn zulke begrippen namelijk uitgegroeid tot een centrale categorie binnen een woordveld. Daarnaast kan het voorkomen dat vaktermen of vreemde woorden in de standaardtaal simpelweg geen equivalent hebben, zoals *assist* bij balspelen of *diverticulitis* in de medische wereld. In het laatste geval doen Bredel & Maaß (2016b: 82) de aanbeveling het woord in kwestie toe te lichten:

Uw darm is ontstoken.	OF	U heeft diverticulitis.
Uw arts zou zeggen:		Dat betekent:
U heeft diverticulitis.		Uw darm is ontstoken.

De eerste variant (volgorde: bekend > onbekend) is geschikt bij vaktermen waarvoor in de standaardtaal een conceptueel vergelijkbaar woord bestaat, terwijl het gebruik van de tweede variant (volgorde: onbekend > bekend) aan te raden is, wanneer een vakterm niet door een conceptueel vergelijkbaar woord in de standaardtaal kan worden vervangen en dus verklarend moet worden omschreven (*idem.*). Bij verklarende zinnen is het van belang om de betreffende regel te laten inspringen om het begin en het einde van de uitleg voor de lezer visueel te markeren (*idem.* 83). Een dergelijke typografische structurering komt de zichtbaarheid van de tekst ten goede (Bredel & Maaß 2016a: 521).

**Regel 5:** Vermijd op de geschreven taal gebaseerde afkortingen zoals d.w.z., n.a.v. en z.s.m. Algemeen bekende woordtekens zoals *wc* mogen wel worden gebruikt (vgl. Maaß 2015: 98).

### **Toelichting:**

Om schriftelijke afkortingen te begrijpen, moet de lezer over de nodige voorkennis beschikken en weten dat ze conventioneel als kort weergegeven collocaties worden ingezet. Bij de primaire doelgroep van Eenvoudige Taal, die niet of slechts in beperkte mate in de schriftcultuur is geïntegreerd, is te verwachten dat kennis van conventies niet of nauwelijks aanwezig is. Daarom kunnen zulke afkortingen beter voluit worden geschreven (vgl. Maaß 2015: 98f.).

## Zinsniveau

**Regel 6:** Vermijd een nominale stijl en gebruik bij voorkeur werkwoordsvormen in plaats van zelfstandige naamwoorden (vgl. Maaß 2015: 102).

### **Toelichting:**

De nominale stijl duikt regelmatig op in formele overheidscommunicatie en in (wetenschappelijke) vakteksten. In zulke contexten schept een naamwoordstijl niet alleen afstand, hij helpt ook bij het formuleren van algemene wetmatigheden zoals definities en daarnaast kunnen concepten zo diepgravend worden geanalyseerd (vgl. Maaß 2015: 102). Voor de doelgroep van Eenvoudige Taal heeft de abstracte naamwoordstijl echter negatieve gevolgen: de tekst is moeilijker te begrijpen omdat er geen concrete handeling plaatsvindt en de drager van de handeling ontbreekt. In dat opzicht lijken zinnen in een nominale stijl op passieve constructies (vgl. Maaß 102-103; Bredel & Maaß 2016a: 518, 520).

Om het negatieve effect van de naamwoordstijl ongedaan te maken, kan de volgende vertaalstrategie worden toegepast: Allereerst dient de naamwoordelijke constituent te worden geverbaliseerd, door er een samengestelde zin van te maken. Op die manier ontstaan bijzinnen, die vervolgens tot een hoofdzin moeten worden omgeschreven (Bredel & Maaß 2016b: 130).

**Regel 7:** Vermijd passieve zinnen (vgl. Maaß 2015: 103).

### **Toelichting:**

Net zoals bij de naamwoordstijl ontbreken ook bij passieve zinsconstructies de dragers van de handeling, wat ten koste gaat van het tekstbegrip. Zinnen in de lijdende vorm concentreren zich niet op handelingen, maar op gebeurtenissen en zijn als zodanig cognitief lastiger te verwerken dan zinnen in de bedrijvende vorm (vgl. Bredel & Maaß 2016b: 130). Als diegene die de eigenlijke handeling van het gezegde uitvoert, niet in de passieve zin wordt genoemd, is het de opgave van de lezer om de drager van de handeling met behulp van de directe context of zijn kennis van de wereld te achterhalen (vgl. Bredel & Maaß 2016b: 136). Ook bij soortgelijke passieve constructies zonder een subject dat de handeling van het gezegde uitvoert, zoals infinitiefconstructies, bijvoeglijke naamwoorden die op *-baar* eindigen en zinnen met een abstract of veralgemeniseerd onderwerp is het aan te raden om de drager van de handeling expliciet te noemen en voor directe aanspreekvormen te kiezen (vgl. idem. 137).

**Regel 8:** Doe per zelfstandige, onafhankelijke zin slechts één uitspraak (vgl. Maaß 2015: 108).

### **Toelichting:**

Deze regel moet niet syntactisch, maar semantisch worden geduid. Het gaat er met andere woorden dus om wat een zin betekent en het devies luidt: één zin, één boodschap. Regel 8 houdt in dat een zin qua semantiek slechts één uitspraak mag bevatten. Om dat te bewerkstelligen moet uitsluitend met enkelvoudige hoofdzinnen worden gewerkt, wat tevens betekent dat andere uitspraken die normaliter in een bijzin met een eigen betekenis

kunnen worden ondergebracht, niet zijn toegestaan, denk bijvoorbeeld aan concessieve, causale of consecutieve bijzinnen (vgl. idem. 108.).

Een ander gevolg van regel 8 is dat nevenschikking binnen een enkelvoudige hoofdzin niet is toegestaan, omdat de zinsconstructie voor de beoogde doelgroep anders te complex en te lang zou worden (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 412 & 415).

De zin: “Ik nodig Suzanne en Maryse uit voor een etentje” is in Eenvoudige Taal dus verboden. In dit geval kan de vertaler voor beide personen een aparte zin opstellen. Daarbij kan de vertaler er enerzijds (1) voor kiezen om de eerste zin in de tweede zin grotendeels te herhalen en alleen de naam aan te passen. Anderzijds (2) bestaat de mogelijkheid om de eerste zin in de tweede zin verkort weer te geven met behulp van een ellips (vgl. idem. 411-412; eigen voorbeeld):

(1)

„Ik nodig Suzanne uit voor een etentje.  
En ik nodig Maryse uit voor een etentje.”

(2)

„Ik nodig Suzanne uit voor een etentje.  
En Maryse.“

Het risico van de ingekorte variant (2) is dat lezers van teksten in Eenvoudige Taal met een beperkt werkgeheugen de ellips mogelijk niet begrijpen. De voluit geschreven variant met de herhaling zorgt echter voor een lage informatiedichtheid, wat ten koste gaat van de taalefficiëntie (idem.).

**Regel 9:** Bijzinnen zijn structureel verboden (vgl. Maaß 2015: 109).

**Toelichting:**

Het achterliggende doel van deze regel is om syntactisch en semantisch zo eenvoudig mogelijke zinnen te waarborgen (idem.). In Eenvoudige Taal kunnen bijwoordelijke bijzinnen op de volgende manier tot hoofdzinnen worden omgebouwd (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 401):

Causale bijzin:	oorzaak A > <i>daarom</i> gevolg B gevolg B > oorzaak A
Temporele bijzin:	gebeurtenis X > <i>dan</i> gebeurtenis Y
Conditionele bijzin:	voorwaarde? > <i>dan</i> gevolg
Adversieve bijzin:	gebeurtenis X > <i>toch</i> gebeurtenis Y
Concessieve bijzin:	tegenargument > <i>toch</i> gebeurtenis X
Finale bijzin:	beoogd doel > <i>daarom</i> gebeurtenis X“

Ter illustratie volgt hier een kort voorbeeld:

„Thom werkt hard om zijn masterscriptie op tijd in te leveren en zijn studie met succes af te ronden.”

„Thom wil zijn master-scriptie op tijd afschrijven.

De master-scriptie is de laatste toets van Thoms studie.

Schrijft Thom zijn master-scriptie op tijd af?

Dan behaalt Thom zijn master-diploma.

Daarom werkt Thom hard.“

In het bovenstaande voorbeeld springt tevens in het oog dat een aantal impliciete verbanden/betekeningen zijn geëxpliciteerd om het tekstbegrip van de doelgroep te bevorderen.

Bij zelfstandige bijzinnen zoals onderwerpszinnen of lijdendvoorwerpszinnen is het aan te bevelen om de eerste regel met de hoofdzin en een dubbele punt te beginnen, om de bijzin vervolgens op een nieuwe regel te schrijven (vgl. Bredel & Maaß 2016b: 118). Daarbij dienen *dat*-zinnen in hoofdzinnen, *of*-zinnen in enkelvoudige vraagzinnen en *w*-zinnen in *w*-vraagzinnen te worden veranderd (ebd.). Het volgende eigen voorbeeld dient ter illustratie:

„Veel huizenbezitters zijn zich ervan bewust dat de huizenprijzen de komende jaren zullen stijgen, waardoor mensen met een verkoopwens twijfelen of ze hun plan tijdelijk in de ijskast zouden moeten zetten.”

„Veel mensen met een huis weten:

De waarde van mijn huis stijgt de komende jaren.

Daarom vragen mensen met een verkoop-wens zich af:

Wil ik mijn huis nu verkopen?

Of wil ik mijn huis liever later verkopen?“

Verkopen de mensen hun huis nu?

Dan krijgen ze minder geld.

Verkopen de mensen hun huis later?

Dan krijgen ze meer geld.

In dit voorbeeld in Eenvoudige Taal is de oorspronkelijk impliciet gelaten informatie over de opbrengst expliciet gemaakt. Een dergelijke toevoeging kan gewenst zijn als te verwachten is dat het doelpubliek de presuppositie niet begrijpt, maar als zulke toevoegingen aan de lopende band in een tekst voorkomen kan dit er ook voor zorgen dat de lezer het overzicht verliest. Om die reden zijn expliciteringen niet per definitie die ideale oplossing (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 501f.). Het moet per geval worden bekeken of het gebruik ervan zinvol is.

**Regel 10:** Hanteer bij de zinsbouw bij voorkeur de SVO-volgorde (vgl. SLS 2017: 3).

**Toelichting:**

In Nederlandse hoofdzinnen is de gebruikelijke volgorde: subject-verbum-object. Als zich een nieuw thema aandient of als de functie van de zin verandert, mag worden uitgeweken naar de VSO-volgorde, wat bijvoorbeeld het geval kan zijn bij vraagzinnen of wanneer bijwoorden de eerste zinspositie innemen (vgl. Bredel & Maaß 2016b: 149).

**Regel 11:** Vermijd de verleden en de toekomstige tijd (vgl. Maaß 2015: 121, 123).

**Toelichting:**

De doelgroep van Eenvoudige Taal heeft baat bij teksten die bij hun directe en onmiddellijke belevingswereld aansluiten en om die reden is alleen het gebruik van de onvoltooid tegenwoordige tijd en de voltooid tegenwoordige tijd toegestaan (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 520). Een uitzondering vormen de hulpwerkwoorden *hebben* en *zijn* en de modale hulpwerkwoorden *kunnen*, *moeten*, *mogen* en *willen*, die ook in de onvoltooid verleden tijd gebruikt mogen worden. Het idee hierachter is dat deze verledentijdsvormen zo regelmatig voorkomen, dat verondersteld mag worden de doelgroep hiermee bekend is en de vormen dus ook begrijpt (vgl. Maaß 2015: 121). Voor de meeste andere werkwoorden wordt aangenomen dat deze relatief weinig in de onvoltooid verleden tijd verschijnen en dus kan in deze gevallen beter gebruikt worden gemaakt van de voltooid tegenwoordige tijd om een gebeurtenis in het verleden te beschrijven (vgl. *at vs. heb gegeten*). De voorkeur voor de voltooid tegenwoordige tijd ten opzichte van de onvoltooid verleden hangt verder ook samen met het feit dat analytische constructies makkelijker te begrijpen zijn dan synthetische constructies (vgl. Bredel & Maaß 2016a: 520).

**Regel 12:** Probeer ontkenningen zo veel mogelijk te vermijden (vgl. Maaß 2015: 126).

**Toelichting:**

Het verwerken van negaties is voor taalgebruikers relatief moeilijk, omdat woorden als *niets*, *niet* en *geen* cognitief lastig met andere woorden kunnen worden geassocieerd (idem.). Om die reden raden Bredel & Maaß (2016b: 149) vertalers aan ontkenningen zo veel mogelijk in positieve uitspraken te veranderen. Lukt dit niet? Dan is het gebruik van ontkenningen toch toegestaan, mits ze vet worden gemarkeerd. Dit stelt taalgebruikers in staat ontkenningen makkelijker te zien en te verwerken.

**Tekstniveau**

**Regel 13:** Leg de informatiestructuur van te voren vast (vgl. Maaß 2015: 130).

**Toelichting:**

Eenvoudige Taal is een gereduceerde taalvariant van het Nederlands en beschikt als zodanig over minder syntactische middelen om structuur aan te brengen. Dit maakt het voor vertalers lastig om een doorlopende informatie- en argumentatiestructuur te handhaven, temeer omdat vele moeilijk te begrijpen woorden zoals vaktermen om de haverklap moeten worden uitgelegd door middel van toevoegingen op een nieuwe regel (vgl. idem.). In een poging de leesbaarheid van de doeltekst te waarborgen raadt Maaß (idem.) vertalers aan om de structuur in een voorstadium te bepalen, en wel aan de hand van de volgende vragen:

- Waarover moeten uitspraken worden gedaan?
- Wat zijn de centrale boodschappen over het thema?
- Over welke alinea's kunnen die boodschappen worden verdeeld?
- Hoe verhouden de afzonderlijke uitspraken zich tot elkaar?
- Hoe ziet de argumentatiestructuur eruit? Waar zijn toelichtingen, voorbeelden nodig?

**Regel 14:** Bij het selecteren van de relevante inhoudelijke informatie uit de brontekst is de vertaalskopos leidend (vgl. Maaß 2015: 130).

**Toelichting:**

Bij onduidelijkheden de opdrachtgever raadplegen (vgl. idem. 131).

**Regel 15:** Voor alle soorten woorden geldt: gebruik altijd hetzelfde woord voor hetzelfde achterliggende concept en vermijd synoniemen te allen tijde (Maaß 2015: 131).

**Toelichting:**

Het vermijden van synoniemen is zinvol in het kader van het continuïteitsprincipe (Bredel & Maaß 2016a: 523).

**Regel 16:** Wees bedachtzaam bij het gebruik van persoonlijke voornaamwoorden (Maaß 2015: 133).

**Toelichting:**

- Het gebruik van een persoonlijk voornaamwoord in de eerste en tweede persoon is toegestaan (idem.).
- Het gebruik van een persoonlijk voornaamwoord in de derde persoon is verboden en moet in de doeltekst worden vervangen, omdat het voor de primaire doelgroep van Eenvoudige Taal lastig is om vast te stellen waar hij/zij/het naar terugverwijzen (vgl. idem. 134).
- Het gebruik van een bezittelijk voornaamwoord is wel toegestaan (idem. 137).

**Regel 17:** Maak gebruik van tussenkopjes en trefwoorden aan de zijkant van de pagina (Maaß 2015: 138).

**Toelichting:**

Trefwoorden aan de zijkant van een pagina en tussenkopjes zijn geschikte middelen om de macrostructuur van de tekst vorm te geven. Ze helpen de lezer bij de oriëntatie en maximaliseren de zichtbaarheid en de explicietheid van de tekst (Bredel & Maaß 2016a: 521f.).

**Regel 18:** Verwijzingen mogen in de tekst niet ontbreken en moeten in de leesrichting worden ingebouwd (Maaß 2015: 138).

**Toelichting:**

Verwijzingen zijn noodzakelijk om verbanden te leggen tussen zinnen die elkaar direct opvolgen (idem. 138-139). Het gebruik ervan is met name nodig bij toelichtingen, zoals: "Dat betekent:" (vgl. idem.). Een cataforische verwijzing verdient overigens de voorkeur boven een anaforische verwijzing, omdat laatstgenoemde in tests met controlegroepen regelmatig tot een verkeerd tekstbegrip heeft geleid (Maaß 2015: 139; Bredel & Maaß 2016a: 522).

## Typografie & lay-out

**Regel 19:** Teksten in Eenvoudige Taal zijn lijstjes: Begin elke nieuwe zin op een nieuwe regel en laat regels met toelichtingen en voorbeelden consequent inspringen (vgl. Maaß 2015: 143).

**Toelichting:**

Het laten inspringen van regels zorgt voor een helder verloop van de argumentatie, wat het gebrek aan syntactische middelen in Eenvoudige Taal enigszins kan compenseren (idem.). De regel bevordert tevens de zichtbaarheid (Bredel & Maaß 2016a: 521).

**Regel 20:** Vette letters zijn het enig toegestane middel om zaken te beklemtonen (Maaß 2015: 144)

**Toelichting:**

Andere manieren om aspecten te benadrukken, zoals cursieve of onderstreepte tekst, maken het voor de primaire doelgroep van Eenvoudige Taal soms lastig om de letters te herkennen (idem.). Daarnaast is een uniforme manier van benadrukken gewenst in het kader van het continuïteitsprincipe.

**Regel 21:** Gebruik structureel hetzelfde schreefloze lettertype (Bredel & Maaß 2016a: 521, 523).

**Toelichting:**

Dit komt de zichtbaarheid van de tekst en de continuïteit binnen de tekst zelf ten goede (Bredel & Maaß 2016a: 521, 523)

**Regel 22:** Hanteer een tekengrootte van ten minste 14 punten (Bredel & Maaß 2016b: 176)

**Toelichting:**

Deze regel verbetert de zichtbaarheid van de tekst.

**Regel 23:** Wees bedachtzaam bij het gebruik van afbeeldingen (vgl. Maaß 2015: 146ff.)

**Toelichting:**

In principe mogen foto's, diagrammen, pictogrammen etc. in de tekst worden gebruikt (Maaß 2015: 129), alleen moet er wel op worden gelet dat de afbeeldingen een duidelijke beeld-tekstrelatie hebben (Bredel & Maaß 2016b: 185). Dat betekent dat afbeeldingen mogen worden gebruikt als ze een positief effect op het tekstbegrip van de lezer hebben of als dit mag worden verwacht (Maaß 2015: 146). Het gebruik van afbeeldingen die enkel en alleen ter versiering dienen, is niet toegestaan (idem.).

### 3. Die interlinguale fachinterne Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie für Hausärzte

#### 3.1 Übersetzungsauftrag

Die *Nederlands Huisartsen Genootschap* (NHG) ist sich der Problematik um die Unterdiagnostizierung der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen bewusst und fordert jetzt konkrete Maßnahmen, um das Problem in Angriff zu nehmen. Eine Maßnahme besteht darin, landesweite Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zu organisieren. Diese sind für Anfang 2019 geplant. Bis dahin sollen geeignete niederländischsprachige Studienmaterialien entwickelt werden, die Ärzte im Vorfeld der Fortbildung lesen sollen. Während der Veranstaltung selbst werden die Lesetexte im Seminarstil von einem Fachexperten besprochen und erläutert. Ziel der Fortbildung ist es (wie in der Einleitung bereits angesprochen), Ärzten kurzfristig grundlegende Kenntnisse zum gegenwärtigen klinischen Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität zu vermitteln, sodass sie Anamnesen und klinische Untersuchungen am Patienten auf der Grundlage eines aktualisierten Wissensstands durchführen und die Verdachtsdiagnose häufiger und schneller stellen können. Zu diesem Zweck sollen relevante Informationen aus der S2k-Leitlinie Zöliakie der DGVS und DZG (Felber et al. 2014) ins Niederländische übersetzt werden.

#### 3.2 Zieltextprofil & Ausgangstextanalyse

	ZT-Profil	AT-Analyse
	<b>A. Textexterne Faktoren</b>	
<b>Sender bzw. Produzent (wer?)</b>	Textsender: <i>Nederlands Huisartsen Genootschap</i> Textproduzent: Thom Lagendijk	Textsender: Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG) Textproduzenten: J. Felber, D. Aust, S. Baas, S. Bischoff, H. Bläker, S. Daum, R. Keller, S. Koletzko, M. Laass, M. Nothacker, E. Roeb, D. Schuppan, A. Stallmach.
<b>Intention (wozu?)</b>	Es ist die Intention der <i>Nederlands Huisartsen Genootschap</i> , niederländischen Ärzten im Rahmen eines Fortbildungsseminars aktuelle medizinwissenschaftliche Kenntnisse zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität zu vermitteln, um sie somit in die Lage zu versetzen, die Unterdiagnostizierung o. g. Krankheiten zu verringern.	„Das Ziel der interdisziplinären <i>S2k-Leitlinie Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität</i> ist es, den aktuellen Kenntnisstand zu klinischem Bild, Diagnostik, Therapie, Pathologie und refraktärer Zöliakie einschließlich der mit Zöliakie assoziierten Malignome bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz zusammenzufassen, im Expertenkonsens zu bewerten und daraus praxisrelevante Empfehlungen abzuleiten. Die Leitlinie soll einen Handlungskorridor für häufige Entscheidungen liefern. Sie soll zudem der evidenzbasierten Fort- und Weiterbildung dienen und somit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Zöliakie betroffenen Personen erreichen“ (Felber et al. 2014: 712).

<b>Adressaten (wem?)</b>	Niederländische Hausärzte mit mangelhaften Fachkenntnissen zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizensensitivität und der Weizenallergie.	„Alle an der Diagnostik und Therapie beteiligten Berufsgruppen (insbesondere Hausärzte, Allgemeinmediziner, Internisten, Gastroenterologen, Kinderärzte, Kindergastroenterologen, Pathologen, endoskopisch tätige Chirurgen und Ernährungsberater) ebenso wie an alle betroffenen Personen“ (Felber et al. 2014: 712). Kritisch angemerkt sei an dieser Stelle jedoch, dass der AT durch die Veröffentlichung in der Fachzeitschrift für Gastroenterologie (siehe ‚Medium‘) vermutlich vor allem Gastroenterologen ansprechen und erreichen wird. Für Zöliakieerkrankte und andere Nicht-Spezialisten erscheint der AT aufgrund seiner sprachlichen und fachlichen Komplexität auf den ersten Blick nur begrenzt geeignet.
<b>Medium (über welches Medium?)</b>	Der Zieltext soll in einer von der NHG zusammengestellten Textsammlung veröffentlicht werden, die den Fortbildungsteilnehmern in gedruckter Form zur Verfügung gestellt wird.	Zeitschrift für Gastroenterologie 52: 711-743, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart: 2014.
<b>Ort/Land (wo?)</b>	Produktion: Deutschland Rezeption: Niederlande	Produktion: Deutschland Rezeption: Deutschland
<b>Zeit (wann?)</b>	Produktion: Ende 2018 / Anfang 2019 Rezeption: Anfang 2019	Produktion: Juli 2012-Februar 2014 Rezeption: Mai 2014-Mai 2019
<b>Anlass (warum?)</b>	Fortbildungsseminar; Unterdiagnostizierung der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen in den Niederlanden, mangelnde Sachkenntnisse niederländischer Hausärzte zum klinischen Bild.	S2k-Konsensuskonferenz; erhöhte klinische Relevanz der Zöliakie infolge der Zunahme der Inzidenz; verschiedene Forschungsdesiderata; außerdem die Ungültigkeit der alten Leitlinie (die Leitlinien sind jeweils nur fünf Jahre gültig – danach werden neue Leitlinien erstellt, um den aktuellen Entwicklungen in der Medizin Rechnung zu tragen).
<b>Funktion (mit welcher Funktion?)</b>	Darstellungsfunktion, Appellfunktion	Darstellungsfunktion, Appellfunktion
<b>B. Textinterne Faktoren</b>		
<b>Thematik (worüber?)</b>	Klinisches Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität inkl. Begleiterkrankungen	Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität
<b>Inhalt (was?)</b>	Empfehlungen zur Nomenklatur sowie zu Begriffsabgrenzungen und Symptomen der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen. Bibliografie.	Hintergrund der Studie, Einleitung und Besprechung der angewandten Methode sowie praxisorientierte Empfehlungen zu den folgenden Themenbereichen (nach der Reihenfolge der Kapitel geordnet): Klinisches Bild, Diagnostik, Therapie und Pathologie der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Krankheiten sowie ein separates Schlusskapitel zur refraktären Zöliakie, Interessenkonflikte, Bibliografie.
<b>Präsuppositionen (was nicht?)</b>	Elementare Aspekte der Medizin und der Statistik sowie spezifische Aspekte der Diagnostik, Therapie und Pathologie.	Elementare Aspekte der Medizin und der Statistik. Fachspezifische Konzepte (z. B. <u>MARSH</u> )
<b>Aufbau (in welcher Reihenfolge?)</b>	Empfehlungen zu Formen und möglichen Symptomen der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität, jeweils begründet anhand von evidenzbasierten Kommentaren, visuell unterstützt durch relevante tabellarische Übersichten im Fließtext. Literaturverweise anhand von Nummern im Fließtext, ausführliche Bibliografie am Ende.	Hintergrund der Studie, Einleitung und Besprechung der angewandten Methode sowie Empfehlungen zu den unter [Inhalt] genannten Themen- bzw. Fachbereichen, inkl. Erwähnung der Konsensusstärke und Empfehlungsstärke, begleitet durch evidenzbasierte Kommentare und relevante Tabellen im Fließtext. Literaturverweise anhand von Nummern im Fließtext, am Ende Interessenkonflikte und eine ausführliche Bibliografie.
<b>Nonverbale Elemente (mit welchen nonverb. Elementen?)</b>	Tabellen Extra Bild zur Veranschaulichung der MARSH-Klassifikation (siehe Präsuppositionen des AT)	Tabellen
<b>Lexik (mit welchen Worten?)</b>	Überwiegend medizinische Fachterminologie, falls aus Sicht der Adressaten gewünscht ergänzt durch standardsprachliche Äquivalente bzw. Erklärungen.	Überwiegend medizinische Fachterminologie, komplexe Komposita
<b>Syntax (mit welchen Sätzen?)</b>	Überwiegend Nominalstil, Passivkonstruktionen	Überwiegend Nominalstil, Passivkonstruktionen.
<b>Suprasegmentalia (in welchem Ton?)</b>	Der Ton soll sachlich und distanziert sein.	Der Ton ist sachlich und distanziert.
<b>C. Wirkung</b>		
<b>Wirkung (mit welcher Wirkung?)</b>	Intentionsgemäß	Intentionsgemäß

### 3.3 Identifizierung der übersetzungsrelevanten Probleme

#### 3.3.1 Pragmatische Übersetzungsprobleme

Pragmatische Übersetzungsprobleme entstehen wegen Unterschieden zwischen dem kommunikativen Kontext, in dem der AT und ZT eingebettet sind. Um solchen Problemen auf die Spur zu kommen, werden in diesem Abschnitt die textexternen Faktoren miteinander verglichen.

Es fällt erstens auf, dass die *Sender* und *Produzenten* in der Ausgangskultur von dem zielkulturellen Sender und Produzenten abweichen: Die DGVS und die DZG haben die Erstellung der deutschen Leitlinie Zöliakie in die Wege geleitet, während der niederländische Hausärzteverband NHG eine Teilübersetzung dieser Leitlinie angefordert hat. Und während für die Produktion des AT mehrere Fachärzte zuständig waren, übernehme ich als Übersetzungsstudent die Produktion des ZT. In Anbetracht dieser Unterschiede sei grundsätzlich auf das mögliche pragmatische Problem der personalen Deixis hingewiesen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ZT-Sender und ZT-Produzent im Vergleich zu den AT-Sendern und AT-Produzenten einen unterschiedlichen fachlichen Hintergrund haben. Besonders das Wissensdefizit des ZT-Produzenten gegenüber den AT-Produzenten stellt ein (subjektives) Übersetzungsproblem dar, das durch zusätzlichen Rechercheaufwand kompensiert werden muss.

Neben der personalen Deixis ist ein weiteres pragmatisches Problem, dass die Übersetzung der geänderten *Intention* des Zietextes gerecht werden muss. Aus dem Schema ergibt sich nämlich, dass die beiden Sender teilweise andere Ziele verfolgen. Die Intention der AT-Sender ist es, sämtliche an der Diagnostik und der Therapie beteiligten Berufsgruppen über die entsprechenden Fachbereiche bzw. Phasen der medizinischen Versorgung (Diagnostik, Therapie) zu informieren und denen einen Handlungskorridor für häufige Entscheidungen zu liefern. Der ZT-Sender hat zwar eine ähnliche appellative und informative Intention, will aber nur niederländischen Hausärzten mit mangelhaften Fachkenntnissen informieren, und zwar ausschließlich zum klinischen Bild der Zöliakie & Co., um so die Anzahl der Verdachtsdiagnosestellungen zu erhöhen. Die unterschiedliche Zielsetzung des ZT-Senders führt dazu, dass lediglich eine Übersetzung des ersten Kapitels zum klinischen Bild gebraucht wird. Daraus ergibt sich jedoch ein Problem, denn das erste Kapitel enthält Verweise auf andere Stellen bzw. Kapitel der Leitlinie, auf die die Adressaten des ZT keinen Zugriff haben

werden. So wird in Kapitel eins für die Beschreibung der refraktären Zöliakie fast komplett auf Kapitel fünf verwiesen. In der Übersetzung können solche Bezüge einerseits gelöscht werden, andererseits besteht auch die Möglichkeit, relevante Inhalte aus anderen Kapiteln zusätzlich mit zu übersetzen, wenn das im Sinne des Translatkopos ist. An diesem Beispiel kann man erkennen, dass die Intention sich als textexterner Faktor stark auf den textinternen Faktor ‚Inhalt‘ auswirkt.

Aus den unterschiedlichen Intentionen geht des Weiteren hervor, dass der AT-Sender ein viel breiter gefächertes und teilweise anderes Publikum anvisiert als der ZT-Sender. Ein pragmatisches Problem, das in dem Zusammenhang beachtet werden soll, ist, dass die zielkulturellen *Adressaten* im Vergleich zu den Adressaten und Produzenten des AT unterschiedliche Vorkenntnisse bzw. Kommunikationsbedürfnisse haben. Die AT-Produzenten haben ihren Artikel in der Fachzeitschrift für Gastroenterologie veröffentlicht, die sich, wie der Name schon vermuten lässt, in erster Linie an Gastroenterologen richtet. Hausärzte haben zwar Medizin studiert und verfügen dementsprechend über beträchtliche allgemeinmedizinische Kenntnisse, aber sie sind keine gastroenterologischen Spezialisten. Im Dokument *Competentieprofiel en eindtermen voor de huisarts* (CHO 2009), einer Art Prüfungsordnung, werden zahlreiche Qualifikationsziele für niederländische Hausärzte beschrieben, doch im relativ großen Abschnitt zum Fachwissen über Krankheiten und entsprechende Beschwerden wird die Zöliakie kein einziges Mal erwähnt. Dieser Umstand legt die Vermutung nahe, dass die Adressaten des ZT nicht die gleiche fach(sprach)liche Kompetenz wie die Adressaten des AT haben, zumal sie ihr Medizinstudium schon vor einiger Zeit absolviert haben. Hier stellt sich die Frage nach der adressatengerechten Übersetzung medizinischer Fachterminologie. Ein pragmatisches Problem in dem Zusammenhang ist, dass terminologisches Fachwissen, das nicht vorausgesetzt werden kann, im Regelfall expliziert werden muss. In Anbetracht des neunjährigen medizinwissenschaftlichen Studiums niederländischer Hausärzte dürften diese jedoch in der Lage sein, ihre ausbaufähige Fachkompetenz durch andere psychologische Gesichtspunkte wie das Vermögen zur Abstrahierung und die Fähigkeit, analytisch zu denken und zu recherchieren, zu kompensieren. Außerdem ist die Teilnahme am Fortbildungsseminar fakultativ, sodass von den Anwesenden zu erwarten ist, dass sie hochmotiviert und lernwillig sind. Soziologische Aspekte der Fachkommunikation in der Zielsituation fördern das Lernklima der Fortbildungsveranstaltung zusätzlich. Man denke etwa an den gleichen sozialen Status der

Kommunikationsbeteiligten (Symmetrie) und ihre persönliche Nähe: Alle Adressaten sind Hausärzte (ein Beruf mit beträchtlichem gesellschaftlichem Ansehen) und Mitglied der NHG.

Was das *Medium* anbelangt, sind nur wenig pragmatische Übersetzungsprobleme zu erwarten: Der AT liegt schriftlich vor, der ZT soll ebenfalls in gedruckter Form Verwendung finden. Im Gegensatz zum AT wird der ZT allerdings nicht in einer Fachzeitschrift veröffentlicht, sodass bestimmte Vorgaben des ursprünglichen Herausgebers, beispielsweise zur Gestaltung des Layouts und der Bibliografie, nicht zwangsläufig eingehalten werden müssen. Bibliografische Angaben und sonstige AT-Elementen, die mit der Veröffentlichung in der Fachzeitschrift für Gastroenterologie einhergehen, können in der Übersetzung also bei Bedarf angepasst werden. Schließlich ist noch zu erwähnen, dass die zielkulturellen Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung in der Lage sein werden, einen Fachexperten zum Ziertext zu befragen. Die Adressaten des in der Zeitschrift für Gastroenterologie veröffentlichten AT hatten diese Möglichkeit nicht.

Die Unterschiede hinsichtlich *Ort* und *Zeit* sind signifikant und werden vereinzelt pragmatische Probleme bereiten. So ergeben lokale Deixis und spezifische Angaben zu Deutschland, man denke beispielsweise an statistische Informationen zur Krankheitsprävalenz in der deutschen Bevölkerung, im Hinblick auf den Translatkopos keinen Sinn. Solche ausgangstextuellen Ortsangaben können in der Übersetzung entfernt und/oder durch niederländischen Kontext ersetzt werden. Das gleiche Prinzip trifft auf temporale Deixis zu. Zeit- und Ortsunterschiede können des Weiteren terminologische Probleme verursachen. Falls es sich bei der Übersetzung der Nomenklatur zum Beispiel um historische Bezeichnungen der Zöliakie in Deutschland handelt, muss zuerst herausgefunden werden, ob es dafür niederländische Äquivalente gibt oder ob es sich um Realia handelt, die im Ziertext entfernt, naturalisiert oder beibehalten und erklärt werden sollen. Möglicherweise ist es auch notwendig, Neologismen zu bilden.

Das pragmatische Übersetzungsproblem bei unterschiedlichen *Anlässen* ist, dass der ZT angepasst werden muss, um im Hinblick auf den ZT-Anlass adäquat zu sein. Hier heißt das konkret, dass der ZT auf die Fortbildungsveranstaltung zugeschnitten werden muss, indem dieser einem wissenschaftlichen Niveau entspricht. Da der AT entstanden ist, weil die Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz beschrieben und in einer wissenschaftlichen Zeitschrift als klinische Leitlinie veröffentlicht werden sollten, sind in diesem Bereich wenig Probleme zu erwarten. Schließlich haben beide Veranstaltungen ähnliche wissenschaftliche

Ansprüche und pädagogische Ziele. Die zielkulturelle Veranstaltung ist jedoch praxisorientierter, sodass der pädagogische Vermittlungsaspekt stärker in den Vordergrund zu treten hat. Diese Anforderung wird allerdings nicht auf Textebene realisiert, sondern dadurch, dass ein Fachexperte den Zieltext während der Fortbildungsveranstaltung bespricht und Teilnehmerfragen beantwortet.

Die *Funktionen* des AT und ZT stimmen überein. Der AT hat als evidenzbasierte klinische Leitlinie vor allem eine Darstellungsfunktion und erfüllt mit seinen Empfehlungen für die klinische Praxis gleichzeitig eine Appellfunktion. Das Gleiche trifft auf den ZT zu. Aus dem Grund werden hier vermutlich keine pragmatischen Übersetzungsprobleme auftreten.

### 3.3.2 Konventionsbedingte Übersetzungsprobleme

Bei diesem Übersetzungsauftrag sind keine Probleme aufgrund von unterschiedlichen Textsortenkonventionen für klinische Leitlinien zu erwarten. Denn obwohl Deutschland und die Niederlande wie im theoretischen Rahmen besprochen eigene Anforderungen an die Erstellung und Strukturierung von klinischen Leitlinien haben, so sind die Heran- und Vorgehensweisen im Kern recht ähnlich, da sie sich an internationalen Standards orientieren. Außerdem soll der ZT nicht die alte niederländische Leitlinie ersetzen und zur neuen offiziellen Leitlinie avancieren. Das wäre allein schon aufgrund des geringen Inhalts des ZT unmöglich: Dieser beschränkt sich schließlich auf Empfehlungen zum klinischen Bild der Zöliakie & Co., während eine authentische Leitlinie auch andere Bereiche ausführlich behandeln soll (z. B. Diagnostik, Pathologie usw.). Darüber hinaus müsste der ZT als offizielle Leitlinie etliche Rahmenbedingungen erfüllen (z. B. Beipflichtung durch alle relevanten Berufsorganisationen), die im Hinblick auf den Translationsprozess letztendlich keine Relevanz haben. Nicht zuletzt sei auch erwähnt, dass die Vorbereitungen für eine neue niederländische Leitlinie Zöliakie bereits im Gange sind. Der Zieltext soll daher lediglich vorübergehend während Fortbildungsveranstaltungen eingesetzt werden, um niederländischen Hausärzten bis zur Veröffentlichung der neuen Leitlinie aktuelles Wissen zu vermitteln, die Unterdiagnostizierung zu verringern und im Endeffekt die medizinische Versorgung der betroffenen Patienten so schnell wie möglich zu verbessern. Insofern ist eine Berücksichtigung der niederländischen Textsortenkonventionen unnötig: Der ZT soll zwar Empfehlungen zum klinischen Bild der Zöliakie & Co. enthalten, aber nicht im engeren bzw. formellen Sinne als klinische Leitlinie hervortreten. Insgesamt kann man zum Schluss kommen, dass die für

klinische Leitlinien typische Makrostruktur des AT auch für die Produktion des ZT geeignet ist: Die Textsorte und die Textfunktionen bleiben schließlich unverändert.

In Anbetracht der Darlegungen von Roelcke (2010) und Walvoort et al. (2010) im theoretischen Rahmen ist des Weiteren davon auszugehen, dass für niederländische medizinwissenschaftliche Artikel teilweise andere allgemeine Stilkonventionen gelten als für vergleichbare deutsche Fachtexte. Für den niederländischen Raum empfohlen die Autoren, Passive, Hypotaxen und Fachtermini sparsam einzusetzen und diese gelegentlich mit Aktiven, Parataxen und standardsprachlichen Begriffen abzuwechseln, um einen möglichst leserfreundlichen Text zu erzeugen. Wenn es nach Walvoort et al. (2010) ginge, würde die Verständlichkeit als funktionale Eigenschaft von niederländischsprachigen medizinwissenschaftlichen Artikeln somit in den Vordergrund treten. Da passive Satzkonstruktionen, komplexe Satzgefügen und fachsprachliche Terminologie geradezu prototypisch für deutsche Fachtexte sind, gäbe es hier unter normalen Umständen ein konventionsbedingtes Übersetzungsproblem. In diesem Fall kann davon jedoch keine Rede sein, da klinische Leitlinien, auch wenn sie in weitem Sinne medizinwissenschaftliche Artikel sind, in Wirklichkeit eine gesonderte Textsorte mit eigenen stilistischen Gepflogenheiten darstellen. Da die Textsorte gleich bleibt, kann der allgemeine Stil des AT, der sich besonders durch Distanziertheit kennzeichnet, im ZT beibehalten werden. Außerdem wünscht sich der Auftraggeber im Hinblick auf die Fortbildungsveranstaltung einen fachsprachlich und wissenschaftlich adäquaten Text. Der Translatoskopos macht die von Walvoort et al. (2010) beschriebene Stilkonvention also grundsätzlich irrelevant.

### 3.3.3 Sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme

Bei diesem Übersetzungsauftrag entstehen sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme vor allem durch unterschiedliche lexikalische und syntaktische Normen.

Besonders bei medizinischen Fachbegriffen griechischer oder lateinischer Herkunft gibt es das Problem, dass deren Rechtschreibung im Niederländischen im Vergleich zum Deutschen meist nach anderen Regeln erfolgt, zum Beispiel: *c* statt *k*, *f* statt *ph*, *t* statt *th*, *ae* statt *ä*, oder *i* statt *y*. Das ist bei der Wortbildung zu beachten.

Ein wichtiger und relevanter syntaktischer Unterschied zum Niederländischen ist, dass der Konjunktiv im Deutschen viel geläufiger ist, während er im Niederländischen hauptsächlich in festen Wendungen und fast ausschließlich bei bestimmten Verben auftritt.

Dieser Umstand ist insofern relevant, dass die Stärke der von der Konsensuskonferenz vorgelegten Handlungsempfehlungen zum Teil mit einer Konjunktiv-II-Form zum Ausdruck gebracht wird. So wird im deutschen AT bei einer ‚Empfehlung‘ die Formulierung *sollte* verwendet, bei einer ‚starken Empfehlung‘ kommt eine Formulierung mit *soll* zum Einsatz (Felber et al. 2014: 714). An der Verbwahl und den Verbformen erkennt man, dass Leitlinien in Deutschland nicht zwingend zu befolgen, sondern lediglich als Entscheidungshilfen aufzufassen sind. Das Verb *müssen* kommt daher nicht infrage. Im ihrem Buch *Deutsche Grammatik: Eine kontrastiv deutsch-niederländische Beschreibung für den Fremdspracherwerb*, schreiben Ten Cate et al. (2008: 108) in dem Zusammenhang:

„Während *müssen* in der Hauptbedeutung eine Notwendigkeit zum Ausdruck bringt, die in der Natur der Dinge begründet und unvermeidlich ist, ist die Hauptfunktion von *sollen*, dass dem Willen einer Person, einer Gruppe oder einer (moralischen) Instanz, die im Prinzip auch anders entscheiden könnte, entsprochen wird.“

Dabei hat die Konjunktiv-II-Form *sollte* gegenüber der Indikativform *soll* einen höflicheren, tendenziell weniger verbindlichen Charakter (vgl. DUDEN 2006: 522-528; 564-566). Laut Andriesen (2006: 158) können die Verben *müssen* und *sollen* dem Übersetzer besonders dann Probleme bereiten, wenn sie vom AT-Produzenten unbewusst durcheinandergebracht werden. Aber auch generell stellt sich die Frage, wie die Verbformen *soll* und *sollte* zu übersetzen sind, da Konjunktivformen im Niederländischen kaum Verwendung finden und die Sprache kein separates Modalverb mit einer äquivalenten, unambigen Bedeutung hat. Die *Algemene Nederlandse Spraakkunst* (Haeseryn et al. 1997: 1010) unterscheidet zwischen den drei Möglichkeiten *dienen*, *behoren* und *moeten*, wobei behauptet wird, dass *dienen* höflicher wirkt als *moeten*:

„De werkwoorden *behoren* en *dienen* vertonen veel overeenkomst met het oneigenlijk-modale werkwoord *moeten*. (...) *Dienen* betekent zonder meer ‘verplicht zijn’ en is te beschouwen als een beleefde variant van *moeten*, die vooral in ambtelijk taalgebruik vaak voorkomt. (...) Als normen of beleefdheid geen enkele rol spelen, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een onontkoombare noodzakelijkheid, (...) kunnen *behoren* en *dienen* niet gebruikt worden.“

Der ANS zufolge bezieht sich *moeten* also auf eine unvermeidliche Notwendigkeit (vgl. *müssen*), während *dienen* zwar auch eine Pflicht zum Ausdruck bringt, die jedoch aufgrund des höflichen Charakters des Verbs möglicherweise eher als Empfehlung herüberkommt (vgl.

*sollen*). Im Gegensatz zur Stellungnahme der ANS enthält das Verb *dienen* nach meinem persönlichen Sprachgefühl nicht zwangsläufig ein obligatorisches Element, sondern es bringt eher eine Aufforderung, also eine mit Nachdruck vorgebrachte bitte zum Ausdruck. Möglicherweise hat sich die Bedeutung des Verbs in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch geändert. Alles in allem scheint das niederländische Verb *dienen* von der Wirkung her jedenfalls eine mögliche adäquate Übersetzung für *sollen* zu sein, das in deutschen klinischen Leitlinien typischerweise bei der Formulierung von starken Empfehlungen zum Einsatz kommt. Der subtile Bedeutungsunterschied zwischen *soll* und *sollte* scheint bei einer Wahl für *dienen* jedoch nicht aufrechterhaltbar zu sein. Um diesem Unterschied trotzdem gerecht zu werden, können alternativ auch die folgenden Formulierungen für *sollte* bzw. *soll* verwendet werden: *het verdient aanbeveling* bzw. *het verdient sterke aanbeveling*. Der Vorteil solcher Ausdrücke gegenüber dem Verb *dienen* ist jedenfalls, dass sie nicht als Pflicht missverstanden werden können. Bei näherer Betrachtung der aktuell gültigen niederländischen *Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis* (Mulder et al. 2008) erweist sich, dass alle der oben genannten Formulierungen darin vorkommen. Insofern erscheinen sämtliche der hier präsentierten Lösungsvorschläge plausibel. Das Verb ‚dienen‘ wirkt jedoch am überzeugendsten, was im Hinblick auf die Appellfunktion nicht gerade unwichtig ist.

### 3.4 Determinierung der Übersetzungsstrategie

Aus der Gegenüberstellung des ZT-Profiles und der AT-Analyse geht hervor, dass keine dokumentarische, sondern eine instrumentelle Übersetzung gefragt ist. Die Übersetzung soll nämlich nicht die in der Vergangenheit erfolgte kommunikative Handlung zwischen ausgangskulturellen Partnern bzw. die Ergebnisse der Konsensuskonferenz aus deutscher Sicht wiedergeben, sondern als eigenständiger Text in der gegenwärtigen niederländischen Zielkultur funktionieren, ohne dass dieser als Übersetzung zu erkennen ist.

#### 3.4.1 Adaption der Pragmatik

Im Vergleich zur dokumentarischen Übersetzung erfordert die instrumentelle Übersetzung keine Reproduktion, sondern eine Adaption der AT-Pragmatik. Nur so kann die Übersetzung in Bezug auf den Translatskopos adäquat sein. Konkret heißt das, dass personale, lokale und temporale Deixis an die zielkulturelle kommunikative Situation angepasst werden müssen, indem Zeit- und Ortsangaben zu Deutschland sowie Hinweise auf die Sender und Produzenten

des AT entfernt werden. Der Translatoskopos stellt auch Anforderungen an den Inhalt der Übersetzung. Im Rahmen des Übersetzungsauftrags wurde entschieden, Empfehlung 5.1 zur Refraktären Zöliakie (S. 731 des AT) mit zu übersetzen, da im zu übersetzenden Kapitel eins für die Beschreibung dieser Erkrankung fast ausschließlich auf Kapitel fünf verwiesen wird. Die zusätzliche Übersetzung dieser Empfehlung ist wichtig, weil Patienten mit den dort beschriebenen Symptomen zum Arzt gehen können, der wiederum in der Lage sein sollte, adäquat zu handeln.

Eine adressatengerechte Übersetzung ist des Weiteren herzustellen, indem die Präsuppositionen des AT auf die zielkulturellen Adressaten abgestimmt werden. Eine reine Ersetzung der Fachterminologie durch standardsprachliche Begriffe kommt allerdings grundsätzlich nicht infrage, was damit zusammenhängt, dass der ZT im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung eingesetzt werden soll, der es inhärent ist, dass die Kommunikationsteilnehmer sich neue Kenntnisse aneignen und dabei neue Terminologie recherchieren und lernen. Dementsprechend sind medizinische Fachbegriffe in der Regel nicht zu erläutern. Im Einzelfall können gewisse komplexe fachspezifische *Konzepte* jedoch zusätzlich umschrieben oder visuell dargestellt werden, man denke etwa an *MARSH*. Falls bestimmte Begriffe trotz eines entsprechenden Rechercheaufwands durch die Adressaten nicht nachvollziehbar sein sollten, so haben diese allerweil noch die Möglichkeit, offene Fragen während der Fortbildungsveranstaltung mündlich zu klären.

Da die Übersetzung die gleichen Funktionen wie der AT erfüllt, können nicht nur die für den AT typischen lexikalischen, sondern auch die syntaktischen Merkmale wie der Nominalstil, die Passive und Satzgefüge weitgehend beibehalten werden, insofern sie die Lesbarkeit nicht gröblich verletzen. Falls die Vermutung vorliegt, dass die Lesbarkeit zu stark unter dem Einsatz o. g. Satzkonstruktionen leidet, so sollen diese im Einzelfall adaptiert, d. h. in aktive, einfache, Verbalsätze umgewandelt werden. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass die ZT-Adressaten als Akademiker entsprechende kognitive Fähigkeiten besitzen und folglich mit abstrakten, lang gefassten Informationen klarkommen dürften. Der mögliche Einwand, dass den Fortbildungsteilnehmern die nachfeierabendliche Verarbeitung der neuen fachlichen Inhalte vermutlich schon schwer genug fallen wird, als dass man sie mit einem komplexen, anspruchsvollen Satzbau zusätzlich herausfordern müsste, ist zwar einerseits nicht ganz unberechtigt, aber andererseits muss angesichts der vielschichtigen Thematik gleichzeitig eingeräumt werden, dass sich eine komplexe Syntax nicht komplett

vermeiden lässt und der Verzicht auf Nominalstil, Passive und Hypotaxen letztendlich nicht im Sinne der primären Darstellungsfunktion klinischer Leitlinien wäre. Bei dieser Textsorte geht es schließlich in erster Linie um die umfassende Darstellung zentraler medizinischer Konzepte wie Krankheiten. Die genaue Beschreibung von Körperstellen, an denen Erkrankungen bzw. Symptome sich bemerkbar machen, ist ebenfalls von großer Wichtigkeit. Zur Hervorhebung solcher Elemente ist der Nominalstil nicht nur bestens geeignet, sie erscheint sogar notwendig, um den erhöhten Benennungsbedarf entsprechend Rechnung zu tragen (vgl. Roelcke 2010). Auch Passive helfen dabei, die Aufmerksamkeit auf Nomen zu lenken, indem sie durch Unterdrückung des Agens die Handlungsträger nicht in Erscheinung treten lassen. Schließlich ist, wie im theoretischen Rahmen von Montalt Resurrecció und González Davies besprochen, nochmals vor Augen zu führen, dass klinische Leitlinien systematische Zusammenfassungen der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz darstellen. Dadurch, dass sie möglichst viele medizinwissenschaftliche Artikel zusammenfassen müssen, um eine überzeugende evidenzbasierte Grundlage für klinische Empfehlungen zu schaffen, erscheint es nur logisch, den Nominalstil *generell* dem Verbalstil vorzuziehen, da er Autoren in die Lage versetzt, Informationen möglichst knapp zu formulieren und Themen dennoch erschöpfend zu behandeln. Insgesamt ist die Verständlichkeit der klinischen Leitlinie der fachsprachlichen Ökonomie, der Anonymität und der Deutlichkeit nicht übergeordnet (vgl. Roelcke 2010; Walvoort et. al. 2010). Eine Fragestunde während der Fortbildungsveranstaltung soll etwaige Verständnisprobleme aus dem Weg räumen.

#### 3.4.2 Reproduktion der Konventionen

Wie bereits kurz angesprochen macht der Skopos die von Walvoort et al. (2010) beschriebenen Stilkonventionen für niederländische medizinwissenschaftliche Artikel irrelevant. Das heißt, dass die Übersetzung gegen diese kulturell bedingte Konvention, wonach die Syntax schlicht und zugänglich gehalten und Fachterminologie vermieden werden soll, verstoßen wird. Für den Stil in klinischen Leitlinien sind keine formelle Vorgaben bekannt (daher wurde für weiterführende Infos auch zunächst auf Walvoort et al. 2010 ausgewichen). Im vorangehenden Absatz sind in Anbetracht des Zwecks und der Funktion von klinischen Leitlinien jedoch mehrere gewünschte sprachliche Merkmale der Textsorte besprochen worden. In der Hinsicht erscheint eine Reproduktion der entsprechenden AT-Merkmale sinnvoll.

### 3.4.3 Adaption der Sprachnormen

Was die aufgrund des unterschiedlichen deutschen und niederländischen Sprachsystems zu erwartenden Übersetzungsprobleme betrifft, ist eine Adaption der AS-Normen an die ZS-Normen erforderlich. Das bedeutet, dass die Rechtschreibung von deutschen medizinischen Fachbegriffen griechischer und lateinischer Herkunft in der Übersetzung nach den im theoretischen Rahmen besprochenen Regeln erfolgen muss. Ansonsten gilt das niederländische medizinische Wörterbuch *Pinkhof* (2016) als wegweisend für die fachsprachliche Rechtschreibung. Als Lösung für das Konjunktiv-II-Problem kann sich der Übersetzer sowohl der Möglichkeit mit *dienen* als auch der Phrase *het verdient (sterke) aanbeveling* bedienen. Beide Varianten stehen im Dienst von der Appellfunktion und können nach Belieben verwendet werden, da der Unterschied zwischen *soll* und *sollte* sich ohnehin auf die ausgangskulturelle Lage bzw. die Ergebnisse der deutschen Konsensuskonferenz bezieht und somit für die ZT-Adressaten irrelevant ist. Der ZT-Sender übernimmt alle Empfehlungen der AT-Sender und AT-Produzenten; die Stärke der Empfehlung tut nichts zur Sache.

### 3.5 Kommentierte Übersetzung

#### Aanbeveling 1: vormen van coeliakie

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de potentiële, subklinische, symptomatische, klassieke en refractaire vorm van coeliakie. De aanduiding 'inheemse spruw'<sup>3</sup> alsook de onderverdeling van coeliakie in 'overt', 'silente', 'latente', 'atypische', 'asymptomatische' of 'oligosymptomatische' vormen dient<sup>4</sup> niet langer te worden gebruikt.

5

Op basis van de onderzoeksresultaten van een internationale werkgroep die zich met de definitie van coeliakie [1] heeft beziggehouden, is het aan te raden enkel nog tussen de potentiële, subklinische, symptomatische, klassieke en refractaire vorm van coeliakie te onderscheiden.<sup>6</sup> Oudere aanduidingen zoals 'overt', 'silente', 'latente', 'atypische', 'asymptomatische' of 'oligosymptomatische' coeliakie dienen niet langer te worden gebruikt. Ook het nog altijd gebezigde begrip 'inheemse spruw' is niet meer te gebruiken (zie tabel 1 en 2).

**Tabel 1: nomenclatuur coeliakie**

Historische aanduidingen <sup>7</sup>	Aanbevolen aanduiding
Typische coeliakie	Klassieke coeliakie
Atypische coeliakie	Symptomatische coeliakie
Overt coeliakie	
Subklinische coeliakie	Subklinische coeliakie
Asymptomatische coeliakie	
Silente coeliakie	
Refractaire coeliakie	Refractaire coeliakie
Latente coeliakie	Potentiële coeliakie
Potentiële coeliakie	

<sup>3</sup> Geprüft, ob 'einheimische Sprue' ein niederländisches Äquivalent hat, was der Fall war.

<sup>4</sup> 'Sollte' gemäß Übersetzungsstrategie nicht mit 'moet', sondern mit 'dient' übersetzt.

<sup>5</sup> AT-Elemente [starker Konsens, Empfehlung] nicht mit übersetzt, da diese Aspekte sich direkt auf die Ergebnisse der deutschen Konsensuskonferenz beziehen, die, wie in der Übersetzungsstrategie bestimmt wurde, keine unmittelbare Relevanz für die zielkulturellen Adressaten hat.

<sup>6</sup> AT-Verweis 'die Konsensuskonferenz schlägt vor' (eine Art von personaler Deixis) entfernt, da für ZT-Adressaten irrelevant.

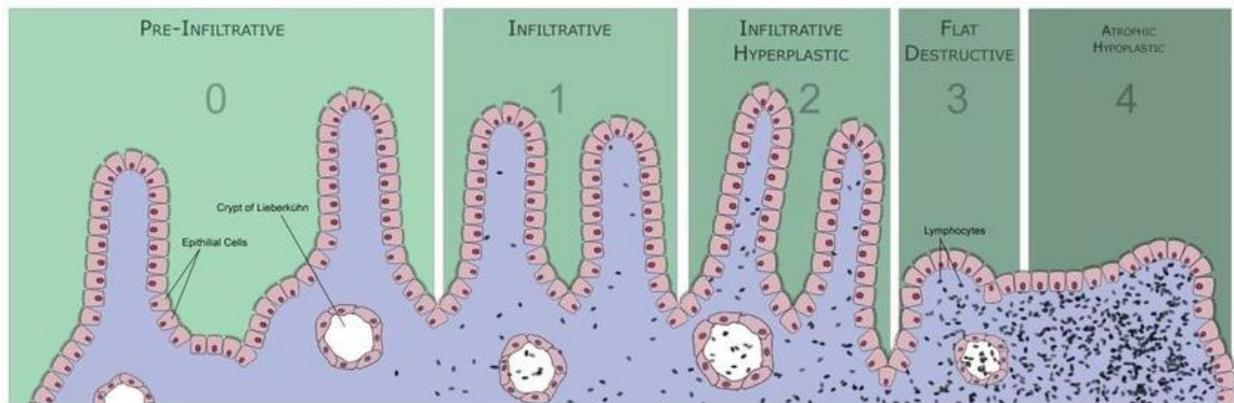
<sup>7</sup> Geprüft, ob die deutschen historischen Bezeichnungen auch in den NL existieren bzw. existiert haben – dies war der Fall.

**Tabel 2: OSLO-classificatie van coeliakie**

	Malabsorptie-syndroom	Onspecifieke symptomen	Coeliakiespecifieke antistoffen	Gen <sup>8</sup>	Graad van vlokatrofie <sup>9</sup> (zie tabel 3)
			Anti-tissue-transglutaminase (anti-tTP) <sup>10</sup>	HLA-DQ2 en/of HLA-DQ8	MARSH 2 of MARSH 3
Klassieke	+	+/-	+	+	+
Symptomatische	-	+	+	+	+
Subklinische	-	-	+	+	+
Refractaire (alleen bij volwassenen)	+	+/-	+	+	+
Potentiële	-	-	+	+	-

(Gebaseerd op Ludvigsson et al. Gut 2013) [1]

**Tabel 3 (overgenomen uit Galal 2014<sup>11</sup>): graad van vlokatrofie en mate van lymfocyttaire infiltratie volgens de MARSH-classificatie van coeliakie<sup>12</sup>**



<sup>8</sup> Das aus dem Bereich ‚Vererbung‘ stammende Konzept ‚HLA‘ (humaan leukocytenantigeen) wird als bekannt vorausgesetzt, doch da es sich hier um zöliakiespezifische Ergänzungen (DQ2 & DQ8) handelt, habe ich das Ganze etwas übersichtlicher gestaltet und teilweise erklärt (z. B. ‚gen‘ als Überschrift).

<sup>9</sup> Da ‚MARSH‘ ein Fachbegriff aus dem Bereich der Gastroenterologie ist, der nicht unbedingt als bekannt vorausgesetzt werden kann, habe ich ihn kurz erklärt und ein zusätzliches Bild zur Veranschaulichung eingefügt (leider auf Englisch, aber damit kommen die Adressaten klar).

<sup>10</sup> Die in den Niederlanden übliche englische Abkürzung wurde zum besseren Verständnis zuerst komplett ausgeschreiben, danach folgt die Abkürzung in Klammern.

<sup>11</sup> Quelle der Grafik.

<sup>12</sup> Dadurch, dass eine zusätzliche Grafik hinzugefügt wurde, musste die Nummerierung der weiteren Tabellen entsprechend angepasst werden. Das gilt auch für Verweise im Fließtext.

### Klassieke en symptomatische coeliakie

Onder het begrip 'symptomatische coeliakie' vallen zowel getroffen en met 'klassieke' of 'typische' verschijnselen als getroffen en met atypische symptomen, zoals extra-intestinale symptomen. De aanduidingen 'klassieke coeliakie' en 'typische coeliakie' kunnen als synoniemen worden opgevat. De typische of klassieke coeliakie als glutengevoelige enteropathie kenmerkt zich door ziektesymptomen als malabsorptie, gewichtsverlies, steatorroe<sup>13</sup> en oedemen die zijn ontstaan als gevolg van een eiwittekort. Het volledig gemanifesteerde ziektebeeld bij kleine kinderen, dat overigens nog steeds met coeliakie wordt gelijkgesteld, kenmerkt zich door de volgende klinische presentatie: opgezwollen buik,<sup>14</sup> volumineuze stinkende dyspeptische diarree, spierhypotrofie,<sup>15</sup> anorexie<sup>16</sup> en gedragsveranderingen. Typische verschijnselen op kinderleeftijd zijn daarnaast ijzergebrek, wezensveranderingen (bijv. huilerigheid) of groeistoornissen ('klassieke coeliakie')[2-4]. De symptomen beginnen bijna altijd tussen het eerste en derde levensjaar.

Tegenwoordig is het klinische beeld van coeliakie echter dusdanig veranderd dat deze typische kindervorm niet langer het vaakst wordt geconstateerd. De meeste mensen met symptomatische coeliakie kampen met buikklachten zoals dyspepsie, flatulentie of een veranderlijke stoelgang. Ook slaperigheid, vermoeidheid, depressies en obstipatie kunnen symptomen zijn. Het komt daarnaast ook regelmatig voor dat tijdens laboratoriumonderzoek ontdekte klinisch-chemische veranderingen, zoals (licht) verhoogde transaminasewaarden of een verstoorde schildklierfunctie, de enige indicatoren zijn. Het aantal personen dat op basis van gastro-intestinale symptomen wordt gediagnosticeerd, daalt. Het aantal gevallen dat bij screenings van risicogroepen aan het licht komt, neemt daarentegen toe [5].

De verouderde aanduiding 'atypische coeliakie' is destijds ontstaan als natuurlijke tegenhanger van 'klassieke coeliakie' en de daarmee gepaard gaande symptomen. Zo is beschreven dat onder de aanduiding 'atypische coeliakie' getroffen worden verstaan met symptomen of constellaties zoals verhoogde transaminasewaarden, neurologisch-

---

<sup>13</sup> Das ursprünglich lateinische Wort (steatorrhoea) hat in deutscher Fachsprache (Steatorrhoe) eine andere Rechtschreibung als im Niederländischen (steatorroe).

<sup>14</sup> 'Buik' und 'abdomen' sind im Niederländischen Synonyme, doch laut der Begriffsordnung in Pinkhof (2016) ist 'buik' auch in medizinischer Fachsprache der Standardbegriff und somit im Vergleich zu seinem lateinischen Äquivalent zu bevorzugen.

<sup>15</sup> Rechtschreibung: 'ph' wird in diesem Fall 'f' im Niederländischen.

<sup>16</sup> Das ursprünglich lateinische Wort 'anorexia' findet in niederländischer medizinischer Fachsprache auch Verwendung, doch die verniederländischte Form 'anorexie' kommt öfter vor. Achtung: Anorexia bedeutet 'gebrek aan eetlust' und ist keineswegs mit 'anorexia nervosa' zu verwechseln.

psychiatrische veranderingen (bijv. migraine, epilepsie, depressie) of huidveranderingen met inbegrip van dermatitis herpetiformis (ook wel ziekte van Duhring genoemd). Het is aan te raden om het begrip 'atypische coeliakie' door de aanduiding 'symptomatische coeliakie' te vervangen. Soms zijn de met deze ziekte geassocieerde symptomen dermate onopvallend dat ten onrechte het begrip 'asymptomatische coeliakie' wordt gehanteerd [6-8]. De klinische presentatie van coeliakie heeft zich in de laatste decennia onmiskenbaar veranderd, zodat andere symptomen en gematigde chronische gebrekstoestanden (bijv. anemie, osteopathie, zie tabel 5) overheersen. Om die reden wordt door verschillende deskundigen aangeraden om het begrip 'typische coeliakie' niet meer te gebruiken [9].

### Subklinische coeliakie

Bij personen met 'asymptomatische coeliakie', d.w.z. getroffen met coeliakiespecifieke serologie en typische afwijkingen in dunndarmbiopsieën (minstens MARSH 2), kunnen ondanks een zorgvuldig afgenomen anamnese, lichamelijk onderzoek en oriënterend laboratoriumonderzoek geen opvallendheden worden geconstateerd. Na invoering van een glutenvrij dieet (GVD) worden gewoonlijk geen positieve veranderingen waargenomen. Door verschillende groepen wordt in deze situatie ook wel het begrip 'silente coeliakie' gehanteerd. Deze aanduiding lijkt overbodig; de aanduiding 'subklinische coeliakie' geniet de voorkeur. Gevallen van personen met asymptomatische coeliakie komen meestal aan het licht tijdens populatiegebaseerde screeningonderzoeken, bij het testen van eerstegraads verwanten of bij doelgericht onderzoek naar mogelijke oorzaken van comorbiditeiten (zie ook tabel 6).

Uit verschillende studies is gebleken dat mensen met 'asymptomatische coeliakie' een verminderde levenskwaliteit hebben of andere secundaire symptomen vertonen, waarbij zich met name extra-intestinale ziekteverschijnselen (bijv. chronischevermoeidheidssyndroom) manifesteren [10]. Na invoering van een glutenvrij dieet kon een afzwakking van de symptomen worden geconstateerd. Omwille van een correct gebruik van terminologie dient in deze situaties dan ook het begrip 'subklinische coeliakie' te worden gehanteerd. In andere studies naar de levenskwaliteit van personen met asymptomatische coeliakie konden geen van de bovengenoemde beperkingen worden vastgesteld. Dit maakt het lastig om de aanbeveling tot implementatie van een glutenvrij dieet hard te maken en draagvlak voor een dergelijk advies te creëren [11-15].

Waarschijnlijk zijn de tegenstrijdigheden het gevolg van onderzoek naar uiteenlopende groepen patiënten, variërend van symptoomloze patiënten met normale laboratoriumwaarden ('asymptomatische coeliakie') en patiënten, die alleen na zeer zorgvuldig onderzoek en bepaling van speciale laboratoriumwaarden ziekelijke veranderingen vertonen of na invoering van een GVD een subjectieve verbetering van hun algehele situatie waarnemen ('subklinische coeliakie'). Typische voorbeelden zijn in goede algemene gezondheid verkerende mensen die enkel licht verhoogde transaminasewaarden hebben of bij wie tijdens het meten van de botmineraaldichtheid pathologische waarden opvallen.

### Refractaire coeliakie

Er is sprake van refractaire coeliakie, indien bij het vaststellen van een nieuwe of aanhoudende vlokatrofie, ondanks een glutenvrij dieet van meer dan 12 maanden, intestinale of extra-intestinale symptomen aanhouden of zich opnieuw voordoen.<sup>17</sup>

Bij (al dan niet hernieuwd) optreden van de volgende symptomen dient rekening te worden gehouden met complicaties van coeliakie (refractaire coeliakie [RCD], enteropathiegebonden T-cellymfoom [EATL], ulceratieve jejunitis [UJ], adenocarcinoom van de dunne darm):<sup>18</sup>

- aanhouden of opnieuw optreden van diarree (gedurende meer dan vier weken)
- gewichtsverlies zonder duidelijke oorzaak
- temperatuurverhogingen zonder duidelijke oorzaak
- verminderde prestaties, vermoeidheid
- nachtzweeten door onbekende oorzaak

### Latente coeliakie

In de literatuur worden deels controversiële discussies over 'latente coeliakie' gevoerd. Door sommige werkgroepen wordt 'latente coeliakie' opgevat als constellatie met positieve coeliakiespecifieke serologie in combinatie met een normaal dunnedarmslijmvlies bij een normaal voedingspatroon, wat evenwel als bewijs wordt gezien voor een pathologische

---

<sup>17</sup> AT-Satz 'Zur genauen Charakterisierung und Beschreibung des Krankheitsbildes wird auf den Abschnitt 5 „Refraktäre Zöliakie“ verwiesen.' entfernt, da dieser Abschnitt den Adressaten nicht vorliegt. Stattdessen wurde ein kleiner relevanter Teil dieses Abschnitts mitübersetzt: Empfehlung 5.1 zur Symptomatik der refraktären Zöliakie, siehe S. 730 des AT.

<sup>18</sup> Die Geläufigkeit der Abkürzungen im Niederländischen wurde geprüft.

dunnedarmhistologie in het verleden. Anderen definiëren de ziekte als een niet gediagnosticeerde coeliakie of een coeliakiepotentieel bij personen met andere auto-immuunaandoeningen. Alles samengenomen lijkt het begrip ondoeltreffend en om die reden dient het niet langer te worden gebruikt.

### Potentiële coeliakie

De aanduiding 'potentiële coeliakie' dient te worden gebruikt bij personen die zich kenmerken door een positieve coeliakiespecifieke antilichaamconstellatie in het bloed, maar die tegelijkertijd geen afwijkende histologische waarden bij de analyse van het dunnedarmslijmvlies vertonen. Andere werkgroepen duiden met het begrip 'patiënten met potentiële coeliakie' op personen met positieve serologie en een toename van intra-epitheliale lymfocyten (IEL) in het duodenum (MARSH 1) [17] - een histologische constellatie met geringe specificiteit.<sup>19</sup> Volgens een recent onderzoek is er bij bijna 20% van alle mensen met coeliakiespecifieke serologie geen sprake van veranderingen in het duodenum. Dat zou betekenen dat potentiële coeliakie een relatief vaak voorkomende klinische constellatie zou zijn [18]<sup>20</sup>. Toch zijn dergelijke studies problematisch omdat het aantal gevallen van negatieve of positieve serologie onder andere afhankelijk is de gehanteerde testmethode en de evaluatie van dubieuze titers.

### Tarweallergie

Net als bij coeliakie is er bij tarweallergie sprake van een immunreactie op tarwe-eiwitten; in vergelijking met coeliakie treden hier echter IgE-gemedieerde en/of T-cel-gemedieerde reacties op tegen verschillende tarwe-eiwitten, zoals  $\omega$ -5-gliadine [19],  $\gamma$ -gliadine, amylase-trypsine-inhibitors (ATI's), thioredoxine of vettransporteiwitten. Symptomen van tarweallergie manifesteren zich in de mond, neus, ogen en keelholte (zwellings, jeuk of kriebelig gevoel), in en op de huid (atopisch eczeem, urticaria), in de longen (ademnood, astma, bakkersastma) of in het spijsverteringskanaal<sup>21</sup> (kramp, misselijkheid,

---

<sup>19</sup> AT-Element '(siehe Kapitel Pathologie)' entfernt, da dieses Kapitel gemäß Übersetzungsskopos nicht mit übersetzt wird. Die Phrase 'einer histologischen Konstellation mit geringer Spezifität' enthält jedoch relevante Information und wurde übersetzt. Eine zusätzliche Erklärung auf der Grundlage des fünften Kapitels des AT würde zu weit führen.

<sup>20</sup> Verweisfehler im AT. [3] muss eigentlich [34] heißen. In der Übersetzung führt Nummer 18 zur richtigen Quelle in der Bibliografie.

<sup>21</sup> Meine erste Lösung für die Übersetzung von 'Gastrointestinaltrakt' war 'maag-darmkanaal'. Nach Pinkhof (2016) gilt 'maag-darmkanaal' als Synonym für 'spijsverteringskanaal' und 'spijsverteringsstelsel', doch hier ist es unbrauchbar, da eine der genannten Beschwerden sich auch im Mund manifestiert (Erbrechen). M.E. kann die Mundhöhle nicht als Teil des Magen-Darm-Traktes aufgefasst werden, daher habe ich mich für 'spijsverteringskanaal' entschieden (= ab Mund bis Anus, passend zu den Beschwerden). Die lateinische Alternative 'systema digestorium' kommt im Fließtext eher nicht vor.

braken, opgezwollen buik, diarree). De gastro-intestinale vormen van tarweallergie zijn klinisch niet duidelijk van coeliakie te onderscheiden. Een bijzondere vorm is eosinofiele oesofagitis,<sup>22</sup> die ook door tarwe kan worden veroorzaakt. Endoscopisch en histologisch is er bij tarweallergie net als bij andere voedingsmiddelallergieën sprake van een breed spectrum, variërend van normale constellaties, eosinofiele infiltraten, een toename van de intra-epitheliale lymfocyten (MARSH 1) en nodulaire hyperplasie met een toename van de lymfefollikels, tot aan zeldzamere vormen, vooral op kinderleeftijd, met ulceraties of beschadigde darmvlokken.

### Niet-coeliakie-niet-tarweallergie-tarwesensitiviteit<sup>23</sup>

Niet-coeliakie-niet-tarweallergie-tarwesensitiviteit (of kortweg: tarwesensitiviteit) is een intolerantie tegen tarwebestanddelen. Het klinische beeld kan vergelijkbaar zijn met dat van coeliakie. Het begrip *tarwesensitiviteit* is op het moment van schrijven nog niet heel gangbaar; gebruikelijker is de aanduiding *glutensensitiviteit*. Toch geniet *tarwesensitiviteit* voorlopig de voorkeur, omdat niet met zekerheid kan worden gesteld dat de in tarwe aanwezige gluten daadwerkelijk de boosdoener zijn, integendeel. Mogelijk wordt het ziektebeeld juist veroorzaakt door de met glutenbevattende voedingsmiddelen geassocieerde amylase-trypsine-inhibitoren (ATI's), die een activering van het aangeboren immuunsysteem via Toll-like receptor 4 (TLR4) teweegbrengen [20]<sup>24</sup>. Eventueel spelen ook zogenoemde FODMAP's een belangrijke rol. Hierbij gaat het om niet resorbeerbare 'Fermenteerbare Oligosachariden, Disachariden, Monosachariden en (And) Polyolen'. Deze koolhydraten, die van nature in voedingsmiddelen voorkomen, kunnen ook bij personen met tarwesensitiviteit de oorzaak zijn van de klachten. In een recent gepubliceerd placebogecontroleerd crossover-belastingsonderzoek naar personen die ook symptomen van het prikkelbaredarmsyndroom vertoonden, kon weliswaar geen pathologische reactie op gluten, maar wel een positief effect bij het reduceren van FODMAP's worden aangetoond [21].

---

<sup>22</sup> Rechtschreibung: Das lateinische Wort 'oesophagitis' wird im Deutschen (Ösophagitis) anders geschrieben als im Niederländischen (oesofagitis). Das gleiche trifft auf ‚eosinophilicus‘ zu (D: eosinophil; NL: eosinofiel).

<sup>23</sup> Es handelt sich hier um einen Neologismus, da der in den Niederlanden geläufige Begriff *glutensensitiviteit* (nach dem Englischen: *Non-Celiac Gluten Sensitivity* (NCGS)) aus aktueller Forschungsperspektive nicht unbedingt richtig ist. *Tarwesensitiviteit* (D: *Weizensensitivität*) trifft es vermutlich besser. Dementsprechend wurde die Übersetzung im Vergleich zum AT um ein paar erklärende Sätze erweitert.

<sup>24</sup> Verweisfehler im AT: [35] muss eigentlich [36] heißen – siehe AT-Bibliografie. In meiner Nummerierung und Bibliografie wurde der Fehler korrigiert.

Vast staat dat er bij dit vaag gedefinieerde ziektebeeld geen sprake is van een allergische aandoening of een auto-immuunziekte waarbij het consumeren van tarweproducten verschijnselen veroorzaakt die zich ook bij coeliakie kunnen voordoen. Tot de gastro-intestinale symptomen behoren een opgeblazen gevoel, buikklachten, pijn of diarree. Daarnaast kunnen er ook extra-intestinale symptomen optreden, waaronder hoofdpijn en migraine, lethargie en vermoeidheid, concentratiestoornissen en hyperactiviteit, spierklachten en pijn in botten en gewrichten [43, 22, 23]. Mensen met deze verschijnselen dienen net als personen met coeliakie een glutenvrij dieet te volgen. Omdat aangeboren immuniteit tegen ATI's vermoedelijk een centrale rol speelt, lijkt het echter plausibel dat een minder strikt glutenvrij dieet mogelijk is (zie tabel 4).<sup>25</sup>

**Tabel 4**

<sup>26</sup>	Coeliakie	Tarwesensitiviteit
<b>Tijd tussen glutenblootstelling en manifestatie symptomen</b>	Weken tot jaren*	Uren tot dagen
<b>Pathogenese</b>	Aangeboren en adaptieve immuunreacties	Waarschijnlijk aangeboren immuniteit tegen bijv. ATI's; toename van intra-epitheliale lymfocyten (IEL) mogelijk (niet in dezelfde sterke mate als bij coeliakie).
<b>Gen</b>	HLA DQ2/DQ8 in 99%	Onbekend
<b>Antistoffen</b>	Anti-tTG positief	Antistoffen tegen gliadine (IgA of IgG) mogelijk
<b>Dunnedarmhistologie (bij een normaal voedingspatroon)</b>	MARSH 2-4	MARSH 0-1
<b>Complicaties</b>	Comorbiditeiten, langdurige complicaties (lymfoomrisico)	Nog onduidelijk

\* In individuele gevallen kunnen coeliakiepatiënten die een dieetfout begaan, al na enkele uren last krijgen van diarree en buikpijn.

<sup>25</sup> AT-Element Studien hierzu gibt es jedoch noch nicht entfernt, da ich nicht mit Sicherheit sagen kann, dass es hierzu aktuell (2019) immer noch keine Studien gibt, da der AT 2012-2014 produziert wurde.

<sup>26</sup> Ich habe die Linkerspalte der Tabelle zur besseren Übersicht fett markiert.

## Aanbeveling 2: vormen van coeliakie

Er is geen klinisch beeld (bijv. adipositas, obstipatie, etc.) dat coeliakie per definitie uitsluit.

27

### Toelichting:

Het klinische beeld van coeliakie kenmerkt zich door verschillende, sterk of minder sterk ontwikkelde symptomen (zie tabel 5).

Tabel 5

<b>Intestinale symptomen</b>
Motiliteitsstoornissen, variërend van diarree tot obstipatie
Misselijkheid en braken, flatulentie, chronische buikpijn
Opgezwollen buik
<b>Extra-intestinale symptomen</b>
Gewichtsverlies
Groeistoornissen bij kinderen
Anemie
Osteomalacie/osteoporose, veranderingen aan het tandglazuur
Perifere neuropathie/polyneuropathie
Tetanie/myasthenie <sup>28</sup>
Nachtblindheid <sup>29</sup>

<sup>27</sup> AT-Element [starker Konsens] nicht mit übersetzt, da dieser Aspekt sich direkt auf die Ergebnisse der deutschen Konsensuskonferenz bezieht, die, wie in der Übersetzungsstrategie bestimmt wurde, keine unmittelbare Relevanz für die zielkulturellen Adressaten hat.

<sup>28</sup> Laut Pinkhof (2016) ist *myasthenie* in medizinischer Fachsprache geläufiger als das auch akzeptierte, aber standardsprachliche Synonym *spierzwakte*. Das erkennt man daran, dass der eigentliche Lexikoneintrag *myasthenie* lautet, wobei *spierzwakte* als Synonym genannt wird.

<sup>29</sup> Hochinteressant, mir ist aufgefallen, dass im AT an dieser Stelle kein Fachbegriff, sondern eine standardsprachliche Bezeichnung verwendet wird (Nachtblindheit). Und jetzt kann ich auch nachvollziehen, warum sich die AT-Produzenten möglich für dieses Wort entschieden haben: Die entsprechenden Fachbegriffe sind sprachlich nicht korrekt und von der Bedeutung her teilweise widersprüchlich. Siehe die entsprechenden Lexikoneinträge in Duden (2012) und Pinkhof (2016) unten:

(DUDEN 2012: 526): *Nachtblindheit* = „vgl. Hemeralopie“

(DUDEN 2012: 348): *Hemeralopie* = „von der Wortbildung her eigtl. Bez. für Tagblindheit (vgl. Nyktalopie); im medizinischen Sprachgebrauch fälschlicherweise übliche Bezeichnung für Nachtblindheit (starke Verminderung der Sehkraft des Auges bei dämmerigem Licht od. bei plötzlichem Hell-Dunkel-Übergang).“

(DUDEN 2012: 550): *Nyktalopie* = „(1) fälschl., aber allg. übl. Bez. für „Nachtsichtigkeit, Tagblindheit“, d. h. für die angeborene od. erworbene Sehschwäche der Augen bei hellem Tageslicht. (2) eigentliche, aber unübliche Bezeichnung für „Nachtblindheit“ (vgl. Hemeralopie)“

Pinkhof (2016) bestätigt das Begriffschaos: *hemeralopie*, *dagblindheid*, *nachtblindheid* und *schemerblindheid* werden als Synonyme verwendet, während *dagblindheid* des Weiteren mit *nyctalopie* gleichgesetzt wird, wobei gesagt wird, dass *nyctalopie* in Amerika und Großbritannien hingegen als *nachtblindheid* aufgefasst wird (korrekterweise!). Ich daher komme zum Schluss, dass ‚hemeralopie‘ und ‚nyctalopie‘ ambige Begriffe sind, deren Bedeutungen sich international zum Teil widersprechen. *Hemeralopie* ist in Deutschland (und in den Niederlanden) zwar die fachlich übliche Bezeichnung für *Nachtblindheit*, doch rein sprachlich bzw. etymologisch ist sie falsch. Um etwaige Verständnisprobleme von vornerein zu auszuschließen, verwende ich auch im Niederländischen lieber den Begriff ‚nachtblindheid‘. Als medizinischer Übersetzer hat man wie in 2.3.1 besprochen schließlich eine große Verantwortung.

Hematomen
Oedemen
Recidiverende orale aften

Deels zijn de getroffen en klachtenvrij; d.w.z. er sprake is van de subklinische vorm van coeliakie. In dit geval is er geen primair symptoom of symptomencomplex dat de behandelend arts er aanleiding toe geeft aan coeliakie te denken. Juist daarom is het van primair belang om een breed scala aan overwegingen bij de differentiële diagnostiek te betrekken.<sup>30</sup> Op die manier kan coeliakie relatief vaak worden uitgesloten. Vaak wordt coeliakie geassocieerd met gewichtsverlies of ondergewicht. Systematische onderzoeken tonen echter aan dat op het moment van diagnose 28% overgewicht kan hebben en 11% zelfs adipeus kan zijn [24]. Dit betekent dat overgewicht coeliakie niet uitsluit. Bij vrouwen met coeliakie kan vaker amenorroe worden geconstateerd; met betrekking tot de fertiliteit en het aantal miskramen zijn er tegenstrijdige onderzoeksresultaten. Zo beschrijven Choi et al. een verminderde fertiliteit [25]<sup>31</sup>, terwijl Tata et al. bij geboortes weliswaar een hogere leeftijd van de moeders, maar geen verminderde fertiliteit of een verhoogd aantal miskramen hebben vastgesteld [26]. Alles samengenomen zijn er verschillende aanwijzingen die erop duiden dat zwangere vrouwen met een normaal voedingspatroon een hoger gezondheidsrisico lopen dan vrouwen die een glutenvrij dieet volgen. Tot deze risico's behoren een intra-uteriene groeivertraging, ondergewicht, vroeggeboorte en een hogere kans op een keizersnede [27]. Als de vader coeliakie heeft, bestaat er geen verhoogd risico [28].

Onafhankelijk daarvan zijn er comorbiditeiten die herhaaldelijk in combinatie met coeliakie optreden. Gelet op die comorbiditeiten dienen onderzoeken te worden gedaan of te worden overwogen, teneinde coeliakie vast te stellen dan wel uit te sluiten (zie tabel 6 op de volgende pagina).

<sup>30</sup> AT-Element (*siehe dazu Kapitel 2, Diagnostik*) entfernt, da irrelevant; das entsprechende Kapitel wird nicht mit übersetzt.

<sup>31</sup> Verweisfehler im AT. Beim Verweis auf die Studie von Choi et al. wird im AT die Nummer 42 verwendet, doch in der Bibliografie findet man unter dieser Nummer die Studie von Tata et al. Da ich eine andere Nummerierung habe, sind die Nummer bei mir sowieso anders, aber auf jeden Fall findet man bei meinen bibliografischen Angaben nun die richtige Quelle und zwar unter der Nummer 25.

Tabel 6<sup>32</sup>

Ziekten waarbij coeliakie uitgesloten dient te worden Ziekten waarbij het uitsluiten van coeliakie dient te worden overwogen* <sup>33</sup>
<b>Auto-immuunziekten</b>
Diabetes mellitus type 1 [29, 30]
Hashimoto-thyroiditis [31]
Auto-immuunhepatitis, primaire biliaire cirrose (PBC) <sup>34</sup> [32]
Collagenosen (Sjögren-syndroom [33, 34] / systemische lupus erythematoses)
Ziekte van Addison <sup>35</sup> [35]
<b>Neuropsychiatrische aandoeningen</b>
Migraine* [36, 37]
Epilepsie* [38]
Depressie en angststoornissen* [39, 40]
<b>Huidziekten</b>
Dermatitis herpetiformis [41]
Psoriasis* [42]
<b>Genetische syndromen</b>
Down-syndroom <sup>36</sup> /trisomie-21 [44, 45]
Turner-syndroom <sup>37</sup> /monosomie X* [46]
<b>Overige aandoeningen en symptomen of symptomcomplexen</b>
Asthma bronchiale <sup>38</sup> [47]
Verhoogde transaminasewaarden [48, 49, 50]
Selectieve IgA-deficiëntie [51, 52]
Osteopathie (osteomalacie, osteoporose) [53, 54]
Microscopische colitis [55]
Prikkelbaredarmsyndroom [56, 57]
Lymfoproliferatieve aandoeningen* [58, 59, 60, 61]

<sup>32</sup> Ich die Kategorien in dieser Tabelle im Gegensatz zum AT fett gedruckt, was es den Adressaten erleichtern soll, die Übersicht zu behalten.

<sup>33</sup> Dieser Satz wird auf einer neuen Zeile geschrieben, damit klar ist, dass nur Krankheiten, bei denen ein Ausschluss der Zöliakie bedacht werden sollte, mit einem Asterisk gekennzeichnet sind (z. B. Psoriasis). Hätte ich geschrieben: „Ziekten waarbij coeliakie uitgesloten dient te worden of ziekten waarbij het uitsluiten van coeliakie dient te worden overwogen\*“, wäre das vielleicht unklar gewesen. Im Deutschen wird ‚bzw.‘ verwendet, was Klarheit schafft. Eine niederländische Konstruktion mit ‚resp.‘ war mir zu umständlich.

<sup>34</sup> Abkürzung [PBC] im Gegensatz zum AT erklärt, denn diese ist so spezifisch, dass sie m.E. nicht als bekannt vorausgesetzt werden kann.

<sup>35</sup> ‚Addison-syndroom‘ nicht geläufig.

<sup>36</sup> Hinweis: Die übliche fachsprachliche Rechtschreibung (Down-syndroom) weicht nach Pinkhof (2016) von der standardsprachlichen Rechtschreibung (downsyndroom) ab.

<sup>37</sup> Hinweis: Die übliche fachsprachliche Rechtschreibung (Turner-syndroom) weicht nach Pinkhof (2016) von der standardsprachlichen Rechtschreibung (turnersyndroom) ab.

<sup>38</sup> Als Standardbegriff zieht Pinkhof (2016) die lateinische Bezeichnung der niederländischen Variante *bronchiaal astma* vor.

In het licht van dit alles moet wel kritisch worden opgemerkt dat het serieus nemen van de totale frequentie van deze comorbiditeiten tot het screenen van grote bevolkingsgroepen zou leiden. Omdat dit in de huidige<sup>39</sup> situatie niet realiseerbaar is, lijkt een geïntensiveerde "case finding-strategy" zinvol, zoals beschreven door Catassi et al. [62].

Ongeacht deze beperkende factor is algemeen bekend dat bij klassieke auto-immuunziekten zoals diabetes mellitus type 1, auto-immuunthyroïditis [31] – of auto-immuunhepatitis [32] het risico op een bijkomende coeliakie significant is verhoogd (voor een overzicht zie Denham 2013 [63]). Met name de associatie tussen coeliakie en mensen met type 1 diabetes is goed bekend [29, 30]. Volgens een recent<sup>40</sup> overzicht ligt de coeliakieprevalentie bij pediatrische en adulte type 1-diabetici tussen 4,4% en 11% [64]. Daarnaast is de prevalentie van collagenosen [65] of neuropsychiatrische aandoeningen (voor een overzicht zie Cooke Brain 1966 [66]) met inbegrip van depressie en angststoornissen [39] bij personen met coeliakie verhoogd. Een recente<sup>41</sup> prevalentiestudie beschrijft voor coeliakiepatiënten een 3,8-voudig verhoogd risico (95%- betrouwensinterval: 1,8-8,1) op het oplopen van migraine [37]. In een ander groot epidemiologisch onderzoek op basis van 29.000 coeliakiepatiënten en 143.000 controles wordt een verhoogd risico op de manifestatie van epilepsie beschreven (risico 1,4 (1,2-1,7)) [38].

Ook bij een reeks van genetisch bepaalde syndromen (Down-syndroom, Turner-syndroom) is de prevalentie van coeliakie aanzienlijk verhoogd [44, 45, 46].

Verhoogde transaminasewaarden behoren tot de veel voorkomende klinische bevindingen die ook bij coeliakiepatiënten worden waargenomen. Om die reden dient bij de differentieel-diagnostische opheldering van verhoogde transaminasewaarden eveneens een coeliakiediagnostiek te worden uitgevoerd [48]. De invoering van een glutenvrij dieet resulteert meestal in een normalisering van de transaminasewaarden [49]. In zeldzame gevallen kan coeliakie gepaard gaan met een ernstige, levensbedreigende leveraandoening [50]. IgA-deficiëntie is de frequentste primaire immunodeficiëntie in Nederland (incidentie

---

<sup>39</sup> Temporale Deixis: ‚aktuellen‘ im Niederländischen übernommen („huidige“), da immer noch der Realität entsprechend.

<sup>40</sup> Temporale Deixis: ‚aktuellen‘ wurde mit ‚recent‘ übersetzt, da die Leitlinie bzw. die genannte Quelle mittlerweile ein paar Jahre alt ist.

<sup>41</sup> Temporale Deixis: ‚aktuelle‘ wurde mit ‚recente‘ übersetzt, da die Leitlinie bzw. die genannte Quelle mittlerweile ein paar Jahre alt ist.

1:700 per jaar)<sup>42</sup>[76]. Bij coeliakiepatiënten komt IgA-deficiëntie aanzienlijk vaker voor (ca. 2-3%) [51, 52] en om die reden dienen personen met een aantoonbare IgA-deficiëntie op de gelijktijdige aanwezigheid van coeliakie te worden gescreend.<sup>43</sup>

Hoewel in afzonderlijke studies naar patiënten met prikkelbaredarmsyndroom (PDS) geen verhoogd risico op coeliakie is geconstateerd [67], laat een recente<sup>44</sup> meta-analyse bij personen met PDS-symptomen zien dat het risico van deze patiëntengroep op de ontwikkeling van coeliakie ongeveer vier keer hoger ligt [56]. Daarnaast lopen mensen met coeliakie vóór diagnosestelling een aanmerkelijk hoger risico op de ontwikkeling van PDS en het moeten doorlopen van PDS-specifieke onderzoeken [57]. Verder is screening van PDS-patiënten op coeliakie met inachtneming van kosten-baat-aspecten zinvol [68]. Een epidemiologische studie wijst bij personen met microscopische colitis [55] in ca. 5% van de gevallen op co-existentie met coeliakie.

Meerdere onderzoeken beschrijven voor mensen met coeliakie een verhoogd risico op lymfoproliferatieve aandoeningen [58, 59, 60, 61]. Daarbij neemt het ziekterisico na de diagnosestelling geleidelijk aan af. Deze afname is waarschijnlijk toe te schrijven aan het glutenvrije dieet.<sup>45</sup> Het risico op lymfomen blijft desalniettemin hoger dan in de normale bevolking [69]; met name bij personen, bij wie een persisterende vlokatrofie is aangetoond [9].

Wat betreft de associatie van coeliakie met chronische inflammatoire darmaandoeningen (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) [70], colorectale carcinomen [71], fibromyalgiesyndroom [72, 73], niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus (NIADM) en het metabool syndroom<sup>46</sup> [73] zijn tegenstrijdige resultaten beschreven.

---

<sup>42</sup> Der Ausgangssatz enthielt explizite Informationen zur deutschen Situation. Diese wurden gemäß Übersetzungsstrategie entfernt und durch niederländischen Kontext ersetzt (Infos stammen direkt aus Pinkhof 2016).

<sup>43</sup> AT-Verweis auf Kapitel 2 entfernt, da irrelevant.

<sup>44</sup> Temporale Deixis: ‚aktuelle‘ wurde mit ‚recente‘ übersetzt, da die Leitlinie bzw. die genannte Quelle mittlerweile ein paar Jahre alt ist.

<sup>45</sup> AT-Verweis auf Kapitel 5 entfernt, da irrelevant.

<sup>46</sup> Rechtschreibung gemäß Pinkhof (2016) getrennt: *metabool syndroom*.

### Aanbeveling 3: dermatitis herpetiformis (ziekte van Duhring)

Dermatitis herpetiformis is een speciale vorm van coeliakie die zich in en op de huid manifesteert. Getroffen personen dient<sup>47</sup> een gastro-enterologisch zorgtraject te worden aangeboden.<sup>48</sup>

#### Toelichting:

Dermatitis herpetiformis (ook wel ziekte van Duhring genoemd) is een blaarvormende auto-immuundermatose met subepidermale blaarvorming. De aandoening kenmerkt zich door een veelzijdig beeld met herpesachtig gegroepete blaartjes. Andere mogelijke symptomen zijn roodheid, eczeem en blaasjes. Bovendien hebben patiënten in kwestie vaak te kampen met een branderige, sterk jeukende huid. De huidontsteking manifesteert zich meestal op de ellebogen en knieën, maar ook de (voor)hoofdhuid en de huid op de schouders, billen en bovenkant van de borst raken dikwijls ontstoken. Mannen worden ongeveer anderhalf keer zo vaak met dermatitis herpetiformis geconfronteerd dan vrouwen. De aandoening doet zich vooral voor bij mensen op middelbare leeftijd. De oorzaak van de ziekte is vermoedelijk te zoeken in de afzetting van immuuncomplexen op de<sup>49</sup> basale membraan. De opeenhoping van epidermale transglutaminase (eTG) en tegen eTG gerichte IgA leidt hier tot complementactivatie, wat op zijn beurt weer resulteert in de typische spleet- en blaarvorming<sup>50</sup> [74, 75]. Bij bijna alle patiënten met dermatitis herpetiformis is de subklinische vorm van coeliakie meestal de onderliggende primaire aandoening [41]. Ter uitsluiting van malabsorptie en andere gebrekstoestanden en comorbiditeiten is het sterk aan te bevelen de getroffen personen een gastro-enterologisch zorgtraject aan te bieden. Een voedingsconsult ten behoeve van de implementatie van een glutenvrij dieet is ook zinvol ter behandeling van de cutane primaire laesies.

Afgezien van dermatitis herpetiformis is het risico op de ontwikkeling van psoriasis bij mensen met coeliakie zowel voor als na de diagnosestelling 1,7 keer zo groot (95%-vertrouwensinterval: 1,54-1,92) [42].

<sup>47</sup> ‚Sollte‘ gemäß Übersetzungsstrategie mit ‚dient‘ übersetzt.

<sup>48</sup> AT-Elemente [*Starker Konsens, starke Empfehlung*] entfernt, da diese Aspekte sich direkt auf die Ergebnisse der deutschen Konsensuskonferenz beziehen, die, wie in der Übersetzungsstrategie bestimmt wurde, keine unmittelbare Relevanz für die zielkulturellen Adressaten hat.

<sup>49</sup> Pinkhof (2016) zum Eintrag *membraan*: lidw. biol.: de ~, techniek: het ~ (deswegen hier ‚de‘ basale membraan).

<sup>50</sup> Aus Lesbarkeitsgründen wurde der Ausgangssatz in zwei zielsprachige Sätze umgewandelt. Ursprüngliche Übersetzung:

„De oorzaak van de ziekte is vermoedelijk te zoeken in de afzetting van immuuncomplexen bestaand uit epidermale transglutaminase (eTG) en tegen eTG gerichte IgA op de basale membraan. Dit leidt tot complementactivatie, wat op zijn beurt weer resulteert in de typische spleet- en blaarvorming.“ Beim zweiten Versuch habe ich das komplexe Präpositionalobjekt dann auch noch in kleinere, getrennte Teile zerlegt.

## Literatuur<sup>51</sup>

1. *Ludvigsson JF et al.* The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 2013; 62: 43 – 52. DOI: 10.1136/gutjnl-2011-301346
2. *Mehta G, Taslaq S, Littleford S et al.* The changing face of coeliac disease. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)* 2008; 69: 84 – 87.
3. *Zawahir S, Safta A, Fasano A.* Pediatric celiac disease. *Current opinion in pediatrics* 2009; 21: 655 – 660. DOI: 10.1097/MOP.0b013e32832f5b9d
4. *Fasano A.* Celiac disease: the past, the present, the future. *Pediatrics* 2001; 107: 768 – 770
5. *Reilly NR et al.* Celiac disease in normal-weight and overweight children: clinical features and growth outcomes following a gluten-free diet. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2011; 53: 528 – 531. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182276d5e
6. *Corazza GR et al.* Subclinical celiac sprue. Increasing occurrence and clues to its diagnosis. *Journal of clinical gastroenterology* 1993; 16: 16 – 21
7. *Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N et al.* The clinical pattern of subclinical/ silent celiac disease: an analysis on 1026 consecutive cases. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 691 – 696. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.00938.x
8. *Meloni G, Dore A, Fanciulli G et al.* Subclinical coeliac disease in school-children from northern Sardinia. *Lancet* 1999; 353: 37. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)74871-6
9. *Lebwohl B et al.* Mucosal healing and risk for lymphoproliferative malignancy in celiac disease: a population-based cohort study. *Annals of internal medicine* 2013; 159: 169 – 175. DOI: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00006
10. *Marine M et al.* Impact of mass screening for gluten-sensitive enteropathy in working population. *World journal of gastroenterology* 2009; 15: 1331 – 1338
11. *Rosen A et al.* Balancing health benefits and social sacrifices: a qualitative study of how screening-detected celiac disease impacts adolescents' quality of life. *BMC pediatrics* 2011; 11: 32. DOI: 10.1186/1471-2431-11-32
12. *Nordyke K et al.* Health-related quality-of-life in children with coeliac disease, measured prior to receiving their diagnosis through screening. *Journal of medical screening* 2011; 18: 187 – 192. DOI: 10.1258/jms.2011.011081
13. *Vilppula A et al.* Clinical benefit of gluten-free diet in screen-detected older celiac disease patients. *BMC gastroenterology* 2011; 11: 136. DOI: 10.1186/1471-230x-11-136
14. *Paavola A et al.* Gastrointestinal symptoms and quality of life in screen-detected celiac disease. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2012; 44: 814 – 818. DOI: 10.1016/j.dld.2012.04.019
15. *Aziz I, Sanders DS.* Are we diagnosing too many people with coeliac disease? *The Proceedings of the Nutrition Society* 2012; 71: 538 – 544. DOI: 10.1017/s0029665112000262

---

<sup>51</sup> Die bibliografischen Verweise wurden 1:1 aus dem Ausgangstext übernommen, da sie übersichtlich sind und es diesbezüglich keine Vorgaben vom ZT-Sender gibt (Reproduktion der AK-Konventionen). Weil nur ein Teil des AT übersetzt wurde, wurde lediglich die Nummerierung der Verweise angepasst (Adaption der AT-Pragmatik).

16. *Nordyke K et al.* Health-related quality of life in adolescents with screening-detected celiac disease, before and one year after diagnosis and initiation of gluten-free diet, a prospective nested case-referent study. *BMC public health* 2013; 13: 142. DOI: 10.1186/1471-2458-13-142
17. *Biagi F et al.* Intraepithelial lymphocytes in the villous tip: do they indicate potential coeliac disease? *Journal of clinical pathology* 2004; 57: 835 – 839. DOI: 10.1136/jcp.2003.013607
18. *Biagi F et al.* Prevalence and natural history of potential celiac disease in adult patients. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 537 – 542. DOI: 10.3109/00365521.2013.777470
19. *Inomata N.* Wheat allergy. *Current opinion in allergy and clinical immunology* 2009; 9: 238 – 243. DOI: 10.1097/ACI.0b013e32832aa5bc
20. *Junker Y et al.* Wheat amylase trypsin inhibitors drive intestinal inflammation via activation of toll-like receptor 4. *The Journal of experimental medicine* 2012; 209: 2395 – 2408. DOI: 10.1084/jem.20102660
21. *Biesiekierski JR et al.* No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology* 2013; 145: 320 – 328 e321–e323 DOI: 10.1053/j.gastro.2013.04.051
22. *Ford RP.* The gluten syndrome: a neurological disease. *Medical hypotheses* 2009; 73: 438 – 440. DOI: 10.1016/j.mehy.2009.03.037
23. *Lundin KE, Alaedini A.* Non-celiac gluten sensitivity. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America* 2012; 22: 723 – 734. DOI: 10.1016/j.giec.2012.07.006
24. *Ukkola A et al.* Changes in body mass index on a gluten-free diet in coeliac disease: a nationwide study. *European journal of internal medicine* 2012; 23: 384 – 388. DOI: 10.1016/j.ejim.2011.12.012
25. *Choi JM et al.* Increased prevalence of celiac disease in patients with unexplained infertility in the United States. *The Journal of reproductive medicine* 2011; 56: 199 – 203
26. *Tata LJ et al.* Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 128: 849 – 855
27. *Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekbom A.* Celiac disease and risk of ad-verse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 129: 454 – 463. DOI: 10.1016/j.gastro.2005.05.065
28. *Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekbom A.* Coeliac disease in the father and risk of adverse pregnancy outcome: a population-based cohort study. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2006; 41: 178 – 185. DOI: 10.1080/00365520510024124
29. *Koletzko S.* Prevalence of coeliac disease in diabetic children and adolescents. A multicentre study. *European journal of pediatrics* 1988; 148: 113 – 117
30. *Larsson K et al.* Annual screening detects celiac disease in children with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes* 2008; 9: 354 – 359. DOI: 10.1111/ j.1399-5448.2008.00367.x
31. *Ch'ng CL, Jones MK, Kingham JG.* Celiac disease and autoimmune thyroid disease. *Clinical medicine & research* 2007; 5: 184 – 192. DOI: 10.3121/cmr.2007.738
32. *Drastich P et al.* Celiac disease markers in patients with liver diseases: a single center large scale screening study. *World journal of gastroenterology* 2012; 18: 6255 – 6262. DOI: 10.3748/wjg.v18.i43.6255

33. *Luft LM, Barr SG, Martin LO et al.* Autoantibodies to tissue transglutaminase in Sjogren's syndrome and related rheumatic diseases. *The Journal of rheumatology* 2003; 30: 2613 – 2619
34. *Iltanen S et al.* Celiac disease and markers of celiac disease latency in patients with primary Sjogren's syndrome. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 1042 – 1046. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.01011.x
35. *Elfstrom P, Montgomery SM, Kampe O et al.* Risk of primary adrenal in-sufficiency in patients with celiac disease. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2007; 92: 3595 – 3598. DOI: 10.1210/jc.2007-0960
36. *Roche Herrero MC et al.* The prevalence of headache in a population of patients with coeliac disease. *Revista de neurologia* 2001; 32: 301 – 309
37. *Dimitrova AK et al.* Prevalence of migraine in patients with celiac disease and inflammatory bowel disease. *Headache* 2013; 53: 344 – 355. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2012.02260.x
38. *Ludvigsson JF, Zingone F, Tomson T et al.* Increased risk of epilepsy in biopsy-verified celiac disease: a population-based cohort study. *Neurology* 2012; 78: 1401 – 1407. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182544728
39. *Smith DF, Gerdes LU.* Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2012; 125: 189 – 193. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01795.x
40. *Hauser W, Janke KH, Klump B et al.* Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World journal of gastroenterology* 2010; 16: 2780 – 2787
41. *Sticherling M, Erfurt-Berge C.* Autoimmune blistering diseases of the skin. *Autoimmunity reviews* 2012; 11: 226 – 230. DOI: 10.1016/j.au-trev.2011.05.017
42. *Ludvigsson JF, Lindelof B, Zingone F et al.* Psoriasis in a nationwide cohort study of patients with celiac disease. *The Journal of investigative dermatology* 2011; 131: 2010 – 2016. DOI: 10.1038/jid.2011.162
43. *Ludvigsson JF et al.* Increasing incidence of celiac disease in a North American population. *The American journal of gastroenterology* 2013; 108: 818 – 824. DOI: 10.1038/ajg.2013.60
44. *George EK et al.* High frequency of celiac disease in Down syndrome. *The Journal of pediatrics* 1996; 128: 555 – 557
45. *Gale L, Wimalaratna H, Brotodiharjo A et al.* Down's syndrome is strongly associated with coeliac disease. *Gut* 1997; 40: 492 – 496
46. *Bonamico M et al.* Prevalence and clinical picture of celiac disease in Turner syndrome. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2002; 87: 5495 – 5498
47. *Ludvigsson JF, Hemminki K, Wahlstrom J et al.* Celiac disease confers a 1.6-fold increased risk of asthma: a nationwide population-based cohort study. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011; 127: 1071 – 1073. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.12.1076
48. *Rubio-Tapia A, Murray JA.* The liver in celiac disease. *Hepatology (Balti-more, Md.)* 2007; 46: 1650 – 1658. DOI: 10.1002/hep.21949
49. *Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC.* Meta-analysis: Coeliac disease and hypertransaminasaemia. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2001; 34: 33 – 40. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2011.04685.x

50. *Kaukinen K et al.* Celiac disease in patients with severe liver disease: gluten-free diet may reverse hepatic failure. *Gastroenterology* 2002; 122: 881 – 888
51. *Cataldo F, Marino V, Bottaro G et al.* Celiac disease and selective immunoglobulin A deficiency. *The Journal of pediatrics* 1997; 131: 306 – 308
52. *Heneghan MA, Stevens FM, Cryan EM et al.* Celiac sprue and immunodeficiency states: a 25-year review. *Journal of clinical gastroenterology* 1997; 25: 421 – 425
53. *Taubman B, Mamula P, Sherry DD.* Prevalence of asymptomatic celiac disease in children with fibromyalgia: a pilot study. *Pediatric rheumatology online journal* 2011; 9: 11. DOI: 10.1186/1546-0096-9-11
54. *Walters JR, Banks LM, Butcher GP et al.* Detection of low bone mineral density by dual energy x ray absorptiometry in unsuspected suboptimally treated coeliac disease. *Gut* 1995; 37: 220 – 224
55. *Thorn M et al.* Microscopic colitis in Uppsala health region, a population-based prospective study 2005-2009. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 825 – 830. DOI: 10.3109/00365521.2013.800993
56. *Ford AC et al.* Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2009; 169: 651 – 658. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.22
57. *Card TR, Siffledeen J, West J et al.* An excess of prior irritable bowel syndrome diagnoses or treatments in Celiac disease: evidence of diagnostic delay. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 801 – 807. DOI: 10.3109/00365521.2013.786130
58. *Catassi C et al.* Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 1413 – 1419
59. *Askling J et al.* Cancer incidence in a population-based cohort of individuals hospitalized with celiac disease or dermatitis herpetiformis. *Gastroenterology* 2002; 123: 1428 – 1435
60. *Smedby KE et al.* Malignant lymphomas in coeliac disease: evidence of increased risks for lymphoma types other than enteropathy-type T cell lymphoma. *Gut* 2005; 54: 54 – 59. DOI: 10.1136/gut.2003.032094
61. *Elfstrom P et al.* Risk of lymphoproliferative malignancy in relation to small intestinal histopathology among patients with celiac disease. *Journal of the National Cancer Institute* 2011; 103: 436 – 444. DOI: 10.1093/jnci/djq564
62. *Catassi C et al.* Detection of Celiac disease in primary care: a multicenter case-finding study in North America. *The American journal of gastroenterology* 2007; 102: 1454 – 1460. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01173.x
63. *Denham JM, Hill ID.* Celiac disease and autoimmunity: review and controversies. *Current allergy and asthma reports* 2013; 13: 347 – 353. DOI: 10.1007/s11882-013-0352-1
64. *Camarca ME et al.* Celiac disease in type 1 diabetes mellitus. *Italian journal of pediatrics* 2012; 38: 10. DOI: 10.1186/1824-7288-38-10
65. *Iqbal T, Zaidi MA, Wells GA et al.* Celiac disease arthropathy and auto-immunity study. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2013; 28: 99 – 105. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2012.07272.x
66. *Cooke WT, Smith WT.* Neurological disorders associated with adult coeliac disease. *Brain: a journal of neurology* 1966; 89: 683 – 722

67. *Cash BD et al.* The prevalence of celiac disease among patients with non-constipated irritable bowel syndrome is similar to controls. *Gastroenterology* 2011; 141: 1187 – 1193. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.06.084
68. *Mohseninejad L, Feenstra T, van der Horst HE et al.* Targeted screening for Coeliac Disease among irritable bowel syndrome patients: analysis of cost-effectiveness and value of information. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care* 2013; 14: 947 – 957. DOI: 10.1007/s10198-012-0441-4
69. *Green PH et al.* Risk of malignancy in patients with celiac disease. *The American journal of medicine* 2003; 115: 191 – 195
70. *Casella G et al.* Prevalence of celiac disease in inflammatory bowel diseases: An IG-IBD multicentre study. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2010; 42: 175 – 178. DOI: 10.1016/j.dld.2009.08.005
71. *Pereyra L et al.* Risk of colorectal neoplasia in patients with celiac disease: A multicenter study. *J Crohns Colitis* 2013; 7: e672 – e677
72. Zipser RD, Patel S, Yahya KZ et al. Presentations of adult celiac disease in a nationwide patient support group. *Digestive diseases and sciences* 2003; 48: 761 – 764
73. *Kabbani TA et al.* Patients with celiac disease have a lower prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Gastroenterology* 2013; 144: 912 – 917 e911 DOI: 10.1053/j.gastro.2013.01.033
74. *Sardy M, Karpati S, Merkl B et al.* Epidermal transglutaminase (TGase 3) is the autoantigen of dermatitis herpetiformis. *The Journal of experimental medicine* 2002; 195: 747 – 757
75. *Donaldson MR et al.* Epidermal transglutaminase deposits in perilesional and uninvolved skin in patients with dermatitis herpetiformis. *The Journal of investigative dermatology* 2007; 127: 1268 – 1271. DOI: 10.1038/sj.jid.5700682
76. Pinkhof (2016): *Pinkhof Geneeskundig Woordenboek – browsereditie 2016* (dataset pgwbe1608), redactie J.J.E. van Everdingen & A.M.M. van den Eerenbeemt. Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Zusätzliche Quelle hinzugefügt, da deutschspezifischer Kontext durch Informationen über die Inzidenz des IgA-Mangels in den Niederlanden ersetzt wurde.

## 4. Intralinguale fachexterne Übersetzung für Lesebeeinträchtigte

### 4.1 Übersetzungsauftrag

Es ist der Anspruch des niederländischen Zöliakievereins NCV, das körperliche und geistige Wohlbefinden von Zöliakiebetroffenen zu verbessern. Dabei sieht der Verein nun ein, dass er sich bei Lesebeeinträchtigten zusätzlich anstrengen muss, um dieses Ziel zu erreichen. Besonders von funktionalen Analphabeten ist nämlich bekannt, dass sie eine niedrige Gesundheitskompetenz haben. Das heißt: Sie haben Schwierigkeiten damit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, im Internet zu recherchieren, Broschüren, Websites, Formulare und Packungsbeilagen zu verstehen, Gespräche mit Versorgungsanbietern zu führen, Beschwerden adäquat und in chronologischer Reihenfolge zu beschreiben, Erklärungen und Ratschläge zu verstehen und in der Praxis umzusetzen, einen Behandlungsplan zu verstehen, Medikamente ordnungsgemäß zu sich zu nehmen, sich Ziele zu setzen und das eigene Leben zu organisieren (Oosterberg & Van Den Muijsenbergh 2017: 67). All das wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus: Funktionale Analphabeten sind häufiger krank und die Krankheiten haben relativ schwere Folgen (ebd.). Um sämtliche Lesebeeinträchtigten und besonders diejenigen mit der niedrigsten Lesekompetenz (A1 des GER) zu unterstützen, soll eine Zöliakiebroschüre in *Eenvoudige Taal* erstellt werden. Die soll nicht nur funktionalen Analphabeten, sondern auch geistig Behinderten mit kognitiven Einschränkungen dabei helfen, selbstständig Informationen über die Krankheit zu sammeln. Das ist im Sinne der von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Inklusion und Barrierefreiheit. Nachdem die niederländische Behörde bereits 2018 entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet hat, ist nun auch der niederländische Zöliakieverein fest entschlossen, mit gutem Beispiel voranzugehen.

### 4.2 Zieltextprofil & Ausgangstextanalyse

	ZT-Profil	AT-Analyse
	<b>A. Textexterne Faktoren</b>	
<b>Sender bzw. Produzent (wer?)</b>	Textsender: <i>Nederlandse Coeliakie Vereniging</i> (NCV) Textproduzent: Thom Lagendijk	Textsender: <i>Nederlands Huisartsen Genootschap</i> Textproduzent: Thom Lagendijk
<b>Intention (wozu?)</b>	Es ist die Intention des NCV, die breitgefächerte Gruppe von Menschen mit eingeschränkter Lesekompetenz (A1 des GER) in <i>Eenvoudige Taal</i> über die Zöliakie zu informieren. In dem Zusammenhang ist	Es ist die Intention der <i>Nederlands Huisartsen Genootschap</i> , niederländischen Ärzten im Rahmen eines Fortbildungsseminars aktuelle medizinwissenschaftliche Kenntnisse zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität zu vermitteln,

	es der Anspruch des NCV, das körperliche und geistige Wohlbefinden von Zöliakieerkrankten zu verbessern.	um sie somit in die Lage zu versetzen, die Unterdiagnostizierung o. g. Krankheiten zu verringern.
<b>Adressaten (wem?)</b>	Sämtliche Zöliakieerkrankten mit eingeschränkter Lesefähigkeit, deren Kompetenz im besten Fall dem A1-Niveau des GER entspricht. Man denke dabei u. a. an funktionale Analphabeten und geistig Behinderte, zusammengefasst unter dem Begriff ‚Lesebeeinträchtigte‘	Niederländische Hausärzte mit mangelhaften Fachkenntnissen zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizensensitivität und der Weizenallergie.
<b>Medium (über welches Medium?)</b>	Die Übersetzung soll als Online-Patientenbroschüre auf der Website des NCV veröffentlicht werden.	Der Zieltext soll in einer von der NHG zusammengestellten Textsammlung veröffentlicht werden, die den Fortbildungsteilnehmern in gedruckter Form zur Verfügung gestellt wird.
<b>Ort/Land (wo?)</b>	Produktion: Deutschland Rezeption: Niederlande	Produktion: Deutschland Rezeption: Niederlande
<b>Zeit (wann?)</b>	Produktion: Ende 2018 / Anfang 2019 Rezeption: Ab Anfang 2019	Produktion: Ende 2018 / Anfang 2019 Rezeption: Ab Anfang 2019
<b>Anlass (warum?)</b>	Funktionale Analphabeten stellen aufgrund ihrer eingeschränkten Gesundheitskompetenz eine überdurchschnittlich hilfsbedürftige Gruppe dar, die bislang nicht die Unterstützung bekommen hat, die sie braucht. Des Weiteren ist es dem NCV wichtig, Krankheitsinformationen für geistig Behinderte verständlich darzustellen, so wie es die UN-Behindertenrechtskonvention verlangt.	Fortbildungsseminar; Unterdiagnostizierung der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen in den Niederlanden, mangelnde Sachkenntnisse niederländischer Hausärzte zum klinischen Bild.
<b>Funktion (mit welcher Funktion?)</b>	Darstellungsfunktion, Appellfunktion.	Darstellungsfunktion, Appellfunktion
<b>B. Textinterne Faktoren</b>		
<b>Thematik (worüber?)</b>	Die Zöliakie	Klinisches Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität
<b>Inhalt (was?)</b>	Umschreibung der Zöliakie Ursache der Zöliakie Symptome der Zöliakie Behandlung der Zöliakie	Empfehlungen zur Nomenklatur, zu Begriffsabgrenzungen, veralteten und neuen Krankheitsdefinitionen, diagnostischen Vorgehensweisen, Beschreibung der Pathogenese und der Symptome der Zöliakie und anderer weizenabhängiger Erkrankungen inkl. möglicher Begleiterkrankungen, wissenschaftliche Kommentare zur adäquaten Begründung der Empfehlung.
<b>Präsuppositionen (was nicht?)</b>	Es sollten keine Kenntnisse vorausgesetzt werden.	Elementare Aspekte der Medizin und der Statistik sowie spezifische Aspekte der Diagnostik, Therapie und Pathologie.
<b>Aufbau (in welcher Reihenfolge?)</b>	Titelblatt Vorwort Inhaltsangabe Umschreibung der Zöliakie Ursache der Zöliakie Symptome der Zöliakie Behandlung der Zöliakie	Empfehlungen zu Formen und möglichen Symptomen der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität, jeweils begründet anhand von evidenzbasierten Kommentaren, visuell unterstützt durch relevante tabellarische Übersichten im Fließtext. Literaturverweise anhand von Nummern im Fließtext, ausführliche Bibliografie am Ende.
<b>Nonverbale Elemente (mit welchen nonverb. Elementen?)</b>	Grafiken gemäß Regelwerk für ET	Tabellen
<b>Lexik (mit welchen Worten?)</b>	Gemäß Regelwerk für <i>Eenvoudige Taal</i> , d. h. medizinische Fachbegriffe umschreiben, erklären oder durch standardsprachliche Äquivalente ersetzen. Möglichst kurze Wörter verwenden, auf der Schriftsprache basierende Abkürzungen vermeiden, keine Synonyme verwenden.	Überwiegend medizinische Fachterminologie, falls aus Sicht der Adressaten gewünscht ergänzt durch standardsprachliche Äquivalente bzw. Erklärungen.
<b>Syntax (mit welchen Sätzen?)</b>	Gemäß dem Regelwerk für <i>Eenvoudige Taal</i> , d. h. Nominalstil vermeiden, Passive vermeiden, eine Aussage pro Satz, keine Nebensätze, vorzugsweise die Verwendung von SVO- oder VSO-Sätzen, keine Negationen.	Überwiegend Nominalstil, Passivkonstruktionen
<b>Suprasegmentalia (in welchem Ton?)</b>	Der Ton soll Nähe zum Adressaten herstellen.	Der Ton ist sachlich und distanziert.
<b>C. Wirkung</b>		
<b>Wirkung (mit welcher Wirkung?)</b>	Intentionsgemäß	Intentionsgemäß

## 4.3 Identifizierung der übersetzungsrelevanten Probleme

### 4.3.1 Pragmatische Übersetzungsprobleme

Zwischen dem AT und ZT sind einige Unterschiede hinsichtlich des kommunikativen Kontexts zu beobachten. Aus diesen Unterschieden ergeben sich mehrere pragmatische Übersetzungsprobleme, wie im Folgenden darzustellen ist.

Erstens fällt auf, dass die Sender und Adressaten des AT und ZT verschieden sind. In einem solchen Fall ist grundsätzlich das mögliche pragmatische Problem der personalen Deixis zu beachten. Bei diesem Übersetzungsauftrag gibt es insofern ein Problem, dass der AT aus wissenschaftlichen Gründen möglichst objektiv formuliert wurde und keine direkte Verweise auf AT-Sender, AT-Produzenten und AT-Adressaten enthält, während die ZT-Adressaten unmittelbar angesprochen und in die Kommunikation mit einbezogen werden sollen. Das AT-Merkmal der Anonymisierung ist für eine Übersetzung in *Eenvoudige Taal* somit ungeeignet.

Ein weiterer relevanter Aspekt in Bezug auf die unterschiedlichen Sender ist, dass diese jeweils andere Ziele und Adressaten anvisieren: Der Sender des AT, die NHG, ist schließlich eine Berufsorganisation, die in erster Linie Ärzte repräsentiert und deren Lage verbessern will, während der Sender des ZT, der NCV, eine Patientenorganisation ist, deren Anspruch es ist, Menschen mit Zöliakie zu informieren und zu unterstützen. Bei diesem Übersetzungsauftrag sind die Intention und Adressatenschaft sogar hochspezifisch: Es sollen nämlich Betroffene mit eingeschränkter Lesefähigkeit über die Zöliakie informiert werden, und zwar in *Eenvoudige Taal*. Da die AT-Adressaten Hausärzte sind und dementsprechend in medizinischer Fachsprache informiert werden, ergibt sich hier beim Übersetzen einerseits das pragmatische Problem, dass der komplexe Satzbau den kognitiven Fähigkeiten der Zielgruppe angepasst werden muss. Andererseits besteht das Problem, dass die ZT-Adressaten nicht über das gleiche Vorwissen wie die AT-Adressaten verfügen, sodass Präsuppositionen des AT im ZT explizit gemacht werden müssen. Alternativ kann an manchen Stellen auch komplett auf bestimmte Fachinformationen verzichtet werden, da funktionale Analphabeten und geistig Behinderte aufgrund ihrer kurzen Gedächtnisspanne und ihres eingeschränkten Abstraktionsvermögens nicht mit allzu vielen Informationen und Erklärungen überfrachtet werden sollen (vgl. das Zitat von Schum auf Seite 9). Das für den AT typische Merkmal der Deutlichkeit als funktionale Eigenschaft von Fachsprachen, von Roelcke definiert als die Herstellung eines möglichst adäquaten Bezugs zu den fachlichen Gegenständen (s. 2.4.4), ist

für die Produktion des ZT also nicht ganz geeignet bzw. dem Kriterium der Verständlichkeit untergeordnet. Insgesamt stellt die adressatengerechte Übersetzung, die eine Umwandlung von Fachsprache in *Eenvoudige Taal* voraussetzt, eine große Herausforderung dar (siehe dazu auch 4.3.3).

Das unterschiedliche Medium des ZT bereitet kaum pragmatische Probleme, sondern bietet eher Vorteile. Die online zu erscheinende Patientenbroschüre hat im Vergleich zum AT nämlich, außer dass die dargestellten Fakten wissenschaftlich verifiziert sein müssen, keine vergleichbaren wissenschaftlichen Ansprüche in Sachen Stil und Begründung. Das bedeutet beispielsweise, dass auf eine Bibliografie verzichtet werden kann. Es gibt also nicht das pragmatische Problem, dass die bibliografischen Verweise des AT in bestimmter Weise übernommen oder adaptiert werden müssen, im Gegenteil, sie können komplett weggelassen werden, zumal die entsprechenden medizinwissenschaftlichen Artikel nicht in *Eenvoudige Taal* vorliegen und meist auf Englisch geschrieben wurden, sodass die Zielgruppe damit wenig bis nichts anfangen könnte. Ein problematischer Punkt ist, dass der ZT auf der Website des Senders öffentlich zugänglich sein wird, während der AT in gedruckter Form nur den Teilnehmern der Fortbildungsveranstaltung zur Verfügung gestellt wird. Die öffentliche Verfügbarkeit des ZT stellt insofern ein Problem dar, dass dieser nicht nur primäre Adressaten, sondern auch sekundäre Adressaten erreichen kann, die möglicherweise eine Abneigung gegen *Eenvoudige Taal* hegen und die Reduktionsvarietät als Sprachverlust empfinden, wie im theoretischen Rahmen von Bredel & Maaß angedeutet.

Zeit- und Ortsunterschiede gibt es nicht: AT und ZT werden beide im ungefähr gleichen Zeitrahmen produziert und rezipiert und darüber hinaus ist das Zielland gleich: Die Texte sollen beide in den Niederlanden Absatz finden. Daher sind in dieser Hinsicht keine pragmatischen Probleme zu erwarten.

Zu den unterschiedlichen Anlässen: Der ZT wird einerseits produziert, weil funktionale Analphabeten eine verhältnismäßig geringe gesundheitliche Kompetenz haben, was sich wiederum überdurchschnittlich schlecht auf deren Gesundheit und Wohlempfinden auswirkt. Eine weitere Anregung für die Erstellung einer Patientenbroschüre in *Eenvoudige Taal* bildet der Wunsch, die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen, nachdem die niederländische Behörde dazu 2018 erstmals einen Plan erlassen hat. Der AT wurde hingegen anlässlich einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung für Ärzte produziert. Diese unterschiedlichen

Hintergründe stellen ein pragmatisches Übersetzungsproblem dar, da sich der Anlass auch auf Faktoren wie Intention und Adressaten auswirkt.

AT und ZT haben die gleiche Funktion, weshalb in dieser Hinsicht vermutlich keine pragmatischen Übersetzungsprobleme auftreten werden. Der AT hat als klinische Leitlinie textsortenbedingt einerseits eine Darstellungsfunktion, d. h., es geht darum, die medizinischen Sachverhalte fachlich korrekt und möglichst umfassend darzustellen. Andererseits erfüllt er eine Appellfunktion: Hausärzte sollen dazu angeregt bzw. überredet werden, die Empfehlungen aus der klinischen Leitlinie zu übernehmen. Insofern ist der AT eine Art Argumentation, eine wissenschaftliche Verhandlung. Beim ZT, einer Patientenbroschüre in *Eenvoudige Taal*, fehlt eine solche Beweisführung und dementsprechend hat er hauptsächlich eine Referenzfunktion: Die Krankheit (Definition, Symptome usw.) soll lediglich dem aktuellen medizinischen Konsensus entsprechend dargestellt werden. Unter Umständen kann Patienten dazu geraten werden, einen Arzt zu besuchen, sodass der ZT durchaus eine Appellfunktion erfüllen kann. Diese erscheint jedoch nicht so wichtig wie die Darstellungsfunktion. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist des Weiteren, dass der Inhalt des Appells adressatengerecht sein muss. Aufgrund seines Tätigkeitsbereichs braucht ein Arzt andere Ratschläge als ein Patient. Im AT wird Ärzten beispielsweise empfohlen, Krankheiten auf gewisse Weise zu diagnostizieren. Für die Patienten sind solche Infos irrelevant, schließlich sind sie keine Ärzte. Dem Patienten kann im Einzelfall nur dazu geraten werden, bei bestimmten Symptomen bzw. Konstellationen zum Arzt zu gehen. Ein Patient braucht somit fast ausschließlich Fakten, während ein Arzt zum adäquaten Handeln weiterführender Informationen wie wissenschaftlich begründeter Erklärungen und Anweisungen bedarf. Letztendlich bedeutet das, dass die an Ärzte gerichteten Empfehlungen im AT nicht 1:1 übernommen werden können, sondern ggf. weggelassen und/oder durch neue adressatengerechte Ratschläge ersetzt werden sollen.

Alles in allem eignen sich die pragmatischen Merkmale des AT nur bedingt für die zielkommunikative Situation, wobei besonders das unterschiedliche Hintergrundwissen und die kognitive Unterlegenheit der ZT-Adressaten gegenüber den AT-Adressaten problematisch erscheinen.

#### 4.3.2 Konventionsbedingte Übersetzungsprobleme

Im Bereich der konventionsbedingten Übersetzungsprobleme treten Schwierigkeiten vor allem auf, weil ein Textsortenwechsel vorgenommen werden muss (siehe dazu auch 2.3.3).

AT und ZT gehören jeweils einer anderen Textsorte bzw. einem anderen Genre an: Der ZT ist eine Patientenbroschüre; der AT eine klinische Leitlinie, zwar keine offizielle, aber immerhin.

Das Problem besteht unter anderem darin, dass sich die Makrostruktur der klinischen Leitlinie (Empfehlung + Kommentar) nicht auf die Patientenbroschüre übertragen lässt, weil letztere basierend auf den Erwartungen und Bedürfnissen der primären Adressatenschaft ganz andere Anforderungen an den Inhalt stellt. Formelle Vorgaben für die Makrostruktur einer Patientenbroschüre gibt es zwar nicht, doch es steht fest, dass die einzelnen inhaltlichen Punkte adressatengerecht bzw. für die Zielgruppe relevant sein müssen. Die ausgangstextuellen wissenschaftlichen Kommentare mit z. T. komplexen Diskussionen, z. B. über die Ablehnung von bestimmten (historischen) Begriffen, sind für Ärzte interessant und gehören unbedingt in eine klinische Leitlinie, aber für Patienten zählt hier im Regelfall nur die aktuelle Standardbezeichnung bzw. der Begriff, worauf die Fachärzte sich im Konsens geeinigt haben. Das konkrete Problem besteht also darin, dass der ZT als Patientenbroschüre eine ganz andere Informationsstruktur erfordert, sodass der Übersetzer das Gesamtinformationsangebot des AT auf seine Relevanz prüfen muss.

Auch was den allgemeinen Stil anbelangt, sind Unterschiede zwischen einer Patientenbroschüre und einer klinischen Leitlinie zu beobachten. Eine Patientenbroschüre kennzeichnet sich vergleichsweise durch kurz und knapp dargestellte Fakten und einen lockeren Stil, der Nähe zum Adressaten herstellt, während einer klinische Leitlinie ein wissenschaftlicher, eher distanzierter Stil zugrunde liegt. Beim Übersetzen gilt es demnach, den Stil zu wechseln und den richtigen Ton zu treffen. Diese verschiedenen textsortenabhängigen Stilkonventionen bzw. Gepflogenheiten stellen ohne Zweifel ein Übersetzungsproblem dar.

Insgesamt sind die ausgangstextuellen Genrekonventionen in Bezug auf Makrostruktur und allgemeinen Stil nicht für die Produktion des ZT geeignet.

#### 4.3.3 Sprachvarietätenbezogene Übersetzungsprobleme

Im engeren Sinne kann bei diesem Übersetzungsauftrag nicht von sprachenpaarspezifischen Übersetzungsproblemen die Rede sein, da kein Sprachenpaar vorhanden ist: Die Ausgangssprache ist Niederländisch und die Zielsprache auch. Es handelt sich hier um eine intralinguale Übersetzung. Dennoch kann festgehalten werden, dass innerhalb des Niederländischen aus einer Sprachvarietät in eine andere übersetzt wird: Medizinische Fachsprache soll in *Eenvoudige Taal* umgewandelt werden. Insofern ist es besser, von

sprachvarietätenbezogene Übersetzungsprobleme zu sprechen. Da *Eenvoudige Taal* strengen Regeln unterliegt (siehe 2.4.5) und als Reduktionsvarietät viele der für medizinische Fachsprache typischen Konstruktionen und Worte nicht verwenden darf, sind beim Übersetzen auf lexikalischer und besonders auf syntaktischer Ebene einige Probleme zu bewältigen, da der Übersetzer hinsichtlich der ihm zur Verfügung stehenden Sprachelemente beträchtlich eingeschränkt wird und somit Umformulierungen vornehmen muss. Weitere Regeln für Typografie, Layout und Zeichenverwendung grenzen den Übersetzer zusätzlich ein. Insgesamt kann man den Schluss ziehen, dass auch die im AT vorhandenen sprachlichen Merkmale für die Produktion des ZT weitgehend ungeeignet sind.

#### 4.4 Determinierung der Übersetzungsstrategie

Bei diesem Übersetzungsauftrag kommt eine dokumentarische Übersetzung nicht infrage. Aus der Perspektive eines informationsbedürftigen und lesebeeinträchtigten Patienten ist eine fachinterne Kommunikationshandlung zwischen Ärzten schließlich nicht verständlich und inhaltlich kaum relevant, er kann damit in der Praxis wenig anfangen. Deshalb ist eine instrumentelle Übersetzung gefragt: Die Adressaten sollen direkt in die Kommunikation mit einbezogen werden und den Text eigenständig rezipieren können. Schließlich ist die Aufbereitung von Informationen zur selbständigen Rezeption durch Lesebeeinträchtigte die Kernfunktion von Texten in *Eenvoudige Taal* (s. 2.4.4). In diesem Sinne sind Pragmatik, Konventionen und Sprachnormen des AT nicht zu reproduzieren, sondern weitgehend zu adaptieren.

##### 4.4.1 Adaption der Pragmatik

Was erstens das Problem der fehlenden ausgangstextuellen personalen Deixis betrifft, müssen im Zieltext Personalpronomen bereitgestellt werden, um die ZT-Adressaten gemäß dem Leitprinzip der Proximität (s. 2.4.5) in die Kommunikation mit einzubeziehen und so die gewünschte Nähe zu erzeugen. In dem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die primäre Zielgruppe gesiezt oder geduzt werden soll. Maaß (2015: 84) empfiehlt bei Leichter Sprache eine altersgerechte Ansprache, was bedeutet, dass erwachsene Adressaten als solche angesprochen werden sollen. Aus dem Umstand, dass in Deutschland im Regelfall nur Kinder geduzt werden, ergibt sich, dass (fremde) Erwachsene zu siezen sind, was nicht zuletzt auch deswegen sinnvoll ist, weil diese eine kindliche Ansprache als Zumutung empfinden können (vgl. ebd. 48 & 84).

Im Vergleich zu Deutschland geht die Tendenz in den Niederlanden schon länger in Richtung Duzen, auch bei Erwachsenen. Bedenkt man zudem, dass das Siezen Abstand herstellt, während das Duzen ein Gefühl der Nähe erzeugt, was im Sinne des Prinzips der Proximität ist, so ist es auf den ersten Blick naheliegend, die ZT-Adressaten zu duzen. Aber da *Eenvoudige Taal* durch seine einfachen Strukturen besonders von sekundären Adressaten leicht als Sprache für die Kommunikation mit jungen Kindern missverstanden werden kann, was dem Inklusionsgefühl von Menschen mit einer geringen Lesekompetenz letztlich nicht zuträglich ist, erscheint es wichtig, die mögliche Fehlinterpretation von *Eenvoudige Taal* als Kindersprache von vornerein auszuschließen, indem eine Ansprache mit ‚u‘ gewählt wird. Das signalisiert eindeutig: Dieser Text ist für Erwachsene gedacht. Eventuell fühlt sich die beabsichtigte Adressatenschaft dadurch auch mehr ernst genommen. Ein weiterer möglicher Nebeneffekt der Kombination von Siezen und Leichter Sprache könnte sein, dass sekundäre Adressaten zum Nachdenken angeregt werden, gegebenenfalls einen größeren Wert auf das Konzept der barrierefreien Kommunikation legen und dafür insgesamt mehr Verständnis zeigen.

Bei der Entscheidung für eine Anredeform sind jedoch nicht nur die Bedürfnisse der Adressaten, sondern auch die Wünsche des Auftraggebers zu beachten. Ein Blick auf die Website des ZT-Senders ([www.glutenvrij.nl](http://www.glutenvrij.nl)) zeigt, dass die Besucher manchmal gesiezt und manchmal geduzt werden. Das hilft also nicht weiter. Bei einem realen Übersetzungsauftrag hätte man hier unbedingt den Kunden um spezifische Anweisungen bitten sollen, aber hier ist die Wahl mir überlassen und ich entscheide mich wie oben begründet für eine Ansprache mit ‚u‘. Möglicherweise hilft eine solche Ansprache dabei, den niedrigen sozialen Status der häufig stigmatisierten primären Adressatenschaft anzuheben.

Abgesehen von diesen soziologischen Faktoren erfordert eine adressatengerechte Übersetzung ferner eine Berücksichtigung der teilweise stark eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der ZT-Adressaten. Man denke etwa an psychologische Gesichtspunkte wie einen Intelligenzquotienten von unter 70, ein beeinträchtigtes Abstraktionsvermögen sowie eine kurze Gedächtnisspanne und einen niedrigen Arbeitsspeicher des Gehirns. Zum Teil liegen auch mehr oder weniger stark ausgeprägte Seh- oder Hörbehinderungen vor. Um den primären Adressaten von Texten in *Eenvoudige Taal* die Verarbeitung des ZT zu erleichtern, ist es erstens notwendig, dessen Perzipierbarkeit zu erhöhen, indem z. B. eine serifenlose Schrift mit mindestens Punkt 14 gewählt wird (Regel 21 bzw. 22), lange Komposita durch einen

Mediopunkt getrennt werden (Regel 1), jeder Satz auf einer neuen Zeile erscheint (Regel 19) und nur Fettdruck zur Hervorhebung eingesetzt wird, besonders bei Negationen (Regel 20 & 12).

Zum besseren Verständnis ist darüber hinaus das Prinzip der Kontinuität einzuhalten, wonach Wiederholung und Einheitlichkeit großgeschrieben werden. Konkret heißt das unter anderem: Synonyme vermeiden, vorzugsweise den gleichen Satzbau (SVO/VSO), das gleiche Tempus (Präsens) und möglichst kurze Wörter verwenden sowie den Nominalstil, Passivkonstruktionen, Nebensätze und Negationen grundsätzlich vermeiden (der Reihe nach Regel 16, 10, 11, 3, 6, 7, 9, 12). Beim Übersetzen bedeutet das: Wortvariationen vereinheitlichen, komplexe Komposita aufteilen oder durch weniger lange Begriffe ersetzen, Passive in Aktive, Nebensätze in einfache Hauptsätze und Nominalstil in Verbalstil umwandeln.

Des Weiteren muss das unzureichende Welt- und Fachwissen der ZT-Adressaten kompensiert werden, indem gemäß dem Prinzip der maximalen Explizitheit sowohl auf makrotextueller als auch auf mikrotextueller Ebene Elemente hinzugefügt werden, die im Ausgangstext nicht vorhanden sind. Makrotextuell sind große und klare Überschriften zu verwenden, Schlagwörter an den Seitenrand zu platzieren und Bilder mit einem klaren Bild-Textbezug einzusetzen (Regel 17 bzw. 23). Auf Mikrotextebene gilt es, Fachbegriffe oder Fremdwörter zu ersetzen bzw. diese auf einer eingerückten neuen Zeile explizit zu erklären (Regel 4 & 20).

Nicht zuletzt muss im Rahmen einer adressatengerechten Übersetzung noch beschlossen werden, welche der AT-Informationen relevant und welche verzichtbar sind. Dass aufgrund der Anforderungen an das Layout (eine Aussage pro Satz, jeder Satz auf einer neuen Zeile, relativ große Schriftgröße usw.), der vielen notwendigen zusätzlichen Erklärungen und der mehr oder weniger stark eingeschränkten Aufnahmefähigkeit der ZT-Adressaten Informationen entfallen müssen, steht fest, doch es stellt sich die Frage, was als überflüssig betrachtet werden kann. Nach Regel 14 des Regelwerks für *Eenvoudige Taal* ist der Translatskopos hier wegweisend.

Nach dem Translatskopos sollen Menschen mit eingeschränkter Lesekompetenz in *Eenvoudige Taal* über die (Ursache der) Zöliakie und die entsprechenden Krankheitsmerkmale und Therapien informiert werden. Das heißt, dass die AT-Thematik sich teilweise von der ZT-Thematik unterscheidet: Während der AT auch die Weizenallergie und die Weizensensitivität

thematisiert, soll der ZT nur von der Zöliakie handeln (vgl. 4.2 ‚worüber?’). Die Thematik kann in diesem Fall als ein senderabhängiger Faktor bezeichnet werden: Es ist logisch, dass eine Patientenbroschüre des niederländischen Zöliakievereins nur der Zöliakie gewidmet wird. Bei einer Patientenbroschüre ist der Inhalt hingegen eher ein textsorten- und rezipientenabhängiger Faktor: Zöliakiebetroffene haben gewisse Erwartungen an den Inhalt einer Patientenbroschüre. Darüber hinaus weisen die ZT-Adressaten teilweise kognitive Einschränkungen auf, sodass insgesamt sehr viele der im AT vorhandenen Informationen wegfallen müssen (vgl. 4.2 ‚was?’).

Erstens zu den evidenzbasierten Empfehlungen. Diese dienen dazu, Ärzte zu überzeugen bzw. das Verhalten von Ärzten aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu beeinflussen. Der Umstand, dass die ZT-Adressaten keine ärztliche Handlungen durchführen, macht diese Empfehlungen verzichtbar – sie sind nicht Übersetzungsrelevant.

Auch die darauffolgenden Kommentare, die eine Zusammenfassung der Evidenz darstellen, sind im Grunde genommen nur für Ärzte von Interesse. Dementsprechend ergibt eine Übersetzung der Nomenklatur in *Eenvoudige Taal* beispielsweise keinen Sinn. Hintergrund ist, dass es sich dabei lediglich um Begriffsempfehlungen handelt, die sich in der Praxis erstmal bewähren müssen und zum aktuellen Zeitpunkt vermutlich nicht von allen Ärzten gleichermaßen angenommen worden sind. Manche niederländischen Ärzte verwenden zum Beispiel womöglich immer noch die Bezeichnung ‚silente coeliakie‘, obwohl der Begriff ‚subklinische coeliakie‘ bevorzugt wird. In der Übersetzung nach Auflistung der entsprechenden Symptome zu schreiben: ‚Uw arts noemt dit subklinische coeliakie‘, wäre somit keine vernünftige Entscheidung. Stattdessen erscheint es sinnvoller, sämtliche Differenzierungen der Zöliakie außer Betracht zu lassen, zumal ein Übermaß an Fachterminologie die ZT-Adressaten überwältigen und verunsichern könnte. Der Adressatenschaft zu viele unterschiedliche Definitionen der Zöliakie zuzumuten, wäre außerdem nicht im Sinne des Prinzips der Kontinuität. Aus diesem Grund ist die Umschreibung der Zöliakie möglichst allgemein zu halten. Da eine allgemeingültige Definition im AT fehlt, wird zu diesem Zweck die Definition aus Pinkhof (2016) herangezogen.

Die verschiedenen Formen der Zöliakie kennzeichnen sich durch entsprechend viele, teilweise überlappende Symptome. Die Tatsache, dass betroffene Patienten die Symptome in der Form von Beschwerden an ihrem eigenen Körper verspüren können, macht die

Krankheitserscheinungen für die Zielgruppe hochrelevant. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen mancher primären Adressaten empfiehlt es sich wie bei Krankheitsbezeichnungen jedoch, eine möglichst enge Auswahl als Grundlage für die Übersetzung zu treffen. Hier bietet es sich an, die Symptome aus Tabelle 5 des AT als Basis zu nehmen, da es sich dabei um die charakteristischsten Anzeichen für die Zöliakie handelt. Im Hinblick auf die von Roelcke definierten funktionalen Eigenschaften von Fachsprachen gilt für den ZT insgesamt, dass das für den AT typische Merkmal der Deutlichkeit bzw. der Vollständigkeit dem Kriterium der Verständlichkeit untergeordnet ist.

Abgesehen von den vielen Krankheitsbezeichnungen und -merkmalen sind Details zur Pathogenese ebenfalls nur begrenzt brauchbar für eine Übersetzung in *Eenvoudige Taal*, da es zu weit führen würde, die Wirkung des menschlichen Immunsystems adäquat erklären zu müssen. Eine Aufklärung der ZT-Rezipienten auf der Grundlage einer Erläuterung dieser komplexen körperlichen Prozesse würde dermaßen viele Hinzufügungen erfordern, dass die sich daraus ergebende Steigerung der Textquantität eine Überstrapazierung der mentalen Aufnahmekapazität der primären Adressaten wahrscheinlich macht (vgl. Schum 2017: 355). Der Vorteil der Vollständigkeit wiegt den möglichen Nachteil der verringerten Verarbeitbarkeit somit nicht auf.

Die Informationen zu Begleiterkrankungen der Zöliakie (s. Tabelle 6 des AT) und die entsprechenden Angaben zur Prävalenz dienen vorrangig dem Zweck, Ärzten die Verdachtsdiagnosestellung zu erleichtern. Doch auch für die ZT-Adressaten können die Inhalte dieser Liste (in gekürzter Form) interessant sein. Bei Menschen, die eine der dort genannten Erkrankungen haben und vermuten, dass sie auch Zöliakie haben könnten, kann der Hinweis, dass die Zöliakie häufig gleichzeitig mit anderen Krankheiten in Erscheinung tritt, nämlich zum Arztbesuch anregen. Außerdem ist besonders von funktionalen Analphabeten bekannt, dass sie häufiger krank sind, was das Thema der Begleiterkrankungen für sie umso relevanter macht. Da die Adressatenschaft sich unter anderem aus geistig Behinderten zusammensetzt, bietet es sich hier an, die genetischen Syndrome (Down-Syndrom; Turner-Syndrom) zu nennen.

Bei einer Übersetzung in *Eenvoudige Taal* sind schließlich nicht nur die Bedürfnisse und Erwartungen der primären, sondern auch die der sekundären Adressaten zu berücksichtigen. Und weil nicht benachteiligte Rezipienten die Reduktionsvarietät als Provokation empfinden können, soll der intralingualen Übersetzung in *Eenvoudige Taal* gemäß dem Vorschlag von

Bredel & Maaß (2016a: 174) ein kurzer Hinweis vorangehen, in dem auf die gesellschaftliche Funktion und die eigentliche Zielgruppe der Broschüre hingewiesen wird.

#### 4.4.2 Adaption der Konventionen

Für die Produktion eines skoposgerechten Translats ist nicht nur eine Adaption der AT-Pragmatik, sondern auch eine Adaption der AT-Konventionen notwendig.

Zuerst zum allgemeinen Stil: Der distanzierte Ton der ins Niederländische übersetzten klinischen Leitlinie ist ungeeignet für eine Patientenbroschüre in *Eenvoudige Taal* und muss dementsprechend angepasst werden. Zur Umwandlung des distanzierten Tons in einen leserfreundlicheren Ton, der Nähe zum Adressaten herstellt, gibt es mehrere Lösungsstrategien, die bereits in 4.4.1 besprochen wurden: Eine direkte Ansprache sowie die Verwendung von Aktivsätzen.

Auch die Makrostruktur des AT ist für die Produktion des ZT nicht geeignet und muss durch eine neue Informationsstruktur und ein entsprechendes Layout ersetzt werden. Gemäß Regel 13 des Regelwerks für *Eenvoudige Taal* werde ich nun eine grobe Strukturierung der Patientenbroschüre für Lesebeeinträchtigte vornehmen.

	<b>Inhalt (der Reihenfolge nach)</b>
1	<u>Titelblatt:</u> → Name der Broschüre → Name der Reduktionsvarietät <i>Eenvoudige Taal</i>
2	<u>Vorwort:</u> Hinweis zum Zielpublikum (besonders für sekundäre Adressaten gedacht) Kern der Nachricht: Diese Broschüre ist in <i>Eenvoudige Taal</i> geschrieben worden. <i>Eenvoudige Taal</i> ist eine von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte Sprachvarietät für Lesebeeinträchtigte (primäre Adressaten explizit nennen) und dient der Inklusion sowie der barrierefreien Kommunikation.
3	<u>Inhaltsangabe</u> <i>Über die Zöliakie</i> (1) Umschreibung, (2) Ursache, (3) Beschwerden, (4) Begleiterkrankungen, (5) Therapie
4	<u>Umschreibung der Zöliakie</u> Textgrundlage: Definition nach Pinkhof (Aspekt der Entzündungskrankheit des Darms) <i>Zusätzliche Erklärungen / sonstige Hinzufügungen:</i>

	→ Was sind Darmzotten? Wie sehen (un)gesunde Darmzotten aus?
5	<u>Ursache der Zöliakie</u> Textgrundlage: Definition nach Pinkhof (Aspekt der Glutenintoleranz) <i>Zusätzliche Erklärungen / sonstige Hinzufügungen:</i> → Was ist Gluten? Worin ist es enthalten?
6	<u>Beschwerden der Zöliakie</u> Textgrundlage: Tabelle 5 des AT <i>Zusätzliche Erklärungen / sonstige Hinzufügungen:</i> → Medizinische Fachbegriffe erklären → Beschwerden anhand von Beispielen und Konkretisierungen veranschaulichen bzw. (be)greifbar machen.
7	<u>Begleiterkrankungen der Zöliakie</u> Textgrundlage: Tabelle 6 des AT → Turner-Syndrom → Down-Syndrom
8	<u>Behandlung der Zöliakie</u> Textgrundlage: Definition nach Pinkhof (chronischer und erblicher Aspekt der Zöliakie) → Genesung ist damit ausgeschlossen → Beschwerden verschwinden durch GFD

#### 4.4.3 Adaption der Sprachnormen

Die für den AT gültigen Sprachnormen müssen adaptiert werden, da für die Produktion des ZT die Normen aus dem Regelwerk für *Eenvoudige Taal* eingehalten werden müssen. Da dieses Regelwerk in 2.4.6 ausführlich beschrieben wurde und die meisten Regeln zudem in 4.4.1 zur Sprache kamen, weil sie auch aus pragmatischer Sicht relevant sind, erübrigt es sich an dieser Stelle, sie zu wiederholen.

[pagina 1]

# Coeliakie<sup>53</sup>

## Informatie·brochure in Eenvoudige Taal<sup>54</sup>

[Logo Nederlandse Coeliakie Vereniging]<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Ik heb er bewust voor gekozen om het woord ‘coeliakie’ niet op te splitsen aan de hand van hoge punten (bijv. zo: coe·lia·kie). Dit omdat de afzonderlijke lettergrepen voor de doelgroep geen zelfstandige betekenis hebben. ‘Informatiebrochure’ is daarentegen wel opgesplitst om de zichtbaarheid en de leesbaarheid van deze lange samenstelling te verbeteren. De beide losse woorden ‘informatie’ en ‘brochure’ hebben een afzonderlijke betekenis en vullen elkaar door de hoge punt goed aan.

<sup>54</sup> Ik heb gaandeweg het vertalen gemerkt dat het niet altijd even realistisch is om belangrijke trefwoorden aan de zijkant van de pagina te plaatsen (zie regel 17 in 2.4.6). Dit heeft ermeê te maken dat zinnen qua lengte soms de complete regel beslaan, waardoor er simpelweg geen ruimte is om naast de zin nog een specifiek woord te accentueren, tenzij de tekengrootte sterk wordt verkleind, wat dan echter niet meer met regel 22 valt te rijmen (minimale tekengrootte van ten minste 14 punten). Omdat de tekengrootte van 14 punten (regel 22) met het oog op de visuele beperkingen van sommige lezers wat mij betreft belangrijker is dan het plaatsen van trefwoorden aan de zijkant van de pagina (regel 17), heb ik ervoor gekozen om belangrijke trefwoorden op een andere manier te beklemtonen, namelijk door deze vet te markeren. Regel 20 (zie 2.4.6) is zodoende nog belangrijker geworden.

<sup>55</sup> Ik gebruik in de hele brochure het schreefloze lettertype Calibri (conform Regel 21). Tussenkopjes hebben in de regel een tekengrootte van 20 punten, als het gaat om lopende tekst hanteer ik een tekengrootte van 14 punten (conform regel 22).

[pagina 2]

## Voorwoord

Deze **informatie-brochure** over **coeliakie** richt zich speciaal tot **laag-geletterden**.

**Laag-geletterden** zijn mensen met een **taal-achterstand**.<sup>56</sup>

Dat betekent:

**Laag-geletterden** beheersen het Nederlands **niet**<sup>57</sup> volledig.<sup>58</sup>

**Laag-geletterden** kunnen meestal een beetje Nederlands.<sup>59</sup>

**Laag-geletterden** hebben soms een **handicap**.

Bijvoorbeeld:<sup>60</sup>

- Sommige **laag-geletterden** hebben leer-problemen.<sup>61</sup>
- Sommige **laag-geletterden** onthouden informatie beperkt.<sup>62</sup>
- Sommige **laag-geletterden** hebben moeite met praten.<sup>63</sup>
- Sommige **laag-geletterden** zijn bijna blind.<sup>64</sup>
- Sommige **laag-geletterden** zijn ook slechthorend.<sup>65</sup>

Alle **laag-geletterden** vinden lezen moeilijk.

En alle **laag-geletterden** hebben het recht op begrijpelijke informatie.

Het **Verdrag Handicap** van de **Verenigde Naties** zegt hierover:<sup>66</sup>

Nederland moet mensen met een **handicap** begrijpelijke informatie bieden.

Daarom bevat deze brochure over **coeliakie** informatie in **Eenvoudige Taal**.<sup>67</sup>

**Eenvoudige Taal** helpt **laag-geletterden** bij het lezen van teksten.

**Laag-geletterden** kunnen zo zelfstandig deelnemen aan de maatschappij.

---

<sup>56</sup> Versimpelde uitleg van 'laaggeletterden' (definitie)

<sup>57</sup> Negatie vet gemarkeerd conform regel 12 (zie 2.4.6).

<sup>58</sup> Uitleg over wat 'taalachterstand' betekent, in het kader van het principe van maximale explicietheid.

<sup>59</sup> Omdat laaggeletterden moeite kunnen hebben met het verwerken van negaties, heb ik nog een extra uitleg zonder negatie gegeven.

<sup>60</sup> Bij alle vormen van specifieke uitleg springt de betreffende regel in. Bij voorbeelden gebruik ik daarnaast ook nog opsommingstekens. Zo kan de lezer voorbeelden altijd gemakkelijk en snel herkennen.

<sup>61</sup> Ik spreek hier bewust niet direct van 'verstandelijke handicap', omdat de primaire doelgroep het zelf liever over 'leerproblemen' heeft (Helmle 2017: 42), ook al is dit begrip verhullend en niet accuraat.

<sup>62</sup> Hiermee zinspeel ik op het abstractere vakbegrip dementie.

<sup>63</sup> Hiermee zinspeel ik op het abstractere vakbegrip afasie.

<sup>64</sup> Dit is een concretisering van de abstractere en dus minder geschikte oplossing 'visuele handicap'.

<sup>65</sup> Dit is een concretisering van de abstractere en dus minder geschikte oplossing 'auditieve handicap'.

<sup>66</sup> Versimpelde weergave van 'VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap'.

<sup>67</sup> Oorspronkelijke idee: 'Daarom is deze brochure geschreven in Eenvoudige Taal'. Dit is echter een verboden passieve constructie. Ik moet me dus bewust zijn van mijn neiging om passieve constructies te gebruiken.

[pagina 3]

## Inhoud

Onderwerp	Pagina-nummer
Omschrijving van coeliakie	4
Buik-klachten bij coeliakie	5
Andere lichamelijke klachten bij coeliakie	9
Coeliakie in combinatie met bepaalde syndromen	18
Behandeling van coeliakie	19

[pagina 4]

## Omschrijving van coeliakie

**Coeliakie** is een **ontstekings-ziekte** van de **dunne darm**.<sup>68</sup>

Zegt uw arts tegen u:

U heeft **coeliakie**.

Dan is uw **dunne darm ontstoken**.

De **darm-ontsteking** beschadigt het **slijm-vlies** in uw **dunne darm**.

Uw **darm-slijm-vlies** bestaat uit heel veel **uitsteeksels**.

Uw arts noemt deze **uitsteeksels**:

**darm-vlokken**.<sup>69</sup>

**Gezonde darm-vlokken** zijn **lang**:

En **gezonde darm-vlokken** nemen **voedsel** op.

**Gezonde darm-vlokken** zien er zo uit:

[plaatje van lange darmvlokken]<sup>70</sup>

Heeft u coeliakie?

Dan worden uw **darm-vlokken klein**.

En uw **darm-vlokken** nemen **minder voedsel** op.

**Zieke darm-vlokken** zien er zo uit:

[plaatje van kleine verschrompelde darmvlokken bij coeliakie]

Uw arts zegt dan:

U heeft een **vlok-atrofie**.

---

<sup>68</sup> De coeliakiedefinitie van Pinkhof (2016) luidt: 'genetisch bepaalde chronische ontstekingsziekte van de dunne darm a.g.v. een permanente overgevoeligheid voor gluten'. De uitleg van deze definitie wordt over verschillende pagina's verspreid om de doelgroep niet in een keer te zwaar te belasten. Op deze pagina komt uitsluitend het ontstekingsaspect van coeliakie aan bod.

<sup>69</sup> Ik heb er bewust voor gekozen om vakbegrippen, zoals een arts deze gebruikt, in de brochure op te nemen (uiteraard indien mogelijk voorafgegaan door een equivalent in standaardtaal, zie regel 4 in 2.4.6). De reden hiervan is dat laaggeletterden op bezoek bij hun arts mogelijk met deze vakbegrippen worden geconfronteerd en uit schaamte voor hun taalachterstand geen navraag durven te doen. Door vakbegrippen in deze brochure uit te leggen, is het artsbezoek hopelijk in mindere mate een abracadabrabijeenkomst.

<sup>70</sup> Een darmontsteking is iets abstracts, omdat die zich in het lichaam afspeelt en niet voor het blote oog zichtbaar is. Daarom dienen plaatjes met een duidelijke tekst-beeldrelatie te worden toegevoegd. Ik kies er structureel voor om zelf geen plaatjes via Google te zoeken en hier in te voegen. Het lijkt mij met het oog op de doelgroep en het principe van continuïteit zinvol om door de gehele brochure afbeeldingen in dezelfde stijl te gebruiken. Om dat professioneel voor elkaar te krijgen, moet die taak mijns inziens niet aan de vertaler worden overgelaten, maar aan experts op grafisch gebied worden uitbesteed. Wel geef ik telkens aan, waar ik een plaatje zinvol vind.

[pagina 5]

## De oorzaak van coeliakie

De oorzaak van coeliakie is een overgevoeligheid<sup>71</sup> voor gluten.<sup>72</sup>

**Gluten** is de naam voor een eiwit.<sup>73</sup>

**Eiwitten** hebben veel belangrijke functies in uw lichaam.

Uw lichaam haalt eiwitten uit voeding.<sup>74</sup>

Het **gluten·eiwit** komt voor in bijna alle graan-soorten.

Bijvoorbeeld:

- Het **gluten·eiwit** zit in tarwe.
- Het **gluten·eiwit** zit in spelt.
- Het **gluten·eiwit** zit in gerst.
- En het **gluten·eiwit** zit ook in rogge.

Heeft u coeliakie?

En eet u tarwe-producten?

Of eet u andere graan-producten met het **gluten·eiwit**?

Bijvoorbeeld:

- U eet normaal brood van de bakker.<sup>75</sup>

Dan reageert uw **dunne darm** overdreven sterk op het **gluten·eiwit**.<sup>76</sup>

Daarom krijgt uw **dunne darm** een ontsteking.<sup>77</sup>

En uw **darm·vlokken** worden klein.

Daarom nemen uw **darm·vlokken** minder voedsel op.

---

<sup>71</sup> Ik heb 'overgevoeligheid' hier bewust niet opgesplitst in 'over-gevoeligheid' omdat 'over' mogelijk wordt geïnterpreteerd als voorzetsel voor 'gevoeligheid'. Ik heb bewust niet gekozen voor 'intolerantie', omdat dit woord meestal niet in de eerste plaats wordt geassocieerd met ziekten, maar met onverdraagzaamheid tegenover andersdenkenden, bijvoorbeeld op politiek en godsdienstig gebied.

<sup>72</sup> In deze zin komt de oorzaak van coeliakie bod (zie Pinkhofdefinitie in voetnoot 68).

<sup>73</sup> Er kan niet worden verwacht dat de doelgroep precies weet wat 'gluten' is. Daarom moet het worden uitgelegd, aan de hand van meer achtergrondinformatie en concrete voorbeelden.

<sup>74</sup> Deze en de voorgaande zin expliciteren presupposities. Doel is de compensatie van de beperkte voorkennis van de doelgroep.

<sup>75</sup> Concreet voorbeeld dat aansluit bij de belevingswereld van de doelgroep.

<sup>76</sup> Is nog eens een omschrijving van 'overgevoeligheid'. Doel van deze herhaling is verduidelijking en het creëren van samenhang.

<sup>77</sup> In de laatste paar zinnen vindt een terugkoppeling plaats naar de omschrijving van coeliakie op de vorige pagina. Zoals uit het theoretisch kader (zie 2.4.5) is gebleken, zijn continuïteit en herhaling belangrijk voor de doelgroep van *Eenvoudige Taal*.

[pagina 6]

## Buik-klachten bij coeliakie

Mensen met coeliakie hebben **verschillende klachten**.

Mensen met coeliakie krijgen **soms buik-klachten**.

Uw arts noemt **buik-klachten**:

**intestinale symptomen.**

Bijvoorbeeld:

- Sommige mensen met **coeliakie** zijn vaak **misselijk**.<sup>78</sup>

Heeft u vaak last van **misselijkheid**?<sup>79</sup>

Dan heeft u regelmatig de **neiging tot braken**.<sup>80</sup>

Dat betekent:<sup>81</sup>

U eet iets.

En u wilt uw **eten** meestal snel weer **uit-spugen**.

Of u drinkt iets.

En u wilt uw **drinken** meestal snel weer **uit-spugen**.

Bent u vaak **misselijk**?

En moet u vaak **spugen**?<sup>82</sup>

Dan heeft u misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van volwassene die moet overgeven]

---

<sup>78</sup> Steeds terugkerend structurelement conform het principe van continuïteit. In de eerste zin verwoord ik de klacht onpersoonlijk, als een soort algemene wetmatigheid: 'Sommige mensen met coeliakie hebben symptoom X'.

<sup>79</sup> In de zin die volgt, betrek ik de lezer in het verhaal door deze direct op de mogelijke klacht aan te spreken: 'Heeft u last van misselijkheid?' Deze steeds terugkerende soort zin heeft een fatische functie (contact leggen is in de zin van het principe van proximateit).

<sup>80</sup> Hierna wordt in het kader van het principe van maximale explicieteit nog eens uitgelegd, wat precies onder misselijkheid wordt verstaan (definitie van de klacht).

<sup>81</sup> Ook dit is een steeds terugkerend structurelement: ik concretiseer de klacht en vertaal deze als het ware naar de individuele ervaring van de lezer, door voorbeelden te geven van de omstandigheden waaronder de klacht zich kan manifesteren. Zoals in het theoretisch kader besproken, kunnen sommige functionele analfabeten en personen met een beperking geen zaken begrijpen die zich buiten hun directe belevingswereld afspelen. Daarom is een abstracte, onpersoonlijke weergave van informatie uit den boze – de oplossing is concretisering.

<sup>82</sup> Normaliter heb je de neiging om qua woordgebruik te variëren en dus bijvoorbeeld in plaats van 'spugen' hier het werkwoord 'overgeven' te gebruiken. Vanwege het principe van continuïteit doe ik dat hier echter niet. De doelgroep van Eenvoudige Taal heeft baat bij de terugkeer van dezelfde woorden (zie regel 15 in 2.4.6).

[pagina 7]

## Buik-klachten bij coeliakie<sup>83</sup>

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen een **opgezwollen buik**.

Is uw **buik** erg **dik**?<sup>84</sup>

En is uw **buik** ook erg **hard**?<sup>85</sup>

Dan heeft u een **opgezwollen buik**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van volwassene met een opgezwollen buik]

- Sommige mensen met **coeliakie** hebben last van een **pijnlijke verstopping**.<sup>86</sup>

Uw arts noemt deze **pijnlijke verstopping**:

**constipatie**.

Zit u op de wc?

En kunt u **moeilijk poepen**?

En doet het **poepen pijn**?

En is uw **poep dik**?

En is uw **poep**<sup>87</sup> ook **hard**?

Dan heeft u last van **constipatie**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van volwassene op de wc met pijnlijk gelaat]

---

<sup>83</sup> Herhaling van tussenkop om de lezer duidelijk te maken dat het onderwerp nog steeds hetzelfde is: buikklachten bij coeliakie.

<sup>84</sup> In dit geval is er geen aparte vakterm voor 'opgezwollen buik', daarom begin ik hier direct met de inkadering van de klacht in de belevingswereld van de lezer.

<sup>85</sup> Ik kan vanwege regel 8 (zie 2.4.6) geen nevenschikking in een enkelvoudige hoofdzin tolereren (bijv. Is uw buik erg dik en hard?). Als oplossing voor dit probleem kies ik in de gehele brochure consequent niet voor ellipsen (Is uw buik erg dik? En hard?), maar voor het herhaling van zinsdelen (Is uw buik erg dik? En is uw buik ook erg hard?). Herhaling is gewenst met het oog op het principe van continuïteit en bij ellipsen bestaat structureel het gevaar dat mensen met een beperkt werkgeheugen zich niet aan het geïmpliceerde herinneren.

<sup>86</sup> Omdat verstopping met een opgezwollen buik gepaard kan gaan, heb ik ervoor gekozen beide klachten op dezelfde pagina te bespreken. Voordeel van een dergelijke structurering is bovendien dat de brochure op die manier niet zo lang wordt als wanneer elke klacht op een nieuwe pagina zou worden behandeld. Bovendien creëer ik zo interne samenhang, hetgeen het gebrek aan syntactische middelen enigszins compenseert. Voor de rest is de structuur van de klachtbespreking weer hetzelfde als voorheen (principe van continuïteit).

<sup>87</sup> Bewuste herhaling van het weinig verhullende en direct tot de verbeelding sprekende woord 'poep', in plaats van het abstractere synoniem 'ontlasting' te gebruiken.

[pagina 8]

## Buik-klachten bij coeliakie<sup>88</sup>

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen last van **winderigheid**.<sup>89</sup>

Uw arts noemt **winderigheid**:

**flatulentie**.

Heeft u veel **lucht** in uw **buik**?

En moet u erg vaak een **wind** laten?<sup>90</sup>

Dan heeft u last van **flatulentie**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

- Sommige mensen met **coeliakie** hebben vaak **diarree**.<sup>91</sup>

Moet u vaak naar de **wc**?

En is uw **poep** meestal erg **dun**?

En is uw **poep** meestal ook erg **waterig**?

Dan heeft u vaak **diarree**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van abnormaal dunne, waterige ontlasting]

---

<sup>88</sup> Herhaling van tussenkop om de lezer duidelijk te maken dat het onderwerp nog steeds hetzelfde is: buikklachten bij coeliakie.

<sup>89</sup> Klassieke structuur: (1) benoeming klacht in standaardtaal, (2) gevolgd door de door artsen gebruikte vakterm voor de klacht. Vervolgens (3) wordt de klacht ingebed in de belevingswereld van de lezer aan de hand van concretisering/voorbeelden en tenslotte (4) wordt de klacht gekoppeld aan de mogelijkheid van coeliakie.

<sup>90</sup> Ook hier zou je geneigd zijn in plaats van 'wind' ook eens het woord 'scheet' te gebruiken, maar om de woordkeuze bij 'winderigheid' te laten aansluiten, is 'wind' hier de betere keuze, het draait allemaal om continuïteit.

<sup>91</sup> Omdat diarree vaak met winderigheid gepaard kan gaan, heb ik ervoor gekozen beide klachten op dezelfde pagina te bespreken. Voordeel van een dergelijke structurering is bovendien dat de brochure op die manier niet zo lang wordt als wanneer elke klacht op een nieuwe pagina zou worden behandeld. Bovendien creëer ik zo interne samenhang, hetgeen het gebrek aan syntactische middelen enigszins compenseert.

[pagina 9]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

Mensen met **coeliakie** hebben soms **niet** alleen maar klachten in hun buik.

Mensen met **coeliakie** hebben soms ook klachten buiten hun buik.

Uw arts noemt deze andere **lichamelijke klachten buiten de buik**:

**extra-intestinale symptomen.**

Bijvoorbeeld:<sup>92</sup>

- Sommige mensen met **coeliakie** lijden aan **gewichts-verlies**.

Staat u vaak op de **weeg-schaal**?<sup>93</sup>

En **weegt** u in korte tijd steeds **minder**?

Dan **verliest** u snel veel **lichaams-gewicht**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van een mager persoon op een weegschaal]

---

<sup>92</sup> „Groeistoornis bij kinderen’ (zie tabel 5 uit de brontekst) is niet opgenomen in deze lijst met voorbeelden omdat de doelgroep uit volwassenen bestaat.

<sup>93</sup> Contextualisering en concretisering van de klacht, door de weegschaal erbij te betrekken. Aanspreken lezer = fatische functie.

[pagina 10]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie<sup>94</sup>

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen last van **been-verweking**.<sup>95</sup>

Uw arts noemt **been-verweking**:

**osteomalacie**.<sup>96</sup>

Heeft u **osteomalacie**?

Dan zijn uw **botten te zacht**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen last van **bot-ontkalking**.<sup>97</sup>

Uw arts noemt **bot-ontkalking**:

**osteoporose**.<sup>98</sup>

Heeft u **osteoporose**?<sup>99</sup>

Dan zijn uw **botten poreus**.

Dat betekent:

Uw **botten** hebben **kleine gaatjes**.

En uw **botten breken** sneller.

Heeft u regelmatig **bot-breuken**?

Of heeft u steeds vaker **beschadigde tanden**?

Dan heeft u misschien ook **coeliakie**.

[plaatje van persoon met botbreuk of beschadigd tandglazuur]

---

<sup>94</sup> Herhaling van tussenkop om de lezer duidelijk te maken dat het onderwerp nog steeds hetzelfde is (geldt ook voor volgende pagina's).

<sup>95</sup> Herkenbare structuur: standaardbegrip voor de klacht (beenverweking), gevolgd door de door artsen gebruikte vakterm (osteomalacie). Hierna wordt de lezer gevraagd of hij de klacht heeft en in de daaropvolgende zin wordt de klacht geconcretiseerd en uitgelegd (te zachte botten). Afgesloten wordt de beschrijving telkens met de koppeling van het symptoom aan coeliakie.

<sup>96</sup> De uitleg van vakbegrippen wordt in de hele brochure op dezelfde wijze kenbaar gemaakt, namelijk door middel van het inspringen van de betreffende regel (zie regel 4 in 2.4.6).

<sup>97</sup> De opbouw van deze klachtbeschrijving is gelijk aan de voorgaande beschrijvingen, dit in het kader van het principe van continuïteit.

<sup>98</sup> Omdat osteoporose, osteomalacie en veranderingen aan het tandglazuur gerelateerde klachten zijn, bespreek ik ze op dezelfde pagina.

<sup>99</sup> In tegenstelling tot 'bot-ontkalking' gebruik ik bij 'osteoporose' geen hoge punt ter opsplitsing en verduidelijking van de samenstelling. Dit, zoals reeds eerder aangekaart, omdat niet kan worden verondersteld dat de doelgroep met de betekenis van de opgesplitste woorden (in dit geval osteo & porose) bekend is. Dan laat ik de samenstelling liever zo staan.

[pagina 11]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen last van **bloed-armoede**.<sup>100</sup>

Uw arts noemt **bloed-armoede**:

**anemie**.<sup>101</sup>

Heeft u **anemie**?<sup>102</sup>

Dan heeft u **te weinig rode bloed-cellen** in uw bloed.<sup>103</sup>

**Rode bloed-cellen** vervoeren **zuurstof** naar alle delen van uw lichaam.<sup>104</sup>

Heeft u **weinig rode bloed-cellen** in uw bloed?

Dan heeft u ook **weinig zuurstof** in uw lichaam.<sup>105</sup>

Dat betekent:<sup>106</sup>

U voelt zich **vaak slap**.

En u bent meestal **snel moe**.

Heeft u **continu erg weinig energie**?<sup>107</sup>

Dan lijdt u mogelijk aan **bloed-armoede**.<sup>108</sup>

En u heeft misschien ook **coeliakie**.<sup>109</sup>

---

<sup>100</sup> Standaardbenaming voor klacht (bloedarmoede).

<sup>101</sup> Vakterm voor klacht (anemie).

<sup>102</sup> Direct aanspreken van de lezer (principe van proximiteit).

<sup>103</sup> Uitleg vakterm.

<sup>104</sup> Korte toelichting van de functie van rode bloedcellen (= zuurstoftransport), omdat niet kan worden verondersteld dat de achtergrondkennis van de doelgroep toereikend is (principe van maximale explicietheid).

<sup>105</sup> Explicitering van de consequentie van een gebrek aan rode bloedcellen.

<sup>106</sup> Concrete voorbeelden van de manier waarop klachten zich in de ervaring van de lezer kunnen manifesteren: slapheid + moeheid (principe van maximale explicietheid / principe van proximiteit).

<sup>107</sup> Synthetiserende, korte samenvatting van de klachten, verwoord als een enkele klacht.

<sup>108</sup> Herhaling van de oorzaak van de klacht aan de hand van de standaardbenaming (principe van continuïteit).

<sup>109</sup> Koppeling van de (oorzaak van de) klacht aan coeliakie.

[pagina 12]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen een **zenuw-aandoening**.<sup>110</sup>

Uw arts noemt deze **zenuw-aandoening**:

**neuropathie**.<sup>111</sup>

Heeft u **neuropathie**?

Dan werken sommige **zenuwen** in uw lichaam steeds slechter.

Dat betekent:<sup>112</sup>

Een deel van uw lichaam wordt **gevoelloos**.

Of een deel van uw lichaam raakt zelfs **verlamd**.

Bijvoorbeeld:<sup>113</sup>

U voelt uw armen **niet** meer.

Of u kunt uw benen **niet** meer bewegen.<sup>114</sup>

Krijgt u **gevoelloze armen**?<sup>115</sup>

Of krijgt u **verlamde benen**?

Dan heeft u misschien ook **coeliakie**.<sup>116</sup>

---

<sup>110</sup> Ik wil me hier niet te veel herhalen, maar de opbouw van deze klachtbeschrijving is vergelijkbaar met die van voorgaande beschrijvingen (principe van continuïteit).

<sup>111</sup> Differentiatie in 'perifere neuropathie' (aantasting van een perifere zenuw) en 'polyneuropathie' (neuropathie van één of meerdere perifere zenuwen) weggelaten, het verschil leek me voor de doelgroep verwaarloosbaar.

<sup>112</sup> Tot dusverre is de beschrijving nog vrij abstract. Bovendien kan niet van sommige lezers worden verwacht dat ze met de functies van zenuwen bekend zijn. Daarom wordt hier aan de hand van concretisering kort toegelicht wat in het geval van neuropathie de implicaties van slecht werkende zenuwen zijn (principe van maximale explicietheit).

<sup>113</sup> Concrete voorbeelden van wat de lezer in zijn individuele ervaring van neuropathie kan merken (voornamelijk principe van proximateit).

<sup>114</sup> Negaties vet gemarkeerd.

<sup>115</sup> Extra korte en bondige samenvatting van de klachten, ook omdat bekend is dat zinnen met negaties niet altijd even goed worden begrepen door de doelgroep. Oorspronkelijk had ik overigens geschreven: Heeft u last van gevoelloosheid? Of heeft u last van verlamming? Maar toen is me opgevallen dat die twee zinnen zich kenmerken door een abstracte, nominale stijl, die indien mogelijk eigenlijk vermeden zou moeten worden (zie regel 6 in 2.4.6). De huidige oplossing spreekt vermoedelijk iets meer tot de verbeelding. Toch moet opgemerkt worden dat een nominale stijl uit een beschrijving van klachten en ziektebeelden niet compleet is weg te denken.

<sup>116</sup> De klachtbeschrijving wordt traditioneel afgesloten met een koppeling van concrete klachten aan coeliakie.

[pagina 13]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen last van **spier-zwakte**.<sup>117</sup>

Uw arts noemt **spier-zwakte**:

**myasthenie**.<sup>118</sup>

Heeft u **myasthenie**?<sup>119</sup>

Dan zijn uw spieren erg **moe**.<sup>120</sup>

En uw spieren zijn ook erg **slap**.

Dat betekent:

U voelt **heel weinig kracht** in uw spieren.<sup>121</sup>

En u heeft misschien ook coeliakie.

- Sommige mensen met coeliakie krijgen **langdurig**<sup>122</sup> **pijnlijke spier-krampen**.

Uw arts noemt deze **aanvalsgewijze krampen van spier-groepen**.<sup>123</sup>

**tetanie**.<sup>124</sup>

Heeft u **tetanie**?

Dan voelt u gedurende lange tijd **erg pijnlijke krampen** in uw spieren.<sup>125</sup>

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

---

<sup>117</sup> Standaardbenaming voor de klacht.

<sup>118</sup> Vakterm voor de klacht.

<sup>119</sup> Lezer direct in het verhaal betrekken: ik breng de klacht naar de ervaring van de lezer (principe van proximiteit).

<sup>120</sup> Uitleg vakterm.

<sup>121</sup> Aansluiting bij de gevoelswereld van de lezer maakt de klacht erg grijpbaar en begrijpelijk.

<sup>122</sup> Ik kies hier bewust niet voor het adjectief *langdurige*, maar voor het bijwoord *langdurig*, omdat er anders twee adjectieven naast elkaar staan (*langdurige + heftige*) en de zin over twee regels verspreid zou moeten worden, omdat een dergelijke nevenschikking in Eenvoudige Taal niet is toegestaan (vgl. regel 8 in 2.4.6).

<sup>123</sup> Zie voorgaande noot – omdat ik *langdurige* en *heftige* hier niet naast elkaar kan gebruiken, moet ik mijn toevlucht nemen tot een andere omschrijving, wat niet ideaal is met het oog op het principe van continuïteit.

<sup>124</sup> Vanwege de gerelateerdheid van tetanie en myasthenie bespreek ik beide spierklachten op dezelfde pagina.

<sup>125</sup> Wederom vertaal ik de klacht naar de gevoelswereld van de lezer (qua woordkeuze is er ditmaal continuïteit met de eerste zin).

[pagina 14]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen **ernstige oog-problemen in het donker**.<sup>126</sup>

Uw arts noemt deze **oog-ziekte**:

**nacht-blindheid**.<sup>127</sup>

Bent u in een donkere omgeving?

Bijvoorbeeld:<sup>128</sup>

U bent in de **nacht** buiten.

Of u bent overdag in een ruimte met **erg weinig licht**.

En ziet u **extreem weinig**?

Dan lijdt u mogelijk aan **nacht-blindheid**.

Dat betekent:

U ziet extreem weinig in het donker.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

[eventueel plaatje van persoon met sterk samengeknepen ogen]

---

<sup>126</sup> Zie voetnoot 29 op pagina 77 van deze scriptie. Het woord *nachtblindheid* komt zowel in standaardtaal als ook in vaktaal voor. Ik kies hier eerst voor een omschrijving, alvorens de complexe samenstelling te noemen (= volgorde: bekend > onbekend. Vgl. regel 4 in 2.4.6). Deze volgorde is gewenst omdat lezers bij een woord dat ze niet begrijpen geneigd zijn om terug te lezen (in plaats van verder in de tekst te kijken).

<sup>127</sup> Zie voetnoot 29 op pagina 77 van deze scriptie. Ik kies hier dus niet voor *hemeralopie* of *nyctalopie*.

<sup>128</sup> Concretisering van de omstandigheden waaronder de klacht zich kan manifesteren, in het kader van maximale explicietheid.

[pagina 15]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** krijgen veel **bloed-uitstortingen**.<sup>129</sup>

Uw arts noemt **bloed-uitstortingen**:

**hematomen**.<sup>130</sup>

Heeft u een **hematoom**?

Dan bloedt uw lichaam vanbinnen.

En het bloed kan **niet** naar buiten.

Daarom hoopt het bloed zich op binnen uw lichaam.

U krijgt dan een **bloed-uitstorting**.

Bijvoorbeeld:

U krijgt een **blauwe plek**.

Heeft u plotseling **veel blauwe plekken**?

Dan heeft u misschien ook **coeliakie**.

[Plaatje van blauwe plekken]

---

<sup>129</sup> Noemen van de klacht aan de hand van een begrip in standaardtaal.

<sup>130</sup> Noemen van de vakterm voor de klacht (zinnig met het oog op eventuele arts-patiëntcommunicatie). In het vervolg is de structuur vergelijkbaar met voorgaande klachtbeschrijvingen – daarom zal ik me hier niet verder herhalen.

[pagina 16]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** hebben **onderhuidse vloeistof-ophopingen**.<sup>131</sup>

Uw arts noemt **onderhuidse vloeistof-ophopingen**:

**oedemen**.<sup>132</sup>

Heeft u een **oedeem**?<sup>133</sup>

Dan heeft u een **ophoping van vocht onder uw huid**.<sup>134</sup>

Dat betekent:

Een deel van uw lichaam zwelt op.<sup>135</sup>

Bijvoorbeeld:

U heeft een **opgezwollen been**.<sup>136</sup>

Heeft u een **opgezwollen been**?

Of heeft u een ander **opgezwollen lichaams-deel**?

Dan heeft u mogelijk een **oedeem**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.<sup>137</sup>

[Plaatje van opgezwollen been / beenoedeem]

---

<sup>131</sup> Omschrijving van de klacht in normale bewoordingen.

<sup>132</sup> Noemen van de vakterm voor de klacht (zinnig met het oog op eventuele arts-patiëntcommunicatie).

<sup>133</sup> Lezer direct in het verhaal betrekken: ik breng de klacht naar de ervaring van de lezer (principe van proximiteit).

<sup>134</sup> Nogmaals een uitleg van de klacht (maximale explicietheid).

<sup>135</sup> Omdat de aanvankelijke uitleg van de klacht mogelijk nog te abstract is voor sommige lezers, volgt hier een zin die uitdrukt wat de lezer zelf concreet kan ervaren, als de klacht zich bij hem of haar manifesteert (maximale explicietheid / proximiteit).

<sup>136</sup> Nogmaals een concretisering van de klacht aan de hand van een voorbeeld (maximale explicietheid / proximiteit).

<sup>137</sup> Koppeling van de klacht aan coeliakie. Deze zin is bij elke klachtbeschrijving hetzelfde (principe van continuïteit).

[pagina 17]

## Andere lichamelijke klachten bij coeliakie

- Sommige mensen met **coeliakie** hebben regelmatig **mond-zweertjes**.<sup>138</sup>

**Mond-zweertjes** doen **pijn**.

En **mond-zweertjes** zijn **wit** van kleur.

Uw arts noemt **steeds terugkerende witte mond-zweertjes**:

**recidiverende orale aften**.

Heeft u **recidiverende orale aften**?

Dan heeft u **telkens opnieuw witte zweertjes in een pijnlijke mond**.

En u heeft misschien ook **coeliakie**.

---

<sup>138</sup> Opbouw vergelijkbaar met klachtbeschrijvingen op voorgaande pagina's.

## Coeliakie in combinatie met bepaalde syndromen

**Coeliakie** komt vaak voor in combinatie met bepaalde syndromen.

Bijvoorbeeld:

- Syndroom van Down
- Syndroom van Turner

Dat betekent:

**Coeliakie** komt vaak voor in combinatie met het **syndroom van Down**.

En **coeliakie** komt vaak voor in combinatie met het **syndroom van Turner**.

Heeft u het **syndroom van Down**?

Of heeft u het **syndroom van Turner**?

En heeft u vaak **buik-klachten**?

Of heeft u vaak **andere lichamelijke klachten**?

Dan kunt u ook **coeliakie** hebben.

Denkt u:

Misschien heb ik **coeliakie**.

Praat dan met uw arts over uw klachten.

Uw arts luistert naar uw verhaal.

En uw arts onderzoekt u.

Bijvoorbeeld:

- Uw arts kijkt naar de buitenkant van uw lichaam.
- En uw arts kijkt naar uw bloed.
- En uw arts kijkt soms ook naar de binnenkant van uw darm.

Uw arts weet na het onderzoek meestal snel:

U heeft **coeliakie**.

Of u heeft **geen coeliakie**.

## De behandeling van coeliakie

**Coeliakie** is een **genetisch bepaalde ziekte**.

Heeft u **coeliakie**?

Dan heeft u **erfelijke aanleg** voor **coeliakie**.

Dat betekent:

**Coeliakie** zit in uw **genen**.<sup>139</sup>

Daarom krijgt u **zeker coeliakie**.

**Coeliakie** is ook een **chronische ziekte**.

Dat betekent:

U heeft **uw hele leven lang** coeliakie.

Uw arts kan coeliakie **niet** genezen.

Wilt u uw klachten toch laten verdwijnen?

Dan moet u **gluten-vrij** leven.

Dat betekent:

**Eet** uw hele leven **voedsel** zonder het **gluten-eiwit**.

En **drink** uw hele leven **dranken** zonder het **gluten-eiwit**.

Denkt u:

Ik wil meer informatie over een **gluten-vrij dieet**.

Dan kunt u uw arts om advies vragen.

En u kunt ook de Nederlandse Coeliakie Vereniging bellen.

Het telefoon-nummer van de Nederlandse Coeliakie Vereniging is: [XXXXXXXXXX]

---

<sup>139</sup> Alternatief had ik in plaats van 'genen' ook het woord 'DNA' kunnen gebruiken, maar dit is feitelijk een afkorting, waarvan het gebruik wordt ontraden, tenzij het woordteken als algemeen bekend kan worden verondersteld (vgl. regel 5 in 2.4.6). Het is voor mij erg moeilijk om dat in te schatten, maar omdat het woord DNA wel uit een zeer specifieke context stamt, terwijl bijvoorbeeld 'wc' een veel alledaagser object is, ook in het leven van de lezers, denk ik dat het woord DNA beter niet kan worden gebruikt. Bovendien is in de eerste zin sprake van een 'genetisch bepaalde ziekte'. Omdat hierin het woord 'gen' zit, is het in het kader van continuïteit daadwerkelijk zinvoller om ook verderop van 'genen' te spreken en niet van 'DNA'. Zoals uit tabel 2 van de brontekst bekend is, gaat het in het geval van coeliakie om de genen HLA-DQ2 en/of HLA-DQ8. Die genen noem ik hier ook bewust niet, omdat het wederom om afkortingen gaat die in dit geval gegarandeerd niet als bekend kunnen worden verondersteld. De afkortingen voluit te schrijven en uit te leggen zou voor de doelgroep te ver voeren en te veel ruimte in beslag nemen.

## 5. Zusammenfassung & Schlussfolgerung

In der Einleitung hat sich gezeigt, dass mehrere gesellschaftliche, medizinwissenschaftliche und übersetzungswissenschaftliche Probleme diese Masterarbeit relevant machen. Auf gesellschaftlicher Ebene gibt es einen Hype um glutenfreie Ernährung, der einer fundierten Aufklärung bedarf, weil sich immer mehr Menschen beim Hausarzt melden, bei denen sich in der Folge herausstellt, dass sie gar keine Zöliakie hätten. Andererseits ist bekannt, und damit komme ich beim nächsten Problem, dass die Zöliakie und die Weizensensitivität nicht immer diagnostiziert werden, weil sich viele Hausärzte nicht genügend mit den heutzutage dominierenden Symptomen auskennen, was wiederum damit zusammenhängen dürfte, dass die niederländischsprachige klinische Leitlinie (Mulder et al. 2008) veraltet ist und wichtige Fragen zur Pathologie den aktuellen medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen nach immer noch nicht endgültig geklärt werden konnten. Darüber hinaus hat sich herausgestellt, dass der niederländische Zöliakieverein NCV Lesebeeinträchtigte keine Krankheitsinformationen in *Eenvoudige Taal* anbietet, obwohl die UN-Behindertenrechtskonvention das verlangt und funktionale Analphabeten außerdem eine ausgesprochen niedrige Gesundheitskompetenz haben.

Als Lösung für die mangelhaften Fachkenntnisse niederländischer Hausärzte und die Unterdiagnostizierung der Zöliakie in den Niederlanden wurde auf der Grundlage eines fiktiven Übersetzungsauftrags erstens eine fachinterne Übersetzung der deutschen S2k-Leitlinie Zöliakie ins Niederländische angefertigt, die gemäß einem zweiten, ebenfalls fiktiven Übersetzungsauftrag anschließend als Ausgangstext für eine intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal* diente, sodass auch das Problem der fehlenden Patientenbroschüre für Lesebeeinträchtigte in Angriff genommen werden konnte. Besonders bei dieser zweiten Übersetzung wird zudem versucht, ein Forschungsdesideratum zu verringern, denn die Kommunikationsbedürfnisse von Personen mit einer geringen Lesekompetenz sind in der Übersetzungswissenschaft bislang kaum erforscht worden. Des Weiteren lag bisher kein Regelwerk für eine niederländische Reduktionsvarietät auf dem A1-Niveau des GER vor, das Übersetzern Anweisungen dazu gibt, wie eine intralinguale Übersetzung in *Eenvoudige Taal* am besten zu realisieren ist. Mit der Masterarbeit wurde auch versucht, dieses Bedürfnis zu erfüllen.

Um herauszufinden, welche Übersetzungsrelevanten Probleme bei beiden Übersetzungen zu erwarten sind und welche Übersetzungsstrategien und -lösungen auf Basis der jeweiligen Translatskopoi gewünscht sind, wurde im theoretischen Rahmen als Methode die Übersetzungsrelevante Textanalyse nach Christiane Nord vorgestellt, die für ihre Analyse das folgende Frageschema verwendet (Nord 2009: 40):

<b>Wer</b> übermittelt	<b>Worüber</b> sagt er/sie
<b>wem</b>	<b>was</b>
<b>wozu</b>	<b>(was nicht)</b>
über welches <b>Medium</b>	in <b>welcher Reihenfolge</b>
<b>wo</b>	unter Einsatz <b>welcher nonverbalen Elemente</b>
<b>wann</b>	in <b>welchen Worten</b>
<b>warum</b> einen Text	in <b>was für Sätzen</b>
mit welcher <b>Funktion?</b>	in <b>welchem Ton</b>
mit <b>welcher Wirkung?</b>	

Anhand dieses Frageschemas wurde im dritten und vierten Kapitel jeweils ein Zieltextprofil und eine Ausgangstextanalyse erstellt, die als Basis für das weitere translatorische Vorgehen dienten. Auf der Grundlage eines Vergleichs zwischen dem dritten und vierten Kapitel, in denen die entsprechenden Teilfragen mehr oder weniger implizit beantwortet wurden, kann final eine explizite Antwort auf die Hauptfrage dieser Masterarbeit gegeben werden. Vollständigkeitshalber wird diese Frage hier nochmals aufgeführt:

*Welche Übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der fachinternen Übersetzung einer klinischen Leitlinie wie der S2k-Leitlinie Zöliakie ins Niederländische, welche Übersetzungsrelevanten Probleme gibt es bei der intralingualen fachexternen Übersetzung in Eenvoudige Taal, und inwiefern unterscheiden sich die gewünschten Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht der divergierenden Translatskopoi?*

## 5.1 Interlinguale fachinterne Übersetzung: Probleme, Strategien & Lösungen

### 5.1.1 Pragmatik

Das Frageschema in 3.2 hat gezeigt, dass die textexternen Faktoren des ZT und AT teilweise anders gestaltet werden. In dem Zusammenhang gab es erstens pragmatische Probleme, die vor allem entstanden sind durch Unterschiede hinsichtlich *Textsender* (NHG vs. DGSV & DZG), *Intention/Adressaten* (Fortbildung von Hausärzten mit mangelhaften Fachkenntnissen zum klinischen Bild der Zöliakie & Co. vs. Zusammenfassung des aktuellen evidenz- und konsensbasierten Kenntnisstands zum klinischen Bild, der Diagnostik und der Therapie der

Zöliakie & Co. für alle relevanten Berufsgruppen, jedoch besonders für Gastroenterologen), *Zeit* und *Ort* der Rezeption (Niederlande ab 2019 vs. Deutschland 2014-2019) und *Anlass* (Fortbildungsseminar vs. Konsensuskonferenz).

Da der Translatskopos eine instrumentelle Übersetzung verlangte, kam als Strategie für die Bewältigung der pragmatischen Probleme nur eine Adaption der AT-Pragmatik infrage. Auf der Ebene der konkreten Lösungen hatte das unter anderem eine Anpassung der lokalen Deixis zur Folge. So wurde der AT-Satz *Der IgA-Mangel ist das häufigste Immundefektsyndrom in Deutschland und in der Gesamtbevölkerung mit einer Prävalenz von 1:400 bis 1:800 nachzuweisen* durch niederländischen Kontext ersetzt. Zur Herstellung eines pragmatisch gelungenen ZT galt es zudem, Formen der temporalen Deixis anzupassen. Dementsprechend wurde das häufig beobachtete AT-Element *aktuelle* im Regelfall nicht mit *huidige* oder *actuele*, sondern mit *recente* übersetzt. Textinterne Verweise wie *siehe Kapitel Pathologie* oder *siehe dazu Kapitel 2, Diagnostik* wurden komplett entfernt, da diese Kapitel gemäß dem Translatskopos nicht mit übersetzt wurden. Auch ein expliziter Hinweis zum AT-Anlass (z. B. *vor diesem Hintergrund schlägt die Konsensuskonferenz vor*) sowie Angaben zur Empfehlungs- und Konsensusstärke, die sich direkt auf die Ergebnisse der deutschen Konsensuskonferenz bezogen (z. B. *starker Konsens, starke Empfehlung*), wurden dem Translatskopos entsprechend gelöscht. Als Lösung für die unterschiedlichen Vorkenntnisse der AT- und ZT-Adressaten wurden Präsuppositionen des AT im Einzelfall explizit gemacht. So wurde die MARSH-Klassifikation der Zöliakie, ein komplexes gastroenterologisches Konzept, anhand einer Grafik veranschaulicht. Ferner wurde der Neologismus *Niet-coeliakie-niet-tarweallergie-tarwesensitiviteit* erklärt, weil dieser in den Niederlanden nicht geläufig ist. Ansonsten wurden medizinische Fachbegriffe im Regelfall bewusst nicht erläutert oder durch standardsprachliche Äquivalente ersetzt, weil es unter anderem das Ziel der Fortbildungsveranstaltung ist, dass die ZT-Adressaten sich die neuen Fachkenntnisse aus pädagogischen Gründen durch Recherche aneignen. Von entscheidender Bedeutung in diesem Zusammenhang ist, dass diese etwaige Zusatzrecherche den ZT-Adressaten aufgrund deren kognitiven Fähigkeiten auch tatsächlich zugetraut werden kann. In diesem Sinne wurde Muskelschwäche beispielsweise nicht mit *spierzwakte*, sondern mit *myasthenie* übersetzt. Nur bei der Übersetzung von *Nachtblindheit* wurde, obwohl es möglich gewesen wäre, der Deutlichkeit halber kein Fachbegriff verwendet, weil *hemeralopie* und *nyctalopie* ambig und aus semantischer Perspektive somit äußerst problematisch sind.

### 5.1.2 Konventionen

Es hat bei der interlingualen fachinternen Übersetzung keine konventionsbedingten Übersetzungsprobleme gegeben. Hintergrund ist, dass die Textsorte (klinische Leitlinie) konstant geblieben ist und die deutschen und niederländischen Vorgaben für klinische Leitlinien im Kern recht ähnlich sind. Es gibt zwar länderspezifische Besonderheiten, doch da der ZT in den Niederlanden nicht zur formellen klinischen Leitlinie avanciert, sondern nur im kleinen Kreis der Fortbildungsveranstaltung Verwendung findet, sprach nichts gegen eine Reproduktion der ausgangskulturellen Textsortenkonventionen. Konkret hieß das, dass der allgemeine Stil sowie die Makrostruktur der deutschen klinischen Leitlinie für die ZT-Produktion geeignet waren. Deshalb wurden der distanzierte Ton und der charakteristische Aufbau des AT (Empfehlung + Kommentar) in der Übersetzung übernommen. Die Reproduktion des distanzierten Tons resultierte in einer objektiv und somit wissenschaftlich adäquat geschriebenen Übersetzung, während die Aufrechterhaltung der Makrostruktur des AT zu einem fachlich adäquaten ZT führte, so wie es der Übersetzungsauftrag gefordert hat.

### 5.1.3 Sprachnormen

Sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme gab es bei der interlingualen fachinternen Übersetzung kaum. Hier sei in morphologischer bzw. lexikalischer Hinsicht nur auf die im Niederländischen und Deutschen unterschiedliche Rechtschreibung mancher medizinischer Fachbegriffe griechischer oder lateinischer Herkunft hingewiesen. Auf syntaktischer Ebene gab es ferner lediglich das Problem, dass Empfehlungen im Niederländischen im Vergleich zum Deutschen nicht anhand der Konjunktiv-II-Form des Verbs *sollen* dargestellt werden können.

In Anbetracht dieser Probleme und des Translatskopos kam als Strategie nur eine Adaption der ausgangssprachlichen Normen infrage. Als konkrete Lösung wurde die fachliche Rechtschreibung von ursprünglich griechischen oder lateinischen Begriffen in Pinkhof nachgeschlagen (z. B. *oesofagitis* (NL), vgl. *oesophagitis* (L); *Ösophagitis* (D)). In der Übersetzung wurde das syntaktische Problem durch Formulierungen mit *dienen* oder *het verdient (sterke) aanbeveling* gelöst. Solche Formulierungen stehen im Dienst der Appellfunktion des ZT, die ihrerseits dem Zweck dient, Hausärzte dazu zu bewegen, die Empfehlungen zu übernehmen. Letztlich soll so das Problem der Unterdiagnostizierung der Zöliakie & Co. gelöst werden, wie im Übersetzungsauftrag beschrieben. Eine Reproduktion der AS-Normen hätte vermutlich eine befremdende Wirkung auf die ZT-Adressaten gehabt, die vom eigentlichen Ziel abgelenkt hätte. Das wäre nicht im Sinne des Translatskopos gewesen.

## 5.2 Intralinguale fachexterne Übersetzung: Probleme, Strategien & Lösungen

### 5.2.1 Pragmatik

Bei der intralingualen fachexternen Übersetzung in *Eenvoudige Taal* sind die textexternen Faktoren *Ort* (jeweils Niederlande), *Zeit* (jeweils 2019) und *Funktion* (jeweils Referenz- und Appellfunktion) kompatibel. Die pragmatischen Übersetzungsprobleme entstehen hier durch Unterschiede hinsichtlich *Sender* (NCV vs. NHG), *Intention/Adressaten* (Aufklärung von lesebeeinträchtigten Zöliakiebetreffenden vs. Fortbildung von Hausärzten mit mangelhaften Kenntnissen zum klinischen Bild der Zöliakie, der Weizenallergie und der Weizensensitivität), *Medium* (online vs. Print), *Anlass* (geringe Gesundheitskompetenz funktionaler Analphabeten & Pflicht zur Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention vs. Fortbildungsseminar & geringe fachliche Kompetenz niederländischer Hausärzte).

Weil zur Herstellung eines skoposgerechten Translats eine instrumentelle Übersetzung gefragt war, galt es auch bei der intralingualen fachexternen Übersetzung, die AT-Pragmatik zu adaptieren (= übergreifende Strategie). In Anbetracht der unterschiedlichen Sender und ihrer verschiedenen Intentionen bestand das Hauptproblem darin, eine skoposgerechte bzw. adressatengerechte Übersetzung zu produzieren. Die wichtigste Voraussetzung für eine gelungene skopos- und adressatengerechte Übersetzung ist, dass die primären Adressaten in der Lage sein müssen, den ZT selbstständig zu rezipieren. Dazu ist es unter anderem erforderlich, maximale Nähe zu den Lesebeeinträchtigten herzustellen. In dieser Hinsicht wurde das konkrete Problem der fehlenden personalen Deixis im AT bzw. das Merkmal der Anonymisierung durch eine direkte Ansprache und Interrogativsätze gelöst (z. B. *Heeft u plotseling veel blauwe plekken?*). Die Ansprache mit ‚u‘ dient der Inklusion bzw. der Anhebung des niedrigen sozialen Status von funktionalen Analphabeten und geistig Behinderten, was im Hinblick auf das Skopos besonders wichtig ist.

Das pragmatische Problem der unterschiedlichen Vorkenntnisse der AT- und ZT-Adressaten wurde gelöst, indem Präsuppositionen gemäß dem Leitprinzip der maximalen Explizitheit explizit gemacht wurden. So wurde beispielsweise zusätzlich erklärt, was Gluten ist, worin es enthalten ist, was Darmzotten sind und wie die Patienten Krankheitssymptome an ihrem eigenen Körper erkennen können. Hintergrund dieser Lösungen ist, dass viele der ZT-Adressaten nicht mit kontextarmen Propositionen klarkommen. Ohne diese Lösungen hätten die Adressaten zum erfolgreichen Textverständnis mündliche Erläuterungen von Dritten gebraucht und in dem Fall wäre die Übersetzung nicht mehr adäquat gewesen.

Als Lösung für die verschiedenen kognitiven Fähigkeiten der AT- und ZT-Adressaten wurde medizinische Fachsprache textübergreifend in *Eenvoudige Taal* umgewandelt, und zwar gemäß den in 2.4.6 formulierten typographischen, lexikalischen und syntaktischen Regeln, die anlässlich der Pflicht zur Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention erstellt wurden. Darüber hinaus wurden sämtliche für die ZT-Adressaten irrelevanten AT-Informationen entfernt. Hätte man dies nicht gemacht, wäre ein viel zu langer ZT entstanden, der die ZT-Adressaten maßlos überfordert hätte. Insgesamt zielen alle der im Rahmen der sprachlichen und informationellen Aufbereitung ergriffenen Maßnahmen darauf ab, die Perzipierbarkeit und Verständlichkeit der Übersetzung so zu optimieren, dass die primären Adressaten den ZT eigenständig rezipieren können, so wie es der Translatskopos verlangt. Die möglichst verständliche Darstellung der medizinischen AT-Informationen war nicht zuletzt auch nötig, um eine im Hinblick auf den ZT-Anlass adäquate Übersetzung zu produzieren, die den ZT-Adressaten dabei hilft, ihre geringe Gesundheitskompetenz auszubauen.

Das unterschiedliche Medium des online zu erscheinenden ZT resultierte schließlich noch in dem pragmatischen Problem, dass der ZT im Gegensatz zum AT auch von sekundären Adressaten rezipiert werden kann, die *Eenvoudige Taal* als Sprachverlust empfinden können. Zur Lösung dieses Problems wurde im ZT ein Vorwort hinzugefügt, in dem allen Lesern die gesellschaftliche Funktion der Reduktionsvarietät erklärt wurde. Das Ziel des hinzugefügten Vorwortes ist es auch, die Inklusion voranzutreiben, was im Sinne des Translatskopos ist.

### 5.2.2 Konventionen

Neben den pragmatischen Problemen gab es diverse konventionsbedingte Übersetzungsprobleme. Der Textsortenwechsel hatte nämlich zur Folge, dass die für die klinische Leitlinie geltenden Konventionen in Bezug auf allgemeinen Stil und Makrostruktur bei der Produktion der Patientenbroschüre nicht reproduziert werden konnten, weil diese ganz anderen stilistischen und makrotextuellen Konventionen bzw. Gepflogenheiten unterliegt. Nicht unwichtig in diesem Zusammenhang ist die Empfängererwartung. Adressaten einer Patientenbroschüre erwarten einen inhaltlich und sprachlich auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Text. Wenn man den distanzierten Ton und den Aufbau der klinischen Leitlinie bei der ZT-Produktion übernommen hätte, hätte man diese Empfängererwartung nicht erfüllen können. Somit ist die Strategie zur Adaptierung der Textsortenkonventionen aus der Perspektive des Translatskopos, der eine adressatengerechte Übersetzung fordert, adäquat zu nennen.

### 5.2.3 Sprachnormen

Sprachenpaarbezogene Übersetzungsprobleme gab es im Hinblick auf die unveränderte niederländische Zielsprache selbstverständlich nicht. Dafür konnten jedoch jede Menge *sprachvarietätenbezogene Übersetzungsprobleme* beobachtet werden. Die sind darauf zurückzuführen, dass viele der für medizinische Fachsprache typischen sprachlichen Merkmale nach dem Regelwerk für *Eenvoudige Taal* (s. 2.4.6) verboten sind. Weil der Translatoskopos eine instrumentelle und adressatengerechte Übersetzung verlangt hat, kam als Übersetzungsstrategie nur eine Adaption der niederländischen Normen für medizinische Fachsprache infrage. Eine Reproduktion dieser Sprachnormen hätte aufgrund der kognitiven Einschränkungen der ZT-Adressaten schließlich für nicht zu bewältigende Verständnisprobleme gesorgt. Das hätte letztendlich dazu geführt, dass die ZT-Adressaten die Übersetzung nicht ohne Hilfe von Dritten hätten lesen können und damit wäre dem Ziel der Inklusion und der Barrierefreiheit nicht gedient gewesen. Gerade die selbstständige Rezeption durch Lesebeeinträchtigte ist ein wichtiges Ziel der Übersetzung.

Bei der Umsetzung des Regelwerks für *Eenvoudige Taal* waren stets die übergreifenden funktionalen Eigenschaften der Reduktionsvarietät zu beachten, nämlich ihre Perzipierbarkeit und Verständlichkeit. Auf der Ebene der Perzipierbarkeit konnten nur die serifenlose Schriftart (Calibri) sowie der Zeilenabstand (1,5) des AT bei der ZT-Produktion beibehalten werden. Ansonsten musste unter anderem eine neue Schriftgröße mit mindestens Punkt 14 gewählt werden. Des Weiteren wurden nicht nur Negationen, sondern auch wichtige Wörter fett markiert, weil die Platzierung von Kernbegriffen an den Seitenrand sich besonders bei längeren Sätzen als eine ungeeignete Lösung erwies – es gab nicht immer genug Platz dafür. Zur besseren Sichtbarkeit der unter der verringerten Verfügbarkeit der syntaktischen Mittel leidenden Informationsstruktur wurde bei Erklärungen und Beispielen darüber hinaus auf das Einspringen der entsprechenden Zeile geachtet. Zur Erhöhung der Verständlichkeit wurde neben den Leitprinzipien der Proximität und der maximalen Explizitheit das Leitprinzip der Kontinuität berücksichtigt, indem nahezu immer die gleichen lexikalischen oder syntaktischen Strukturen zum Einsatz kamen, wie der gleiche Aufbau von Absätzen (besonders bei der Besprechung der Symptome), der gleiche Satzbau (SVO/VSO), die gleichen Tempusformen (Präsens oder Perfekt), die gleichen einfachen, aktiven Hauptsätze und die gleichen Begriffe für die gleichen Gegenstände (wobei im Hinblick auf die mögliche Arzt-Patientenkommunikation jedoch bewusst nicht auf Fachbegriffe verzichtet wurde).

### 5.3 Vergleichende Analyse der Übersetzungsstrategien und -lösungen in Anbetracht der divergierenden Translatskopoi

Insgesamt kann man zum Schluss kommen, dass die übergreifenden Übersetzungsstrategien trotz der unterschiedlichen Skopoi gar nicht so verschieden sind. Sowohl die fachinterne Übersetzung als auch die fachexterne Übersetzung kennzeichnet sich nämlich durch eine Adaption der ausgangstextuellen Pragmatik und der ausgangssprachlichen bzw. ausgangsvarietätenlinguistischen Normen. Nur was die ausgangskulturellen Konventionen anbelangt, können unterschiedliche Strategien beobachtet werden (siehe Abb. 9). Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die niederländische Ausgangskultur der intralingualen Übersetzung gleichzeitig auch die Zielkultur war, sodass hier nur die Textsortenkonventionen mit einander verglichen werden konnten.

**Abb. 9: Angewendete Übersetzungsstrategien bei der fachinternen bzw. fachexternen Übersetzung**

	<b>Interlinguale fachinterne Übersetzung der S2k-Leitlinie Zöliakie ins Niederländische</b>	<b>Intralinguale fachexterne Übersetzung der ins Niederländische übersetzten klinischen Leitlinie in <i>Eenvoudige Taal</i></b>
<b>AT-Pragmatik</b>	Adaption	Adaption
<b>AK-Konventionen bzw. Textsortenkonventionen</b>	Reproduktion	Adaption
<b>AS- bzw. AV-Normen</b>	Adaption	Adaption

Im Sinne der von Nord vorgeschlagenen Top-Down-Strategie fange ich mit der Analyse der Pragmatik an: Hier kam es bei beiden Übersetzungen zu einer Adaption der AT-Pragmatik. Grund dafür ist, dass der Skopos beider Übersetzungen jeweils eine instrumentelle Übersetzung verlangte. Als Strategie kam in beiden Fällen daher ausschließlich eine Adaption der jeweiligen AT-Pragmatik in Frage. Die AT-Pragmatik ist nämlich lediglich bei dokumentarischen Übersetzungen zu reproduzieren.

Obwohl die übergreifende Strategie für die Bewältigung der pragmatischen Problemen bei beiden Übersetzungen identisch ist, sind die konkreten Übersetzungslösungen zum Teil anders. Ein Grund dafür ist, dass die Probleme sich manchmal auf andere textexterne Faktoren beziehen. So bereitet der Faktor *Medium* bei der fachinternen Übersetzung keinerlei Probleme, während die fachexterne Übersetzung im Gegensatz zum AT online veröffentlicht wird und die Patientenbroschüre somit neben primären Adressaten auch sekundäre Adressaten erreichen kann, die *Eenvoudige Taal* als Sprachverlust empfinden können, sodass

ein hinzugefügtes Vorwort erforderlich war, um die sekundären Adressaten abzuholen. Andersherum haben die Faktoren *Ort* und *Zeit* bei der intralingualen Übersetzung keine Probleme verursacht, weil Ort und Zeit der Rezeption und Produktion im Vergleich zum AT konstant geblieben sind. Das gilt allerdings nicht für die interlinguale Übersetzung, sodass hier im Vergleich zum AT Anpassungen der lokalen und temporalen Deixis vorgenommen werden mussten, um ein instrumentelles, skoposgerechtes Translat zu produzieren.

Die unterschiedlichen ZT-Sender spielen in Bezug auf die pragmatischen Probleme eine entscheidende Rolle: Der niederländische Hausärzteverband NHG und der niederländische Zöliakieverein NCV starten als fiktive Auftraggeber bzw. Initiatoren nämlich den Translationsvorgang und bestimmen somit den jeweiligen Translatkopos, der sich wiederum auf die anderen Faktoren auswirkt. So fordert der Skopos der intralingualen fachexternen Übersetzung zum Beispiel, dass der ZT gemäß dem Leitprinzip der Proximität Nähe zu den primären Adressaten herstellt, was bedeutet, dass im Gegensatz zum AT eine persönliche Ansprache gewünscht ist, womit den direkten Kontakt zu den Adressaten hergestellt wird. Hätte die interlinguale fachinterne Übersetzung solche direkten Verweise auf die Kommunikationsteilnehmer enthalten, so wäre das Translat den Objektivitätsansprüchen der wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung, nach denen Anonymität und Distanziertheit großgeschrieben werden, nicht gerecht geworden.

Gemäß der These von Reiß und Vermeer (1984: 101) wird der Skopos bei beiden Übersetzungen hauptsächlich als rezipientenabhängige Variable betrachtet. Konstitutiv für beide Übersetzungen ist also die Annahme, dass eine skoposgerechte Übersetzung ipso facto eine adressatengerechte Übersetzung sein soll. Um herauszufinden, wie eine adressatengerechte Übersetzung für niederländische Hausärzte bzw. Lesebeeinträchtigte am besten gestaltet werden kann, hat sich besonders die kognitionslinguistische Perspektive (siehe 2.2.3) als hilfreich erwiesen. In diesem Sinne waren die kognitiven Stärken und Schwächen der Adressaten wegweisend für die ZT-Produktion. Als adressatengerecht gilt somit eine Übersetzung, die nicht nur den Vorkenntnissen und Erwartungen der Zielgruppe, sondern auch deren intellektuellen und mentalen Fähigkeiten gerecht wird. Für die intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal* bedeutete das im Gegensatz zur fachinternen Übersetzung, dass viele Inhalte entfernt und Fachbegriffe grundsätzlich erklärt werden mussten, weil von funktionalen Analphabeten und geistig Behinderten im Gegensatz zu gebildeten Medizinerinnen nicht erwartet werden kann, dass sie mit großen

Informationsmengen und abstrakten Begriffen klarkommen können oder die Fähigkeit haben, mangelndes Fach- und Weltwissen durch Recherche zu kompensieren.

Was die ausgangskulturellen Konventionen bzw. die Textsortenkonventionen anbelangt, unterscheiden sich die Übersetzungsstrategien. Bei der interlingualen fachinternen Übersetzung wurden die Textsortenkonventionen reproduziert, während sie bei der intralingualen fachexternen Übersetzung adaptiert wurden. Die unterschiedlichen Strategien sind direkt auf die jeweiligen Translatskopoi zurückzuführen. Denn während der Skopos der fachinternen Übersetzung eine Reproduktion der Textsorte verlangt, weil sich die klinische Leitlinie durch ihren distanzierten Ton und ihre ausführlichen evidenzbasierten Empfehlungen zum klinischen Bild der Zöliakie & Co. am besten dazu eignet, die entsprechenden medizinischen Sachverhalte möglichst deutlich darzustellen und die niederländischen Hausärzte von ihrer fachlichen Korrektheit zu überzeugen, damit diese die Ratschläge umsetzen und so die prekäre Lage um die Unterdiagnostizierung der Zöliakie & Co. in den Niederlanden verbessern können, führt der Textsortenwechsel der intralingualen Übersetzung bzw. die Umwandlung der klinischen Leitlinie in eine Patientenbroschüre dazu, dass der nächsprachlich geprägte allgemeine Stil und die auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Makrostruktur die Empfängerwartungen erfüllen, sodass am Ende ein adressatengerechtes Translat entsteht, das den Vorgaben des Übersetzungsauftrags entspricht und folglich als adäquat bezeichnet werden kann.

Bezüglich der Sprachnormen fällt auf, dass die Übersetzungsstrategien identisch sind: Sowohl bei der interlingualen internen als auch bei der intralingualen externen Übersetzung kam es zu einer Adaption der ausgangssprachlichen bzw. ausgangsvarietätenlinguistischen Normen. Auch diesmal werden die Strategien durch die jeweiligen Translatskopoi bedingt. Bei der fachinternen Übersetzung bewirken die korrekte Syntax und die korrekte niederländische (fachsprachliche) Rechtschreibung, dass die ZT-Adressaten den ZT-Sender nicht nur ernst nehmen, sondern auch für kompetent halten, sodass sie vermutlich eher dazu tendieren, die fachlichen Empfehlungen zum klinischen Bild der Zöliakie & Co. anzunehmen und in die Praxis umzusetzen, was das Problem der Unterdiagnostizierung lösen soll. Insofern unterstützt die Strategie die Appellfunktion der fachinternen Übersetzung. Auf die Referenzfunktion hat die Strategie keinen solchen starken Einfluss, weil die ZT-Adressaten medizinische Fachbegriffe oder Konzepte trotz vereinzelter Rechtschreib- oder Grammatikfehler wahrscheinlich mithilfe ihres Hintergrundwissens vermutlich dennoch verstanden hätten. Bei der fachexternen

Übersetzung liegt das ganz anders. Hier hätte die Nichteinhaltung der Sprachnormen für *Eenvoudige Taal* unzweifelhaft jede Menge Verständnisprobleme verursacht, sodass die Lesebeeinträchtigten nicht in der Lage gewesen wären, die Krankheitsinformationen selbstständig zu verstehen und ggf. danach zu handeln. Insofern unterstützt die Strategie zur Adaptierung der Sprachnormen in diesem Fall nicht nur die Appellfunktion, sondern besonders auch die referenziellen Funktion der fachexternen Übersetzung. Obwohl die übergreifenden Übersetzungsstrategien also dieselben sind, sind die ihnen zugrunde liegenden Begründungen und die damit einhergehenden Effekte skopos- und adressatenbedingt anders.

#### 5.4 Rückblick & Ausblick

Um zum Schluss noch kurz das didaktische Ziel dieser Masterarbeit aufzugreifen, denke ich, dass Übersetzer von in Fachsprache verfassten klinischen Leitlinien und Patientenbroschüren in *Eenvoudige Taal* sich beim Treffen von Übersetzungsentscheidungen stets an die unterschiedlichen funktionalen Eigenschaften dieser Textsorten und Varietäten orientieren sollen, sofern sie mit dem jeweiligen Translationskopos kongruent sind, was bei dieser Masterarbeit der Fall war. In dem Zusammenhang hat sich herausgestellt, dass die funktionalen Eigenschaften Deutlichkeit, Anonymisierung, sprachliche Ökonomie und Verständlichkeit bei der fachinternen Übersetzung am wichtigsten waren, wobei die Verständlichkeit im Vergleich zu den anderen Aspekten jedoch keine oberste Priorität hatte. Das Gegenteil trifft auf die intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal* zu. Diese Reduktionsvarietät kennzeichnet sich durch die gleichermaßen wichtigen funktionalen Eigenschaften Perzipierbarkeit und Verständlichkeit. Es hat mir beim Übersetzen jedenfalls sehr geholfen, diese Konzepte im Hinterkopf zu behalten.

Kritisch angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Ergebnisse aus Kapitel drei und vier dieser Masterarbeit vielleicht nicht ganz objektiv mit einander verglichen werden können. In der Einleitung hatte ich gesagt, dass ich die vom deutschen Zöliakieverein veröffentlichte Zöliakie-Broschüre in Leichter Sprache bewusst nicht als Ausgangstext nehmen wollte, weil dieser sich inhaltlich zu stark von der S2k-Leitlinie Zöliakie unterscheidet und man die Übersetzungen somit schwierig mit einander hätte vergleichen können. Am Ende der Masterarbeit stelle ich jedoch fest, dass meine intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal* der Zöliakie-Broschüre in *Leichter Sprache* inhaltlich teilweise recht ähnlich

sieht. Andererseits kann man gegen diesen Vorwurf einwenden, dass die inhaltlichen Reduktionen im Hinblick auf die Bedürfnisse von lesebeeinträchtigten Zöliakiebetreffenden und ihre Erwartungen an einer Patientenbroschüre gerechtfertigt sind. Trotzdem stellt sich in Anbetracht der zahlreichen Reduktionen und Hinzufügungen die Frage, ob man bei der intralingualen Übersetzung in *Eenvoudige Taal* überhaupt noch von einer Übersetzung sprechen kann, oder ob die geleistete Arbeit eher als Copywriting zu bezeichnen ist. Zugegebenermaßen wurde mehr getextet als übersetzt – nur Tabelle 5 und 6 des AT dienten (zusätzlich zur Pinkhofdefinition der Zöliakie) als Grundlage bzw. als Inspiration für die intralinguale Übersetzung. Möglicherweise ist Übersetzern, die sich für die Übersetzung bzw. Erstellung von Texten in *Eenvoudige Taal* interessieren, also damit geholfen, das Leichtesprache-Konzept aus einer Copywriting-Perspektive zu operationalisieren.

Ob die intralinguale fachexterne Übersetzung in *Eenvoudige Taal* für alle anvisierten primären Adressaten wie geistig Behinderte, funktionale Analphabeten, Aphasiker, Demenzerkrankte und Gehörlose gleichermaßen perzipierbar und verständlich ist, ist weiterhin die Frage. Ein großes Forschungsdesideratum ist in dem Zusammenhang, dass Lesetests mit einzelnen Adressaten zeigen müssen, ob die in 2.4.6 formulierten Regeln für *Eenvoudige Taal* in der Lesepraxis tatsächlich den erhofften Erfolg gebracht haben bzw. dazu geführt haben, dass sämtliche Adressaten die Übersetzung tatsächlich selbstständig rezipieren konnten, oder ob die Regeln für einzelne Adressaten ausdifferenziert werden müssen. Eins erscheint jedenfalls sicher: Nach der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention eröffnet das relativ neue Untersuchungs- und Arbeitsfeld Linguisten jede Menge Berufschancen und Forschungsmöglichkeiten.

## 6. Bibliografie

Aalbrecht, H. (2015). *Schrijfstijl. De basis van een goede tekst*. Amsterdam: Atlas Contact.

Andriesen, S. (2006). "Medical Translation: What Is It, and What Can the Medical Writer Do to Improve Its Quality." *AMWA Journal* 21(4), 157-159.

Haeseryn, W., K. Romijn, G. Geerts, J. de Rooij en M.C. van den Toorn (1997). *Algemene Nederlandse Spraakkunst (ANS) – band 2*. Groningen: Martinus Nijhoff uitgevers.

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Ständige Kommission Leitlinien. *AWMF-Regelwerk Leitlinien*. Version 1.1 vom 27.02.2013.  
[https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Ffileadmin%2Fuser\\_upload%2FLeitlinien%2FAWMF-Regelwerk%2F20180608\\_Druckversion\\_AWMF-Regelwerk\\_2013\\_f\\_Vermerke\\_Links.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2FLeitlinien%2FAWMF-Regelwerk%2F20180608_Druckversion_AWMF-Regelwerk_2013_f_Vermerke_Links.pdf) (16.11.2018)

Bai, J. C. et al. (2013). "World Gastroenterology Organisation global guidelines on celiac disease." *Journal of clinical gastroenterology* 47, 121-126.

BITV 2.0 (2011): "Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz."  
[https://www.gesetze-im-internet.de/bitv\\_2\\_0/BITV\\_2.0.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bitv_2_0/BITV_2.0.pdf) (15.07.2018)

BMAS (2018). "Leichte Sprache. Ein Ratgeber." Abdruck der „Regeln für Leichte Sprache“ des Netzwerks Leichte Sprache e.V. Stand: April 2014 (unveränderter Nachdruck Juni 2018).  
[https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?__blob=publicationFile) (15.07.2018)

Bohn Stafleu van Loghum/Springer Media bv (2011). "Introductie van medische vaktalspelling: minder taalverwarring" (persbericht). *Nieuwsbank*, 12.12.2011.  
<https://www.nieuwsbank.nl/archief/introductie-van-medische-vaktalspelling-minder-taalverwarring?id=2851533> (11.11.2018)

Bredel, U. & C. Maaß (2016a). *Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis*. Berlin: Dudenverlag.

Bredel, U. & C. Maaß (2016b). *Ratgeber Leichte Sprache. Die wichtigsten Regeln und Empfehlungen für die Praxis*. Berlin: Dudenverlag

Brouns, F. (2013). "Wheat Belly ongefundeerde kruistocht tegen tarwe en gluten." *Glutenvrij Magazine*, maart 2013, 26-27.  
[https://www.ahealthylife.nl/wp-content/uploads/2016/11/glutenvrij-magazine-2013-1\\_wheat\\_belly.pdf](https://www.ahealthylife.nl/wp-content/uploads/2016/11/glutenvrij-magazine-2013-1_wheat_belly.pdf) (25.04.2017)

Buisman, M. & W. Houtkoop (2014). *Laaggeletterdheid in kaart*. 's-Hertogenbosch: Expertisecentrum Beroepsonderwijs/Stichting Lezen & Schrijven.  
[https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/Laaggeletterdheid\\_in\\_Kaart\\_\(2014\).pdf](https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/Laaggeletterdheid_in_Kaart_(2014).pdf) (02.05.2017)

Catford, J. C. (1965). *A Linguistic Theory of Translation*. Oxford: University Press.

CHO: Consilium voor de Huisartsopleiding (2009). *Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts*. Utrecht: Consilium voor de Huisartsopleiding.  
[http://uitdepraktijk.huisartsopleiding.nl/images/pdf/Competentieprofiel\\_en\\_Eindtermen\\_versie\\_20090929\\_definitief\\_cho.pdf](http://uitdepraktijk.huisartsopleiding.nl/images/pdf/Competentieprofiel_en_Eindtermen_versie_20090929_definitief_cho.pdf) (16-11-2018)

DUDEN (2006). *Die Grammatik: Unentbehrlich für richtiges Deutsch. Nach den Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung 2006 überarbeiteter Neudruck der 7., völlig neu erarbeiteten und erweiterten Auflage* (Band 4). Herausgegeben von der Dudenredaktion. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.

Dujardin, A. (2015). "Overgevoeligheid voor gluten zit vaak tussen de oren." *Trouw Online*, 02.09.2015.

<https://www.trouw.nl/home/overgevoeligheid-voor-gluten-zit-vaak-tussen-de-oren~a9db7a5b/> (25.04.2017)

DZG: Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V. (2016). "Zöliakie. Broschüre in leichter Sprache."

[https://www.dzg-online.de/files/leichte\\_sprache\\_web.pdf](https://www.dzg-online.de/files/leichte_sprache_web.pdf) (21.04.2017)

Editie NL (2014). "Pas op voor de glutenvrij-hype." 24.04.2014.

<https://www.rtlnieuws.nl/editienl/pas-op-voor-glutenvrij-hype> (25.04.2017)

Felber, J. et al. (2014). "S2k-Leitlinie Zöliakie. Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG e. V.) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität." *Zeitschrift für Gastroenterologie* 52, 711-734.

[https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.dgvs.de%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FDGVS\\_Empfehlung\\_fuer\\_Zoeliakie.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.dgvs.de%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FDGVS_Empfehlung_fuer_Zoeliakie.pdf) (23.04.2017)

Galal, I. (2014). "CELIAC DISEASE". *SlideShare*, 09.04.2014.

<https://www.slideshare.net/imangalal/ceeliac-disease-33327794> (17.02.2019)

Gibson, P. R. (2015). "Editorial: noncoeliac gluten sensitivity – the controversy rages on." *Aliment Pharmacology and Therapeutics* 42, 1234.

Grotlüschen, A. & W. Riekman (2011). "leo. – Level-One Studie Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus." *Presseheft*.

[http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2011/12/leo-Presseheft\\_15\\_12\\_2011.pdf](http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2011/12/leo-Presseheft_15_12_2011.pdf) (09.07.2018)

Heij, K. & W. Visser (2006). *Schrijven in eenvoudige Nederlands*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Helmle, K. (2017). *Leichte Sprache: ein Überblick für Übersetzer*. Berlin: BDÜ Fachverlag.

Hoffmann, L. (1985). *Kommunikationsmittel Fachsprache*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Husby S. et al. (2012). "European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease." *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 54, 136-160.

Inclusion Europe (2009). "Informationen für alle! Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht."

[http://easy-to-read.eu/wp-content/uploads/2014/12/DE\\_Information\\_for\\_all.pdf](http://easy-to-read.eu/wp-content/uploads/2014/12/DE_Information_for_all.pdf) (15.07.2018)

Jochems, A.A.F. (2010). *Medisch termen in word en geschrift*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koller, W. (1979). *Einführung in die Übersetzungswissenschaft*. Heidelberg: Quelle & Meyer.

LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging (2011). "Toolkit Laaggeletterdheid. Toolkit voor Omgang met laaggeletterden in de huisartsenpraktijk." Die dazugehörige "Checklist communicatie op maat van laaggeletterden" ist nicht öffentlich zugänglich und wurde mir am 11.05.2017 vom LHV per E-Mail zugeschickt.

[https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/products/toolkit\\_laaggeletterdheid.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/products/toolkit_laaggeletterdheid.pdf) (02.05.2017)

Lutz, B. (2017). "Modelle für die verständliche Fachkommunikation. Das Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichem Anspruch und praktischer Anwendbarkeit." *Trans-kom* 10(3), 284-314.

Maaß, C. (2015). *Leichte Sprache: Das Regelbuch*. Münster/Berlin: LIT-Verlag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). "Programma VN-verdrag: onbeperkt meedoen! Implementatie VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap." Juni 2018.

<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/06/01/programma-vn-verdrag-onbeperkt-meedoen/programma-vn-verdrag-onbeperkt-meedoen.pdf> (29.07.2018)

Montalt-Resurrecció, V. & M. González Davies (2007). *Medical Translation Step by Step: Learning by Drafting*. Manchester: St. Jerome Publishing.

Montalt-Resurrecció, V. (2011). "Medical Translating and Interpreting." In: Y. Gambier & L. van Doorslaer (eds.), *Handbook of Translation: Volume 2*, 79-83. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Muche-Borowski, C. & I. Kopp (2015). "Medizinische und rechtliche Verbindlichkeit von Leitlinien." *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 29, 116-120.

Mulder, C.J.J. et al. (2008). "Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis."

<https://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/coeliakie/coeliakie.pdf> (11.11.2016)

NCV: Nederlandse Coeliakie Vereniging (2016b). "Huisarts Olwen van der Voort van der Kleij. Waarom is het lastig om coeliakie te ontdekken? Huisarts Olwen van der Voort van der Kleij legt uit waarom." *Glutenvrij – Youtubekanaal van de NCV*, 15.06.2016.

<https://www.youtube.com/watch?v=vMMnYYOKM1o> (11.05.2017)

NCV: Nederlandse Coeliakie Vereniging (2017). *Patiëntenbrochure coeliakie/glutenintolerantie: de meest onbekende volksziekte van Nederland*. Naarden: NCV.

NCV: Nederlandse Coeliakie Vereniging (2018). "Persbericht 'Nieuwe richtlijn coeliakie voor huisartsen'. Een doorbraak in de strijd tegen de forse onderdiagnostiek van coeliakie". Naarden, 10.07.2018.

<https://www.glutenvrij.nl/media/documenten/persberichtrichtlijnhuisarts.pdf> (04.08.2018)

NVK: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2012). "Richtlijn Coeliakie: de wijzigingen op een rij." *Nieuwsbrief mei 2012*, 16-17.

[https://www.nvk.nl/DeNVK/Documenten.aspx?Command=Core\\_Download&EntryId=3528](https://www.nvk.nl/DeNVK/Documenten.aspx?Command=Core_Download&EntryId=3528) (08.05.2017)

Nisbeth Jensen, M. & K. Korning Zethsen (2012). "Translation of patient Information leaflets: Trained translators en pharmacists-cum-translators – a comparison." In: V. Montalt-Resurrecció & M. Shuttleworth (eds.), *Translation and knowledge mediation in medical health settings. Linguistica Antverpiensia New Series-Themes in Translation Studies*, 31-49. Brussels: University Press Antwerpen.

Nord, C. (2007). *Translating as a Purposeful Activity. Functionalist Approaches Explained*. Manchester: St. Jerome Publishing.

Nord, C. (2009). *Textanalyse und Übersetzen. Theoretische Grundlagen, Methode und didaktische Anwendung einer Übersetzungsrelevanten Textanalyse*. Tübingen: Julius Groos Verlag.

Nord, C. (2010a). "Tekstanalyse en de moeilijkheidsgraad van een vertaling." In: T. Naaijken, C. Koster, H. Bloemen & C. Meijer (red.), *Denken over vertalen: tekstboek vertaalwetenschap*, 145-152. Nijmegen: Vantilt.

Nord, C. (2010b). *Fertigkeit Übersetzen*. Berlin: BDÜ Fachverlag.

Oosterberg, E. & M. van den Muijsenbergh (2017). *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische tips en inspirerende voorbeelden*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Pander Maat, H. & L. Lentz (2011). "Een Kennisbank over Begrijpelijke Taal." *Tijdschrift voor Taalbeheersing* 33(3), 208-232.

Pinkhof (2016): *Pinkhof Geneeskundig Woordenboek – browsereditie 2016* (dataset pgwbe1608), redactie J.J.E. van Everdingen & A.M.M. van den Eerenbeemt. Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.

Reiß, K. & H. J. Vermeer (1984). *Grundlegung einer allgemeinen Translationstheorie*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). *Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn*. Den Haag.

[http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Richtlijn\\_voor\\_Richtlijnen\\_derde\\_herziene\\_versie.pdf](http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Richtlijn_voor_Richtlijnen_derde_herziene_versie.pdf) (06.05.2017)

Roelcke, T. (2010). *Fachsprachen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Rubio-Tapia, A. et al. (2013). "ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease." *The American journal of gastroenterology* 108, 656-676.

Sanders, T. & C. Jansen (2011). "Begrijpelijke taal – fundamenten en toepassingen van effectieve communicatie." *Tijdschrift voor Taalbeheersing* 33(3), 201-207.

Sauer, C. (1992). "LSP-Slalom of over het vertalen van vakteksten." In T. Hermans et al. (red.), *Handelingen Elfde Colloquium Neerlandicum*, 173-192. Utrecht: IVN.

[http://www.dbnl.org/tekst/han001199101\\_01/han001199101\\_01\\_0015.php](http://www.dbnl.org/tekst/han001199101_01/han001199101_01_0015.php) (11.09.2016)

Schum, S. (2017). "Barrierefreiheit als Herausforderung in der Fachtextübersetzung." *Transkom* 10(3), 349-363.

Stahl, E. (1992). "Medical Translation: it has to be done with precision." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 146(2), 265-266.

SLS: Stichting Lezen & Schrijven (2017). "Eenvoudige taal voor laaggeletterden." [https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/doe-mee/201701\\_factsheet\\_SLS\\_Eenvoudige\\_Taal\\_voor\\_laaggeletterden.pdf](https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/doe-mee/201701_factsheet_SLS_Eenvoudige_Taal_voor_laaggeletterden.pdf) (05.06.2018)

Stolze, R. (2013). *Fachübersetzen – Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Berlin: Frank & Timme.

Twickler, Th.B., E. Hoogstraaten, A. Reuwer, L. Singels, K. Stronks & M. Essink-Bot (2009). "Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153(33), 1639-1643.

Walsum, S. van (2018). "Buitenlandse studenten snappen niets van onze zesjescultuur. Interview met Kathrin Twiesselmann-Steigerwald." *De Volkskrant*, 15.08.2018. <https://www.volkskrant.nl/mensen/buitenlandse-studenten-snappen-niets-van-onze-zesjescultuur~b8568260/> (18.08.2018)

Walvoort, H.C., C.J.E. Kaandorp, F.W.A. Verheugt, H. Veeken & J. van Gijn (2010). *Het schrijven van een medisch-wetenschappelijk artikel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Walvoort, H.C. (2012). "Medische spelling." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 156, B790. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/b790.pdf> (11.11.2018)

Weelden, H.C. van & C.H. Langeveld (2012). "Pinkhof Geneeskundig woordenboek." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 155, A4537. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a4537.pdf> (11.11.2018)

Wills, W. (1977). *Übersetzungswissenschaft. Probleme und Methoden*. Tübingen: Gunter Narr.

Woittiez, I., M. Ras & D. Oudijk (2012). *IQ met beperkingen. De mate van verstandelijk handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zanini, B., Baschè, R., Ferraresi, A., Ricci, C., Lanzarotto, F., Marullo, M., Villanacci, V., Hidalgo, A. and Lanzini, A. (2015a). "Randomised clinical study: gluten challenge induces symptom recurrence in only a minority of patients who meet clinical criteria for non-coeliac gluten sensitivity." *Aliment Pharmacology and Therapeutics* 42, 968–976.

Zanini, B., Ricci, C. and Lanzini, A. (2015b). "Editorial: noncoeliac gluten sensitivity – the controversy rages on. Authors' reply." *Aliment Pharmacology and Therapeutics* 42, 1235.

Zanini, B., Baschè, R., Ferraresi, A., Ricci, C., Lanzarotto, F., Marullo, M., Villanacci, V., Hidalgo, A. and Lanzini, A. (2015c). "Randomised clinical study: gluten challenge induces symptom recurrence in only a minority of patients who meet clinical criteria for non-coeliac gluten sensitivity." *Aliment Pharmacology and Therapeutics* 42, 968–976.

# 7. Anhang

## 7.1 Ausgangstext 1 (die zu übersetzenden Ausschnitte aus: Felber et al. 2014)

### Empfehlung 1.1.: Formen der Zöliakie

Die Zöliakie umfasst potenzielle, subklinische, symptomatische, klassische und refraktäre Formen. Die Bezeichnung „einheimische Sprue“, aber auch die Differenzierung in „overte“, „silente“, „latente“, „atypische“, „asymptomatische“ oder „oligosymptomatische“ Formen sollte nicht mehr verwendet werden.  
[starker Konsens, Empfehlung]

Vor diesem Hintergrund schlägt die Konsensuskonferenz auch unter besonderer Berücksichtigung aktueller Ergebnisse einer internationalen Arbeitsgruppe zur Definition der Zöliakie [17] vor, grundsätzlich nur noch zwischen der

- a) potenziellen,
- b) subklinischen,
- c) symptomatischen,
- d) klassischen und
- e) refraktären

Form zu unterscheiden. Ältere Bezeichnungen wie „overte“, „silente“, „latente“, „atypische“, „asymptomatische“ oder „oligosymptomatische“ Formen sollten nicht mehr verwendet werden. Auch ist der immer noch verwandete Begriff der „einheimischen Sprue des Erwachsenen“ nicht mehr zu gebrauchen (Tab. K-1, K-2).

### Klassische und symptomatische Zöliakie

Unter der Bezeichnung „symptomatische Zöliakie“ werden sowohl Betroffene mit einer „klassischen“ oder „typischen“ Verlaufsform als auch Betroffene mit untypischen Symptomen, z. B. extraintestinalen Symptomen zusammengefasst. Die Bezeichnungen „klassische Zöliakie“ und „typische Verlaufsform“ sind

als Synonyma zu verstehen. Die typische bzw. klassische Zöliakie als gluteninduzierte Enteropathie manifestiert sich mit den Krankheitszeichen der Malabsorption wie Gewichtsverlust, Steatorrhö und Eiweißmangelödemen. Die volle Ausprägung des Krankheitsbilds beim Kleinkind, welches immer noch mit der Zöliakie gleichgesetzt wird, umfasst ein aufgetriebenes Abdomen, voluminöse übelriechende dyspeptische Diarrhöen, Muskelhypotrophie, Anorexie und eine Veränderung des Verhaltens. Als typische Hinweise im Kindesalter gelten zudem Eisenmangel, Wesensveränderungen, z. B. Weinerlichkeit, oder eine Wachstumsretardierung („klassische Zöliakie“) [18 – 20]. Die Symptome beginnen meist zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr.

Heute hat sich das Erscheinungsbild der Zöliakie jedoch so verändert, dass diese typische Form des Kleinkindes nicht mehr die ist, die am häufigsten beobachtet wird. Die meisten Betroffenen mit symptomatischer Zöliakie leiden unter abdominalen Beschwerden wie Dyspepsie, Flatulenz oder Wechsel der Stuhlgewohnheiten. Auch Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Depressionen oder eine Obstipation können Symptome sein. Gelegentlich sind aber auch laborchemische Veränderungen, z. B. eine (leichte) Transaminasenerhöhung oder eine Schilddrüsenfunktionsstörung die einzigen Indikatoren. Die Zahl der Personen, die aufgrund gastro-intestinaler Symptome diagnostiziert werden, geht zurück, wohingegen die Zahl der beim Screening von Risikogruppen erkannten Fälle zunimmt [21] (Tab. K-3).

Die veraltete Bezeichnung der „atypische Zöliakie“ ergab sich zwangsläufig aus den durch den Begriff „klassische Zöliakie“ beschriebenen Symptomen. So wurden unter der Bezeichnung „atypische Zöliakie“ bei Betroffenen Symptome bzw. Konstellationen wie erhöhte Transaminasen, neurologisch-psychiatrische Veränderungen (z. B. Migräne, Epilepsie, Depression) oder Hautveränderungen einschließlich der Dermatitis herpetiformis Duhring beschrieben. Es wird stattdessen empfohlen den Begriff der symptomatischen Zöliakie zu verwenden. Manchmal sind diese Symptome sehr dezent, sodass der falsche Begriff der „asymptomatischen Zöliakie“ verwandt wird [22 – 24]. Unzweifelhaft hat sich das klinische Bild der Zöliakie in den letzten Dekaden verändert, sodass andere Symptome und moderate chronische Mangelzustände (z. B. Anämie, Osteopathie; Tab. K-4) dominieren. Von verschiedenen Experten wird deshalb auch empfohlen den Begriff „typische Zöliakie“ nicht mehr zu verwenden [25].

### Subklinische Verlaufsform

Betroffene mit „asymptomatischer Zöliakie“, d. h. Betroffene mit zöliakiespezifischer Serologie und typischen Veränderungen in den Dünndarmbiopsien (mind. MARSH 2), weisen auch bei sorg-

Tab. K-1 Nomenklatur Zöliakie.

Historische Bezeichnungen	Empfohlene Bezeichnung
typische Zöliakie	klassische Zöliakie
atypische Zöliakie	symptomatische Zöliakie
overte Zöliakie	
subklinische Zöliakie	subklinische Zöliakie
asymptomatische Zöliakie	
silente Zöliakie	
refraktäre Zöliakie	refraktäre Zöliakie
latente Zöliakie	potenzielle Zöliakie
potenzielle Zöliakie	

	Malabsorptions-syndrom	unspezifische Symptome	Zöliakie spezif. AK	HLA	Marsh 2o, 3
			tTG-AK	DQ2	
				DQ8	
klassische	+	+/-	+	+	+
symptomatische	-	+	+	+	+
subklinische	-	-	+	+	+
refraktäre (nur Erwachsene)	+	+/-	+	+	+
potenzielle	-	-	+	+	-

<sup>1</sup> Angelehnt an Ludvigsson et al. Gut 2013 [17].

Tab. K-2 OSLO-Klassifikation der Zöliakie.<sup>1</sup>

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Tab. K-3

	Zöliakie	Weizensensitivität
Zeitraum zwischen Glutenexposition und Symptomen	Wochen bis Jahre <sup>1</sup>	Stunden bis Tage
Pathogenese	angeborene und adaptive Immunantworten	wahrscheinlich angeborene Immunität gegen z. B. ATIs; Vermehrung der IEL möglich (nicht so stark wie bei klassischer Zöliakie)
HLA	HLA DQ2 / DQ8 in 99 %	nicht bekannt
Antikörper	tTG-Antikörper positiv	Gladin-Antikörper (IgA oder IgG) möglich
Dünndarmhistologie (unter Normal-kost)	MARSH 2 – 4	MARSH 0 – 1
Komplikationen	Komorbiditäten, langfristige Komplikationen (Lymphomrisiko)	noch unklar

<sup>1</sup> Einzelne Zöliakiebetreffende können bereits nach Stunden auf Diätfehler mit Durchfall und Bauchschmerzen reagieren.

Tab. K-4

<b>intestinale Symptome</b>
Motilitätsstörungen, von der Diarrhoe bis hin zur Obstipation
Übelkeit und Erbrechen, Flatulenz, chronische Bauchschmerzen
aufgeblähtes Abdomen
<b>extraintestinale Symptome</b>
Gewichtsverlust
Wachstumsstörung beim Kind
Anämie
Osteomalazie/Osteoporose, Zahnschmelzveränderungen
periphere Neuropathie/Polyneuropathie
Tetanie/Muskelschwäche
Nachtblindheit
Hämatome
Ödeme
rezidivierende orale Aphten

fältiger Anamneseerhebung und körperlicher Untersuchung sowie orientierender Labordiagnostik keine Auffälligkeiten auf. Nach Einleitung einer glutenfreien Diät (GFD) sind in der Regel keine positiven Veränderungen zu beobachten. Von verschiedenen Gruppen wurde für diese Situation auch der Begriff „silente Zöliakie“ gebraucht; dieser erscheint entbehrlich und die Bezeichnung „subklinische Form“ ist zu bevorzugen. Personen mit asymptomatischer Zöliakie werden meist im Rahmen populationsbasierter Screeningprogramme, bei der Testung Verwandter ersten Grades oder bei gezielter Suche nach möglichen Ursachen von Komorbiditäten (siehe auch **Tab. K-5**) identifiziert. Verschiedene Studien haben bei Personen mit „asymptomatischer Zöliakie“ eine verminderte Lebensqualität oder andere Minorsymptome, insbesondere extraintestinale Manifestationen (z. B. Fatigue-Syndrome) [26], nachgewiesen. Diese können sich nach Einleitung einer glutenfreien Diät bessern. Korrekterweise sollte deshalb in diesen Situationen die Bezeichnung „subklinische Zöliakie“ benutzt werden. Andere Studien zur Lebensqualität von Personen mit asymptomatischer Zöliakie weisen diese Einschränkungen nicht nach, was die Empfehlung zur Durchführung bzw. Akzeptanz einer glutenfreien Diät erschwert [27 – 31].

Tab. K-5

Erkrankungen, bei denen eine Zöliakie ausgeschlossen werden sollte bzw. der Ausschluss bedacht werden sollte*
Autoimmunerkrankungen
Diabetes mellitus Typ 1 [45, 46]
Hashimoto-Thyreoiditis [47]
Autoimmunhepatitis, PBC [48]
Kollagenosen (Sjögren-Syndrom [49, 50]/systemischer Lupus erythematodes)
Addison-Syndrom [51]
neurologisch-psychiatrische Krankheiten
Migräne* [52, 53]
Epilepsie* [54]
Depression und Angststörungen* [55, 56]
Hauterkrankungen
Dermatitis herpetiformis Duhring [57]
Psoriasis* [58]
genetische Syndrome
Down-Syndrom/Trisomie 21 [59, 60]
Turner-Syndrom/Monosomie X* [61]
weitere Erkrankungen bzw. Symptome oder Symptomkomplexe
Asthma bronchiale [62]
Transaminasenerhöhungen [63 – 65]
selektiver IgA-Mangel [66, 67]
Osteopathie (Osteomalazie, Osteoporose) [68, 69]
mikroskopische Kolitis [70]
Reizdarmsyndrom [71, 72]
lymphoproliferative Erkrankungen* [73 – 76]

Wahrscheinlich entstehen die Widersprüche durch die Untersuchung verschiedener Patientenkollektive; von Patienten, die entweder gar keine Symptome und normale Laborwerte aufweisen („asymptomatische Zöliakie“) und Patienten, die nur bei sehr sorgfältiger Untersuchungen bzw. Erhebung spezieller Laborwerte krankhafte Veränderungen aufweisen oder nach Einleitung einer GFD eine subjektive Verbesserung ihrer Gesamtsituation verspüren („subklinische Zöliakie“). Typische Beispiele wären Personen mit Wohlbefinden, die lediglich leicht erhöhte Transaminasen aufweisen oder bei denen in einer Mineralsalzdichtebestimmung des Skeletts pathologische Werte auffallen.

#### Refraktäre Zöliakie

Eine refraktäre Zöliakie liegt vor, wenn bei Nachweis einer neuen oder persistierenden Zottenatrophie, trotz strikter glutenfreier Diät über 12 Monate, intestinale oder extraintestinale Symptome persistieren oder wieder auftreten. Zur genauen Charakterisierung und Beschreibung des Krankheitsbilds wird auf den Abschnitt 5 „Refraktäre Zöliakie“ verwiesen.

#### Latente Zöliakie

In der Literatur existieren teilweise kontroverse Diskussionen zur „latenten Zöliakie“. Von einigen Arbeitsgruppen wird als „latente Zöliakie“ die Konstellation mit positiver zöliakiespezifischer Serologie und aktuell normaler Dünndarmmukosa unter Normal-kost, aber Nachweis einer pathologischen Dünndarmhistologie in der Vergangenheit verstanden. Andere verstehen hierunter eine nicht diagnostizierte Zöliakie oder ein Zöliakiepotenzial bei Personen mit anderen Autoimmunerkrankungen. Insgesamt erscheint die Bezeichnung nicht zielführend und sollte deshalb nicht mehr verwendet werden.

### Potenzielle Zöliakie

Die Bezeichnung „potenzielle Zöliakie“ sollte für Personen verwendet werden, die eine positive, zöliakiespezifische Antikörperkonstellation im Serum aufweisen, bei denen aber die histologische Beurteilung der Dünndarmmukosa einen unauffälligen Befund ergeben hat. Andere Arbeitsgruppen bezeichnen mit dem Begriff „Patienten mit potenzieller Zöliakie“ Personen, die eine positive Serologie haben und bei denen im Duodenum eine erhöhte Anzahl von intraepithelialen Lymphozyten (IEL) (MARSH 1) nachgewiesen werden kann [33] – einer histologischen Konstellation mit geringer Spezifität (siehe Kapitel Pathologie). Einer aktuellen Untersuchung nach wiesen immerhin knapp 20% aller Personen mit zöliakiespezifischer Serologie keine Veränderungen im Duodenum auf. Die potenzielle Zöliakie wäre somit eine relativ häufige klinische Konstellation [3]. Jedoch sind derartige Studien problematisch, da die Rate falsch negativer oder falsch positiver Serologien u. a. von der Art des eingesetzten Tests und der Wertung grenzwertiger Titer abhängt.

### Weizenallergie

Genauso wie die Zöliakie ist die Weizenallergie eine immunologische Reaktion gegen Weizenproteine; im Unterschied zur Zöliakie treten hier IgE-vermittelte und/oder T-Zell-vermittelte Reaktionen gegen verschiedene Weizenproteine, u. a.  $\omega$ -5-Gliadin [35],  $\gamma$ -Gliadin, Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATIs), Thioredoxin oder Lipid-Transfer-Protein auf. Die Symptome der Weizenallergie können in Mund, Nase, Augen und Rachen (Schwellung, Jucken oder Kratzgefühl), der Haut (atopisches Ekzem, Urticaria), der Lunge (Atemnot, Asthma, Bäckerasthma) oder dem Gastrointestinaltrakt (Krämpfe, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Diarrhö) auftreten. Die gastrointestinalen Formen der Weizenallergie sind klinisch nicht eindeutig von einer Zöliakie zu unterscheiden. Eine Sonderform ist die eosinophile Ösophagitis, bei der auch Weizen ein Auslöser sein kann. Endoskopisch und histologisch findet sich bei Weizenallergie ähnlich wie bei anderen Nahrungsmittelallergien ein breites Spektrum, das von Normalbefunden, über eosinophile Infiltrate, einer Vermehrung der intraepithelialen Lymphozyten (MARSH 1), nodulärer Hyperplasie mit vermehrten Lymphfollikeln bis zu den eher seltenen Formen, vor allem im Kindesalter, mit Ulzerationen oder Zottenschaden reicht.

### Nichtzöliakie-Nichtweizenallergie-Weizensensitivität

Die Nichtzöliakie-Nichtweizenallergie-Weizensensitivität ist eine Intoleranz gegenüber Weizenbestandteilen. Das klinische Bild kann der Zöliakie ähnlich sein. Möglicherweise sind nicht das im Weizen enthaltene Gluten, sondern die mit glutenhaltigen Produkten assoziierten Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATIs), die zu einer Aktivierung des angeborenen Immunsystems über Toll-like-4-Rezeptoren führen, ursächlich [35]. Möglicherweise besitzen aber auch sog. FODMAPs eine wichtige Bedeutung. Hier handelt es sich um nicht resorbierbare „Fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und (and) Polyole“. Diese natürlicherweise in Nahrungsmitteln vorkommenden Kohlenhydrate könnten auch bei Personen mit Nichtzöliakie-Nichtweizenallergie-Weizensensitivität für die Beschwerden verantwortlich zu machen sein. In einer jüngst publizierten placebokontrollierten Cross-over-Belastungsstudie bei Personen, die auch Reizdarmkriterien erfüllten, konnte kein pathologischer Effekt für Gluten, wohl aber ein günstiger Effekt bei Reduktion der FODMAPs nachgewiesen werden [37].

Sicher ist, dass es sich bei diesem unscharf definierten Krankheitsbild nicht um eine allergische oder autoimmune Erkrankung

handelt, bei der der Konsum von weizenhaltigen Produkten Symptome ähnlich jenen der Zöliakie verursachen kann. Zu den gastrointestinalen Symptomen zählen Blähungen, abdominale Beschwerden, Schmerzen oder Durchfälle; es können aber auch zahlreiche extraintestinale Symptome einschließlich Kopfschmerzen und Migräne, Lethargie und Müdigkeit, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivität, Muskelbeschwerden sowie Knochen- und Gelenkschmerzen auftreten [4, 38, 39]. Betroffene sollten eine glutenfreie Diät ähnlich wie Zöliakiebetroffene einhalten; aufgrund der wahrscheinlich zentralen Rolle der angeborenen Immunität gegen ATIs ist es jedoch plausibel, dass hier eine weniger strikte glutenfreie Diät möglich ist. Studien hierzu gibt es jedoch noch nicht (• Tab. K-3).

### Empfehlung 1.2.: Formen der Zöliakie

Es gibt kein klinisches Bild (z. B. Adipositas, Obstipation etc.), das per se eine Zöliakie ausschließt.  
[starker Konsens]

### Kommentar

Das klinische Bild der Zöliakie ist durch unterschiedliche mehr oder weniger stark ausgeprägte Symptome gekennzeichnet (siehe • Tab. K-4).

Zum Teil sind Betroffene beschwerdefrei; d. h. es liegt eine subklinische Zöliakie vor. Vor diesem Hintergrund gibt es kein Leit-symptom oder keinen Symptomenkomplex, der dem behandelnden Arzt nahe legt, an eine Zöliakie zu denken. Vielmehr sind primär die differenzialdiagnostischen Überlegungen breit zu führen und somit relativ häufig eine Zöliakie auszuschließen (siehe dazu Kapitel 2, Diagnostik). Häufig wird mit einer Zöliakie ein Gewichtsverlust bzw. Untergewicht assoziiert. Systematische Studien belegen jedoch, dass bei Diagnosestellung 28% Übergewichtig und 11% sogar adipös sein können [40]. D. h. Übergewicht schließt eine Zöliakie nicht aus. Bei Frauen mit Zöliakie ist häufiger eine Amenorrhö zu beobachten; bez. der Fertilität und der Abortrate gibt es kontroverse Befunde. So beschreiben Choi und Mitarbeiter eine verminderte Fertilität [42], während Tata und Mitarbeiter zwar ein höheres Alter der Mütter bei Geburten, aber insgesamt keine verminderte Fertilität oder erhöhte Abortrate nachweisen [42]. Insgesamt gibt es verschiedene Hinweise, dass bei schwangeren Frauen mit Normalkost ein höheres Gesundheitsrisiko besteht als bei Schwangeren, die eine GFD einhalten. Zu diesen Risiken gehören eine intrauterine Wachstumsretardierung, Untergewicht, Frühgeburtlichkeit und eine höhere Kaiserschnitt-rate [43]. Keine Risikoerhöhung liegt bei einer Zöliakie des Vaters vor [44].

Unabhängig davon gibt es Komorbiditäten, die gehäuft bei einer Zöliakie auftreten bzw. aufgrund derer Untersuchungen zum Nachweis oder Ausschluss einer Zöliakie durchgeführt bzw. erwogen werden sollen (• Tab. K-5).

Kritisch angemerkt sei aber an dieser Stelle auch, dass die Summe der Häufigkeiten dieser Komorbiditäten bei konsequenter Umsetzung zum „Screenen“ großer Bevölkerungsgruppen führen würde. Dieses ist in der aktuellen Situation nicht umsetzbar, sodass eine intensivierte „Case-finding-strategy“ wie sie von Catasani et al. beschrieben wurde sinnvoll erscheint [77].

Unabhängig von dieser Einschränkung ist allgemein bekannt, dass bei klassischen Autoimmunerkrankungen wie dem Diabetes mellitus Typ 1, einer Autoimmunthyreoiditis [47] – oder Autoimmunhepatitis [48] das Risiko für eine begleitende Zöliakie signifikant erhöht ist (zur Übersicht siehe Denham 2013 [78]). Insbe-

sondere ist die Assoziation zwischen der Zöliakie und Personen mit Typ-1-Diabetes-mellitus gut bekannt [45, 46]. In einer aktuellen Übersicht wird die Zöliakieprävalenz bei pädiatrischen und adulten Typ-1-Diabetikern zwischen 4,4 und 11% angegeben [79]. Auch ist die Prävalenz von Kollagenosen [80] oder neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen (zur Übersicht siehe Cooke Brain 1966 [81]) einschließlich Depression und Angststörungen [55] bei Personen mit Zöliakie erhöht. Eine aktuelle Prävalenzstudie beschreibt für Zöliakiebetroffene ein 3,8-fach erhöhtes Risiko (95% Vertrauensintervall: 1,8–8,1) an einer Migräne zu erkranken [53]. Eine weitere große epidemiologische Studie, unter Einbeziehung von fast 29 000 Zöliakiepatienten und 143 000 Kontrollen, beschreibt ein erhöhtes Risiko für die Manifestation einer Epilepsie (Risiko 1,4 [1, 7]) [54].

Auch bei einer Reihe von genetisch-determinierten Syndromen (Down-Syndrom, Turner-Syndrom) ist die Prävalenz der Zöliakie deutlich erhöht [59–61].

Erhöhte Transaminasen sind häufige klinische Befunde, die auch bei Zöliakiebetroffenen zu beobachten sind. Vor diesem Hintergrund sollte in der differenzialdiagnostischen Abklärung erhöhter Transaminasen eine Zöliakiediagnostik durchgeführt werden [63]. Nach Einleitung einer GFD kommt es häufig zu einer Normalisierung der Transaminasen [64]. Selten kann eine Zöliakie mit einer schweren, vital bedrohlichen Lebererkrankung einhergehen [65]. Der IgA-Mangel ist das häufigste Immundefektsyndrom in Deutschland und in der Gesamtbevölkerung mit einer Prävalenz von 1:400 bis 1:800 nachzuweisen. Bei Zöliakiebetroffenen ist der IgA-Mangel deutlich häufiger (ca. 2–3%) [66, 67]; somit sind Personen mit nachgewiesenem IgA-Mangel auf das gleichzeitige Vorhandensein einer Zöliakie zu untersuchen (siehe dazu Kapitel 2, Diagnostik).

Wenn auch einzelne Untersuchungen für Patienten mit Reizdarmsyndrom (RDS) kein erhöhtes Risiko für eine Zöliakie aufweisen [82], zeigt eine aktuelle Metaanalyse bei Personen mit RDS-Symptomen ein insgesamt etwa 4-fach erhöhtes Risiko für eine Zöliakie auf [71]. Auch weisen Zöliakiebetroffene vor Diagnosestellung ein signifikant höheres Risiko auf, die Diagnose „Reizdarmsyndrom“ zu erhalten bzw. RDS-spezifische Untersuchungen zu erhalten [72]. Weiterhin ist ein Screening von RDS-Patienten auf Zöliakie unter Kosten-Nutzen-Aspekten sinnvoll [83]. Eine epidemiologische Studie weist bei Personen mit mikroskopischer Kolitis [70] in ca. 5% der Fälle auf eine begleitende Zöliakie hin.

Verschiedene Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko für lymphoproliferative Erkrankungen bei Personen mit Zöliakie [73–76]. Dabei nimmt das Erkrankungsrisiko über die Zeit nach Diagnosestellung ab. Diese Abnahme ist wahrscheinlich auf die glutenfreie Diät zurückzuführen (siehe dazu auch Kapitel 5, refraktäre Zöliakie). Das Lymphomrisiko bleibt allerdings höher als in der Normalbevölkerung [84]; insbesondere bei Personen, bei denen eine Persistenz der Zottenatrophie nachgewiesen wird [25].

Zur Assoziation der Zöliakie mit chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) [85], kolorektalen Karzinomen [86], Fibromyalgiesyndrom [87, 88], nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus und dem metabolischem Syndrom [88] sind kontroverse Ergebnisse beschrieben worden.

### Empfehlung 1.3.: Dermatitis herpetiformis Duhring

Die Dermatitis herpetiformis Duhring ist eine Sonderform der Zöliakie, die sich an der Haut manifestiert. Betroffenen Personen soll eine gastroenterologische Mitbetreuung angeboten werden.

[starker Konsens, starke Empfehlung]

#### Kommentar

Die **Dermatitis herpetiformis Duhring** (auch Morbus Duhring) ist eine blasenbildende Autoimmundermatose mit subepidermaler Blasenbildung. Die Erkrankung bietet ein vielfältiges Bild mit herpesähnlich gruppierten Bläschen. Rötungen, Ekzeme und Quaddeln können weitere Veränderungen sein; die Patienten leiden häufig unter starkem brennendem Juckreiz. Meist ist die Haut an Ellbogen und Knie, aber auch die Kopfhaut, die Haut an der Stirn, an Schultern, am Gesäß und im oberen Brustbereich betroffen. Männer sind rund 1,5-mal häufiger betroffen als Frauen. Die Erkrankung tritt v.a. im mittleren Lebensalter auf. Ursächlich scheint die Ablagerung von Komplexen der epidermalen Transglutaminase (eTG) und gegen eTG gerichtetem IgA an der Basalmembran beteiligt zu sein, die zu einer Aktivierung von Komplementfaktoren und einer damit verbundenen Spalt- und Blasenbildung führt [89, 90]. Bei fast jedem Patienten mit einer **Dermatitis herpetiformis Duhring** liegt eine meist subklinische Zöliakie als Primärerkrankung zugrunde [57]. Zum Ausschluss einer Malabsorption bzw. anderer Mangelzustände und Komorbiditäten, soll betroffenen Personen eine gastroenterologische Mitbetreuung angeboten werden. Eine Ernährungsberatung mit dem Ziel einer glutenfreien Diät ist auch zur Behandlung der kutanen Primärläsionen sinnvoll.

Neben der Dermatitis herpetiformis Duhring ist bei Zöliakiebetroffenen vor und nach Diagnosestellung das Risiko für die Entwicklung einer **Psoriasis** um den Faktor 1,7 (95% Vertrauensintervall: 1,54–1,92) erhöht [58].

## Kapitel 2: Diagnostik (Arbeitsgruppe 1)

### Empfehlung 2.1.: Klinischer Verdacht

Bei klinischem Verdacht auf Zöliakie sollen primär die Gewebs-Transglutaminase-IgA-Antikörper (tTG-IgA-Ak) oder die Endomysium-IgA-Antikörper (EmA-IgA-Ak), sowie das Gesamt-IgA im Serum untersucht werden. Es genügt in der Regel ein spezifischer Antikörpertest.

[starker Konsens, starke Empfehlung]

#### Kommentar

Bei der Verdachtsdiagnose einer Zöliakie sind primär serologische Untersuchungen indiziert. Ausreichend hohe Spezifität und Sensitivität bei der Diagnostik der Zöliakie besitzen die Gewebs-Transglutaminase-IgA-Antikörper (tTG-IgA-Ak) (ELISA) und die Endomysium-IgA-Antikörper (EmA-IgA-Ak) (indirekte Immunfluoreszenz) [73, 91, 92]. Nach der jüngsten Übersicht von Giersiepen et al. liegen die Werte für die vielen auf dem Markt erhältlichen Tests für tTG-IgA-Ak zwischen 74 und 100% (Sensitivität) und 78 und 100% (Spezifität). Für die EmA-IgA-Ak liegt die Sensitivität zwischen 83 und 100% und die Spezifität zwischen 95 und 100% [91].

thologie ergänzen sich in ihrer Aussagekraft. T-Zellklonalität und aberranter Immunphänotyp weisen auf eine neoplastische Transformation der T-Lymphozyten hin, sind für sich allein genommen jedoch nicht spezifisch für die refraktäre Zöliakie und können auch – in der Regel transient – bei unkomplizierter Zöliakie unter Glutenbelastung beobachtet werden [220]. Die Kombination aus positivem Klonalitätsbefund und aberranter Antigenexpression hat hingegen eine hohe Spezifität und hohen prädiktiven Wert hinsichtlich der Entwicklung eines enteropathieassoziierten Lymphoms [220]. Es ist davon auszugehen, dass sich ein EATL aus einem aberranten T-Zell-Klon bei refraktärer Zöliakie Typ II entwickelt. Die Grenzen des Übergangs eines solchen T-Zell-Klons in ein beginnendes Lymphoma in situ werden kontrovers diskutiert, die EATL-Diagnose setzt aber weitere, allgemeine Tumorkriterien, vor allem das Vorliegen zytologischer Atypien voraus.

### Kapitel 5: Refraktäre Zöliakie, ulzerative Jejunitis und enteropathieassoziiertes T-Zelllymphom (EATL); (Arbeitsgruppe 5)

Die refraktäre Zöliakie (RCD) zählt mit einer kumulativen Inzidenz von ca. 1,5 % bei Personen mit einer Zöliakie zu den seltenen Erkrankungen [216]. Zumeist sind analog zur unkomplizierten Zöliakie Frauen betroffen [221]. Der Erkrankungsgipfel liegt bei ca. 50 Jahren, wobei auch ein Auftreten unter 30 Jahren beschrieben ist [221]. Verlässliche europäische oder deutsche Daten existieren hierzu nicht. In der Abklärung von Personen mit Symptomen einer RCD ergeben sich häufig andere Ursachen für die Zottenatrophie wie z. B. anhaltende Diätfehler, sodass nach diesen initial gezielt gesucht werden muss [198]. Ein initial nach Diagnose einer Zöliakie erhöhtes Malignomrisiko für diverse Karzinome scheint sich im Laufe der Beobachtungszeit und einer mutmaßlichen GFD dem der Normalbevölkerung anzupassen [25, 74]. Die Normalisierung des Malignomrisikos trifft nicht für Non-Hodgkin-Lymphome und hier vor allem nicht für das enteropathieassoziierte T-Zelllymphom (EATL) (3,5 – 15-fach erhöht) zu. Jedoch scheint auch hier eine Verbesserung der Schleimhautmorphologie und damit die Einhaltung einer GFD mit einer Reduktion des Lymphomrisikos einherzugehen [25, 74, 222]. Das initial von Holmes et al. beschriebene massiv erhöhte Risiko (bis zu 70-fach) konnte in den großen populationsbasierten Studien nicht nachvollzogen werden [74, 223].

#### Empfehlung 5.1.

Bei Auftreten bzw. Wiederauftreten folgender Symptome sollte an das Vorliegen einer Komplikation einer Zöliakie (refraktäre Zöliakie [RCD], enteropathieassoziiertes T-Zell-Lymphom [EATL], ulzerative Jejunitis [UJ], Adenokarzinom des Dünndarms) gedacht werden:

- ▶ persistierende oder wiederaufgetretene Diarrhö (länger als 4 Wochen anhaltend)
  - ▶ unklarer Gewichtsverlust
  - ▶ unklare Temperaturerhöhungen
  - ▶ Leistungsminderung, Müdigkeit
  - ▶ ungeklärter Nachtschweiß
- [starker Konsens, Empfehlung]

#### Kommentar

Eine refraktäre Zöliakie (RCD) kann sich primär im Rahmen der Erstdiagnose einer Zöliakie manifestieren oder nach einer Periode initialer Besserung der diagnostizierten Zöliakie unter einer glutenfreien Diät [201].

Die Symptome, die auf eine Komplikation einer Zöliakie (refraktäre Zöliakie [RCD], enteropathieassoziiertes T-Zell-Lymphom (EATL), ulzerative Jejunitis (UJ), Adenokarzinom des Dünndarms) hinweisen können, sind unspezifisch und können z. B. auch im Rahmen von Diätfehlern auftreten [198, 224]. Letztere sind in jedem Fall mittels einer Diätberatung durch eine geschulte Diätassistentin auszuschließen [202]. Weitere Symptome wie eine Anämie, ein Wechsel der Stuhlgewohnheiten (Diarrhö, Obstipation oder im Wechsel), abdominelle Schmerzen oder Vitaminmangelzustände können ebenfalls im Rahmen einer Komplikation auftreten, sind jedoch noch weniger spezifisch.

Das parallele Auftreten von mehr als einem Symptom erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine Komplikation der Zöliakie.

EATLs können sich auch ohne weitere Symptomatik durch ein akutes Abdomen oder eine gastrointestinale Blutung manifestieren [225].

#### Empfehlung 5.2.

Folgende Befundkonstellation sollte bei der Diagnose einer refraktären Zöliakie vorliegen:

- ▶ initial unter Normalkost erhöhte Gewebs-Transglutaminase-IgA-Antikörper (tTG-IgA-Ak) oder Endomysium-IgA-Antikörper (EmA-IgA-Ak) Titer
- ▶ im Verlauf unter glutenfreier Diät Normalisierung der tTG-IgA Ak bzw. EmA-IgA-Ak
- ▶ konsequente glutenfreie Diät durch suffiziente Diätberatung bestätigt (Diätassistent)
- ▶ persistierende oder erneut aufgetretene Zottenatrophie > 12 Monate trotz strikter glutenfreier Diät und parallel klinische Symptome

[starker Konsens, Empfehlung]

#### Kommentar

Zur Abgrenzung einer RCD von anderen nicht mit der Zöliakie assoziierten Enteropathiesyndromen, sollten bei der Primärdiagnose der Zöliakie die in Empfehlung 2.16. dargelegten Diagnosekriterien vorgelegen haben. Diese Angaben können bei bereits lange zurückliegender Diagnose oder initial nicht lege artis durchgeführter Diagnostik fehlen. Dann ist die RCD als Komplikation einer zugrunde liegenden Zöliakie nicht zu beweisen. Dies ist insbesondere bei initial fehlenden tTG-IgA-Ak der Fall. Eine Testung auf HLA-DQ2 und HLA-DQ8 kann eine zugrunde liegende Zöliakie nicht ausschließen, sondern nur unwahrscheinlich machen (hoher NPV). Zu Definitionszwecken einigte man sich auf eine Dauer von 12 Monaten, die eine RCD nach Ausschluss von wesentlichen Diätfehlern vorliegen muss, um als gesichert zu gelten [201]. Im Einzelfall kann jedoch auch bei kürzer persistierender Zottenatrophie und schwerwiegenden Symptomen mit der Notwendigkeit einer klinischen Intervention von einer RCD ausgegangen und eine Therapie nach entsprechender Diagnostik eingeleitet werden [226]. Sollten klassische zöliakiedefinierende Kriterien wie tTG-Ak oder eine histologische oder klinische Besserung unter einer glutenfreien Diät fehlen, ist die Abgrenzung einer RCD zu nicht zöliakieassoziierten Enteropathiesyndromen schwierig. Eine diagnostische Hilfestellung zur Abgrenzung zu nicht zöliakieassoziierten Enteropathiesyndromen kann der

## Interessenkonflikte (Fortsetzung)

AG	Funktion	Anrede	Titel	Name	Welche Konflikte?	mit wem?
refraktäre Zöliakie	AG-Mitglied	Herrn		Fessler	Mitgliedschaft	DZG, gewählt, Mitglied im Mitglieder-ausschuss DZG
refraktäre Zöliakie	AG-Mitglied	Herrn	Prof. Dr. med.	Germer	keine	
refraktäre Zöliakie	AG-Mitglied	Frau		Oelhoff	Mitgliedschaft	Selbsthilfe-Vertretung DZG
refraktäre Zöliakie	AG-Mitglied	Herrn	Prof. Dr. med.	Schäfer	keine	
refraktäre Zöliakie	AG-Mitglied	Herrn	Dr. med.	Schumann	Berater und Gutachtertätigkeit Honorare	Dr. Schär Dr. Schär
Therapie	AG-Mitglied	Frau		Brandstätter	Mitgliedschaft	DGVS, DGIM Deutsche Zöliakiegesellschaft, Ehren-amtl. DZG-Zöliakieberaterin und Kontaktperson von Betroffenen
Therapie	AG-Mitglied	Frau	PD Dr. rer. nat.	Dieterich	keine	
Therapie	AG-Mitglied	Herrn		Kühnau	Mitgliedschaft Polit., akadem. Wissen. Persönl.	Vorsitzender der DZG (Ehrenamt) persönliches Interesse, Zöliakiebetroffener
Therapie	AG-Mitglied	Herrn	PD Dr. med.	von Schönfeld	Besitz von Mitgliedschaft	Aktien Mayer und BAK, Fonds DWS DGVS, BDI
		Frau	PD Dr. med.	Lynen Jansen	Mitgliedschaft	DGVS

## Literatur

1. *Riddle MS, Murray JA, Porter CK.* The incidence and risk of celiac disease in a healthy US adult population. *The American journal of gastroenterology* 2012; 107: 1248–1255. DOI: 10.1038/ajg.2012.130
2. *White LE et al.* The rising incidence of celiac disease in Scotland. *Pediatrics* 2013; 132: e924–e931. DOI: 10.1542/peds.2013-0932
3. *Ress K, Luts K, Rago T et al.* Nationwide study of childhood celiac disease incidence over a 35-year period in Estonia. *European journal of pediatrics* 2012; 171: 1823–1828. DOI: 10.1007/s00431-012-1835-0
4. *Ludvigsson JF et al.* Increasing incidence of celiac disease in a North American population. *The American journal of gastroenterology* 2013; 108: 818–824. DOI: 10.1038/ajg.2013.60
5. *Zanoni G et al.* In celiac disease, a subset of autoantibodies against transglutaminase binds toll-like receptor 4 and induces activation of monocytes. *PLoS medicine* 2006; 3: e358. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030358
6. *Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H et al.* Breast-feeding protects against celiac disease. *The American journal of clinical nutrition* 2002; 75: 914–921
7. *Stordal K, White RA, Eggesbo M.* Early feeding and risk of celiac disease in a prospective birth cohort. *Pediatrics* 2013; 132: e1202–1209. DOI: 10.1542/peds.2013-1752
8. *Wingren CJ et al.* Celiac disease in children: A social epidemiological study in Sweden. *Acta paediatrica* 2012 (Oslo, Norway: 1992) 101: 185–191. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02434.x
9. *Olen O, Bihagen E, Rasmussen F et al.* Socioeconomic position and education in patients with coeliac disease. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2012; 44: 471–476. DOI: 10.1016/j.dld.2012.01.006
10. *Kratzer W et al.* Prevalence of celiac disease in Germany: a prospective follow-up study. *World journal of gastroenterology* 2013; WJG 19: 2612–2620
11. *Aziz I et al.* A UK study assessing the population prevalence of self-reported gluten sensitivity and referral characteristics to secondary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014; 26: 33–39
12. *Cosnes J et al.* Incidence of autoimmune diseases in celiac disease: protective effect of the gluten-free diet. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2008; 6: 753–758. DOI: 10.1016/j.cgh.2007.12.022
13. *Husby S et al.* European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2012; 54: 136–160. DOI: 10.1097/MPG.0b013e31821a23d0
14. *Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP et al.* ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *The American journal of gastroenterology* 2013; 108: 656–676. doi:10.1038/ajg.2013.79
15. *Bai JC et al.* World Gastroenterology Organisation global guidelines on celiac disease. *Journal of clinical gastroenterology* 2013; 47: 121–126. DOI: 10.1097/MCG.0b013e31827a6f83
16. *Lieb KKD, Koch K, Baethge C et al.* Interessenskonflikte in der Medizin: Mit Transparenz Vertrauen stärken. *Dtsch Arztebl* 2011; 106 (6): A256–A260
17. *Ludvigsson JF et al.* The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 2013; 62: 43–52. DOI: 10.1136/gutjnl-2011-301346
18. *Mehta G, Tasiaq S, Littleford S et al.* The changing face of coeliac disease. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)* 2008; 69: 84–87
19. *Zawahir S, Safta A, Fasano A.* Pediatric celiac disease. *Current opinion in pediatrics* 2009; 21: 655–660. DOI: 10.1097/MOP.0b013e32832f5b9d
20. *Fasano A.* Celiac disease: the past, the present, the future. *Pediatrics* 2001; 107: 768–770
21. *Reilly NR et al.* Celiac disease in normal-weight and overweight children: clinical features and growth outcomes following a gluten-free diet. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2011; 53: 528–531. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182276d5e
22. *Corazza GR et al.* Subclinical celiac sprue. Increasing occurrence and clues to its diagnosis. *Journal of clinical gastroenterology* 1993; 16: 16–21
23. *Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N et al.* The clinical pattern of subclinical/silent celiac disease: an analysis on 1026 consecutive cases. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 691–696. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.00938.x
24. *Meloni G, Dore A, Fanciulli G et al.* Subclinical coeliac disease in school-children from northern Sardinia. *Lancet* 1999; 353: 37. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)74871-6
25. *Lebwohl B et al.* Mucosal healing and risk for lymphoproliferative malignancy in celiac disease: a population-based cohort study. *Annals of internal medicine* 2013; 159: 169–175. DOI: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00006
26. *Marine M et al.* Impact of mass screening for gluten-sensitive enteropathy in working population. *World journal of gastroenterology* 2009; 15: 1331–1338

Felber J et al. Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz... Z Gastroenterol 2014; 52: 711–743

- 27 Rosen A *et al.* Balancing health benefits and social sacrifices: a qualitative study of how screening-detected celiac disease impacts adolescents' quality of life. *BMC pediatrics* 2011; 11: 32. DOI: 10.1186/1471-2431-11-32
- 28 Nordyke K *et al.* Health-related quality-of-life in children with coeliac disease, measured prior to receiving their diagnosis through screening. *Journal of medical screening* 2011; 18: 187–192. DOI: 10.1258/jms.2011.011081
- 29 Vilppula A *et al.* Clinical benefit of gluten-free diet in screen-detected older celiac disease patients. *BMC gastroenterology* 2011; 11: 136. DOI: 10.1186/1471-230x-11-136
- 30 Paavola A *et al.* Gastrointestinal symptoms and quality of life in screen-detected celiac disease. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2012; 44: 814–818. DOI: 10.1016/j.dld.2012.04.019
- 31 Aziz I, Sanders DS. Are we diagnosing too many people with coeliac disease? *The Proceedings of the Nutrition Society* 2012; 71: 538–544. DOI: 10.1017/s0029665112000262
- 32 Nordyke K *et al.* Health-related quality of life in adolescents with screening-detected celiac disease, before and one year after diagnosis and initiation of gluten-free diet, a prospective nested case-referent study. *BMC public health* 2013; 13: 142. DOI: 10.1186/1471-2458-13-142
- 33 Biagi F *et al.* Intraepithelial lymphocytes in the villous tip: do they indicate potential coeliac disease? *Journal of clinical pathology* 2004; 57: 835–839. DOI: 10.1136/jcp.2003.013607
- 34 Biagi F *et al.* Prevalence and natural history of potential celiac disease in adult patients. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 537–542. DOI: 10.3109/00365521.2013.777470
- 35 Inomata N. Wheat allergy. Current opinion in allergy and clinical immunology 2009; 9: 238–243. DOI: 10.1097/ACI.0b013e32832aa5bc
- 36 Junker Y *et al.* Wheat amylase trypsin inhibitors drive intestinal inflammation via activation of toll-like receptor 4. *The Journal of experimental medicine* 2012; 209: 2395–2408. DOI: 10.1084/jem.20102660
- 37 Biesiekierski JR *et al.* No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology* 2013; 145: 320–328 e321–e323 DOI: 10.1053/j.gastro.2013.04.051
- 38 Ford RP. The gluten syndrome: a neurological disease. *Medical hypotheses* 2009; 73: 438–440. DOI: 10.1016/j.mehy.2009.03.037
- 39 Lundin KE, Alaedini A. Non-celiac gluten sensitivity. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America* 2012; 22: 723–734. DOI: 10.1016/j.giec.2012.07.006
- 40 Ukkola A *et al.* Changes in body mass index on a gluten-free diet in coeliac disease: a nationwide study. *European journal of internal medicine* 2012; 23: 384–388. DOI: 10.1016/j.ejim.2011.12.012
- 41 Choi JM *et al.* Increased prevalence of celiac disease in patients with unexplained infertility in the United States. *The Journal of reproductive medicine* 2011; 56: 199–203
- 42 Tata LJ *et al.* Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 128: 849–855
- 43 Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekblom A. Celiac disease and risk of adverse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 129: 454–463. DOI: 10.1016/j.gastro.2005.05.065
- 44 Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekblom A. Coeliac disease in the father and risk of adverse pregnancy outcome: a population-based cohort study. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2006; 41: 178–185. DOI: 10.1080/00365520510024124
- 45 Koletzko S. Prevalence of coeliac disease in diabetic children and adolescents. A multicentre study. *European journal of pediatrics* 1988; 148: 113–117
- 46 Larsson K *et al.* Annual screening detects celiac disease in children with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes* 2008; 9: 354–359. DOI: 10.1111/j.1399-5448.2008.00367.x
- 47 Ch'ng CL, Jones MK, Kingham JG. Celiac disease and autoimmune thyroid disease. *Clinical medicine & research* 2007; 5: 184–192. DOI: 10.3121/cmr.2007.738
- 48 Drastich P *et al.* Celiac disease markers in patients with liver diseases: a single center large scale screening study. *World journal of gastroenterology* 2012; 18: 6255–6262. DOI: 10.3748/wjg.v18.i43.6255
- 49 Luft LM, Barr SG, Martin LO *et al.* Autoantibodies to tissue transglutaminase in Sjogren's syndrome and related rheumatic diseases. *The Journal of rheumatology* 2003; 30: 2613–2619
- 50 Iltanen S *et al.* Celiac disease and markers of celiac disease latency in patients with primary Sjogren's syndrome. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 1042–1046. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.01011.x
- 51 Elfstrom P, Montgomery SM, Kampe O *et al.* Risk of primary adrenal insufficiency in patients with celiac disease. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2007; 92: 3595–3598. DOI: 10.1210/jc.2007-0960
- 52 Roche Herrero MC *et al.* The prevalence of headache in a population of patients with coeliac disease. *Revista de neurologia* 2001; 32: 301–309
- 53 Dimitrova AK *et al.* Prevalence of migraine in patients with celiac disease and inflammatory bowel disease. *Headache* 2013; 53: 344–355. DOI: doi:10.1111/j.1526-4610.2012.02260.x
- 54 Ludvigsson JF, Zingone F, Tomson T *et al.* Increased risk of epilepsy in biopsy-verified celiac disease: a population-based cohort study. *Neurology* 2012; 78: 1401–1407. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182544728
- 55 Smith DF, Gerdes LU. Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2012; 125: 189–193. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01795.x
- 56 Hauser W, Janke KH, Klump B *et al.* Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World journal of gastroenterology* 2010; 16: 2780–2787
- 57 Sticherling M, Erfurt-Berge C. Autoimmune blistering diseases of the skin. *Autoimmunity reviews* 2012; 11: 226–230. DOI: 10.1016/j.autrev.2011.05.017
- 58 Ludvigsson JF, Lindelof B, Zingone F *et al.* Psoriasis in a nationwide cohort study of patients with celiac disease. *The Journal of investigative dermatology* 2011; 131: 2010–2016. DOI: 10.1038/jid.2011.162
- 59 George EK *et al.* High frequency of celiac disease in Down syndrome. *The Journal of pediatrics* 1996; 128: 555–557
- 60 Gale L, Wimalaratna H, Brotdiharjo A *et al.* Down's syndrome is strongly associated with coeliac disease. *Gut* 1997; 40: 492–496
- 61 Bonamico M *et al.* Prevalence and clinical picture of celiac disease in Turner syndrome. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2002; 87: 5495–5498
- 62 Ludvigsson JF, Hemminki K, Wahlstrom J *et al.* Celiac disease confers a 1.6-fold increased risk of asthma: a nationwide population-based cohort study. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011; 127: 1071–1073. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.12.1076
- 63 Rubio-Tapia A, Murray JA. The liver in celiac disease. *Hepatology (Baltimore, Md.)* 2007; 46: 1650–1658. DOI: 10.1002/hep.21949
- 64 Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC. Meta-analysis: Coeliac disease and hypertransaminasaemia. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2001; 34: 33–40. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2011.04685.x
- 65 Kaukinen K *et al.* Celiac disease in patients with severe liver disease: gluten-free diet may reverse hepatic failure. *Gastroenterology* 2002; 122: 881–888
- 66 Cataldo F, Marino V, Bottaro G *et al.* Celiac disease and selective immunoglobulin A deficiency. *The Journal of pediatrics* 1997; 131: 306–308
- 67 Heneghan MA, Stevens FM, Cryan EM *et al.* Celiac sprue and immunodeficiency states: a 25-year review. *Journal of clinical gastroenterology* 1997; 25: 421–425
- 68 Taubman B, Mamula P, Sherry DD. Prevalence of asymptomatic celiac disease in children with fibromyalgia: a pilot study. *Pediatric rheumatology online journal* 2011; 9: 11. DOI: 10.1186/1546-0096-9-11
- 69 Walters JR, Banks LM, Butcher GP *et al.* Detection of low bone mineral density by dual energy x-ray absorptiometry in unsuspected suboptimally treated coeliac disease. *Gut* 1995; 37: 220–224
- 70 Thorn M *et al.* Microscopic colitis in Uppsala health region, a population-based prospective study 2005–2009. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 825–830. DOI: 10.3109/00365521.2013.800993
- 71 Ford AC *et al.* Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2009; 169: 651–658. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.22
- 72 Card TR, Siffledeen J, West J *et al.* An excess of prior irritable bowel syndrome diagnoses or treatments in Celiac disease: evidence of diagnostic delay. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 801–807. DOI: 10.3109/00365521.2013.786130
- 73 Catassi C *et al.* Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 1413–1419
- 74 Askling J *et al.* Cancer incidence in a population-based cohort of individuals hospitalized with celiac disease or dermatitis herpetiformis. *Gastroenterology* 2002; 123: 1428–1435

- 75 Smedby KE *et al.* Malignant lymphomas in coeliac disease: evidence of increased risks for lymphoma types other than enteropathy-type T cell lymphoma. *Gut* 2005; 54: 54–59. DOI: 10.1136/gut.2003.032094
- 76 Elfstrom P *et al.* Risk of lymphoproliferative malignancy in relation to small intestinal histopathology among patients with coeliac disease. *Journal of the National Cancer Institute* 2011; 103: 436–444. DOI: 10.1093/jnci/djq564
- 77 Catassi C *et al.* Detection of Celiac disease in primary care: a multicenter case-finding study in North America. *The American journal of gastroenterology* 2007; 102: 1454–1460. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01173.x
- 78 Denham JM, Hill ID. Celiac disease and autoimmunity: review and controversies. *Current allergy and asthma reports* 2013; 13: 347–353. DOI: 10.1007/s11882-013-0352-1
- 79 Camarca ME *et al.* Celiac disease in type 1 diabetes mellitus. *Italian journal of pediatrics* 2012; 38: 10. DOI: 10.1186/1824-7288-38-10
- 80 Iqbal T, Zaidi MA, Wells GA *et al.* Celiac disease arthropathy and autoimmunity study. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2013; 28: 99–105. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2012.07272.x
- 81 Cooke WT, Smith WT. Neurological disorders associated with adult coeliac disease. *Brain: a journal of neurology* 1966; 89: 683–722
- 82 Cash BD *et al.* The prevalence of celiac disease among patients with non-constipated irritable bowel syndrome is similar to controls. *Gastroenterology* 2011; 141: 1187–1193. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.06.084
- 83 Mohseninejad L, Feenstra T, van der Horst HE *et al.* Targeted screening for Coeliac Disease among irritable bowel syndrome patients: analysis of cost-effectiveness and value of information. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care* 2013; 14: 947–957. DOI: 10.1007/s10198-012-0441-4
- 84 Green PH *et al.* Risk of malignancy in patients with coeliac disease. *The American journal of medicine* 2003; 115: 191–195
- 85 Casella G *et al.* Prevalence of celiac disease in inflammatory bowel diseases: An IG-IBD multicenter study. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2010; 42: 175–178. DOI: 10.1016/j.dld.2009.08.005
- 86 Pereyra L *et al.* Risk of colorectal neoplasia in patients with coeliac disease: A multicenter study. *J Crohns Colitis* 2013; 7: e672–e677
- 87 Zipser RD, Patel S, Yahya KZ *et al.* Presentations of adult celiac disease in a nationwide patient support group. *Digestive diseases and sciences* 2003; 48: 761–764
- 88 Kabbani TA *et al.* Patients with coeliac disease have a lower prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Gastroenterology* 2013; 144: 912–917. DOI: 10.1053/j.gastro.2013.01.033
- 89 Sardy M, Karpati S, Merkl B *et al.* Epidermal transglutaminase (TGase 3) is the autoantigen of dermatitis herpetiformis. *The Journal of experimental medicine* 2002; 195: 747–757
- 90 Donaldson MR *et al.* Epidermal transglutaminase deposits in perilesional and uninvolved skin in patients with dermatitis herpetiformis. *The Journal of investigative dermatology* 2007; 127: 1268–1271. DOI: 10.1038/sj.jid.5700682
- 91 Giersiepen K *et al.* Accuracy of diagnostic antibody tests for coeliac disease in children: summary of an evidence report. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2012; 54: 229–241. DOI: 10.1097/MPG.0b013e318216f2e5
- 92 Leffler DA, Schuppam D. Update on serologic testing in coeliac disease. *The American journal of gastroenterology* 2010; 105: 2520–2524. DOI: 10.1038/ajg.2010.276
- 93 Kurppa K *et al.* Endomysial antibodies predict coeliac disease irrespective of the titers or clinical presentation. *World journal of gastroenterology* 2012; 18: 2511–2516. DOI: 10.3748/wjg.v18.i20.2511
- 94 Katz KD *et al.* Screening for coeliac disease in a North American population: sequential serology and gastrointestinal symptoms. *The American journal of gastroenterology* 2011; 106: 1333–1339. DOI: 10.1038/ajg.2011.21
- 95 Panetta F *et al.* Clinical accuracy of anti-tissue transglutaminase as screening test for coeliac disease under 2 years. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1997)* 2011; 100: 728–731. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.02124.x
- 96 Hojsak I *et al.* Celiac disease screening assays for children younger than 3 years of age: the performance of three serological tests. *Digestive diseases and sciences* 2012; 57: 127–132. DOI: 10.1007/s10620-011-1857-x
- 97 Rashtak S, Ettore MW, Homburger HA *et al.* Comparative usefulness of deamidated gliadin antibodies in the diagnosis of coeliac disease. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2008; 6: 426–432. DOI: 10.1016/j.cgh.2007.12.030
- 98 Paus C *et al.* Antibodies against deamidated gliadin as new and accurate biomarkers of childhood coeliac disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2009; 49: 52–58. DOI: 10.1097/MPG.0b013e318195dae3
- 99 Niveloni S *et al.* Antibodies against synthetic deamidated gliadin peptides as predictors of coeliac disease: prospective assessment in an adult population with a high pretest probability of disease. *Clinical chemistry* 2007; 53: 2186–2192. DOI: 10.1373/clinchem.2006.081364
- 100 McGowan KE, Lyon ME, Butzner JD. Celiac disease and IgA deficiency: complications of serological testing approaches encountered in the clinic. *Clinical chemistry* 2008; 54: 1203–1209
- 101 Villalta D *et al.* IgG antibodies against deamidated gliadin peptides for diagnosis of coeliac disease in patients with IgA deficiency. *Clinical chemistry* 2010; 56: 464–468. DOI: 10.1373/clinchem.2009.128132
- 102 Kappler M, Krauss-Etschmann S, Diehl V *et al.* Detection of secretory IgA antibodies against gliadin and human tissue transglutaminase in stool to screen for coeliac disease in children: validation study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006; 332: 213–214. DOI: 10.1136/bmj.38688.654028.AE
- 103 Hogen Esch CE *et al.* Specific coeliac disease antibodies in children on a gluten-free diet. *Pediatrics* 2011; 128: 547–552. DOI: 10.1542/peds.2010-3762
- 104 Leffler D *et al.* Kinetics of the histological, serological and symptomatic responses to gluten challenge in adults with coeliac disease. *Gut* 2013; 62: 996–1004. DOI: 10.1136/gut-2012-302196
- 105 Fasano A *et al.* Prevalence of coeliac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Archives of internal medicine* 2003; 163: 286–292
- 106 Goldberg D, Kryszak D, Fasano A *et al.* Screening for coeliac disease in family members: is follow-up testing necessary? *Digestive diseases and sciences* 2007; 52: 1082–1086. DOI: 10.1007/s10620-006-9518-1
- 107 Bybrant MC, Ortvist E, Lantz S *et al.* High prevalence of coeliac disease in Swedish children and adolescents with type 1 diabetes and the relation to the Swedish epidemic of coeliac disease: a cohort study. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49: 52–58
- 108 Leeds JS, Hopper AD, Hadjivassiliou Met *et al.* High prevalence of microvascular complications in adults with type 1 diabetes and newly diagnosed coeliac disease. *Diabetes care* 2011; 34: 2158–2163. DOI: 10.2337/dc11-0149
- 109 Abid N, McGlone O, Carwell C *et al.* Clinical and metabolic effects of gluten free diet in children with type 1 diabetes and coeliac disease. *Pediatric diabetes* 2011; 12: 322–325. DOI: 10.1111/j.1399-5448.2010.00700.x
- 110 Lionetti E *et al.* Prevalence and natural history of potential coeliac disease in at-family-risk infants prospectively investigated from birth. *The Journal of pediatrics* 2012; 161: 908–914. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.05.008
- 111 Rubio-Tapia A *et al.* Predictors of family risk for coeliac disease: a population-based study. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2008; 6: 983–987. DOI: 10.1016/j.cgh.2008.04.008
- 112 Kinoshita S *et al.* Burden of illness in screen-detected children with coeliac disease and their families. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2012; 55: 412–416. DOI: 10.1097/MPG.0b013e31825f18ff
- 113 Biagi F *et al.* The incidence of coeliac disease in adult first-degree relatives. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2008; 40: 97–100. DOI: 10.1016/j.dld.2007.10.004
- 114 Megorni F *et al.* HLA-DQ and risk gradient for coeliac disease. *Human immunology* 2009; 70: 55–59. DOI: 10.1016/j.humimm.2008.10.018
- 115 Kellomaki K *et al.* HLA types in coeliac disease patients not carrying the DQA1\*05-DQB1\*02 (DQ2) heterodimer: results from the European Genetics Cluster on Celiac Disease. *Human immunology* 2003; 64: 469–477
- 116 Vecsei A *et al.* Influence of age and genetic risk on anti-tissue transglutaminase IgA titers. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2009; 48: 544–549. DOI: 10.1097/MPG.0b013e31818c5ff6

## 7.2 Ausgangstext 2 (die Übersetzung aus 3.5)

### Aanbeveling 1: vormen van coeliakie

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de potentiële, subklinische, symptomatische, klassieke en refractaire vorm van coeliakie. De aanduiding 'inheemse spruw' alsook de onderverdeling van coeliakie in 'overt', 'silente', 'latente', 'atypische', 'asymptomatische' of 'oligosymptomatische' vormen dient niet langer te worden gebruikt.

Op basis van de onderzoeksresultaten van een internationale werkgroep die zich met de definitie van coeliakie [1] heeft beziggehouden, is het aan te raden enkel nog tussen de potentiële, subklinische, symptomatische, klassieke en refractaire vorm van coeliakie te onderscheiden. Oudere aanduidingen zoals 'overt', 'silente', 'latente', 'atypische', 'asymptomatische' of 'oligosymptomatische' coeliakie dienen niet langer te worden gebruikt. Ook het nog altijd gebezigde begrip 'inheemse spruw' is niet meer te gebruiken (zie tabel 1 en 2).

**Tabel 1: nomenclatuur coeliakie**

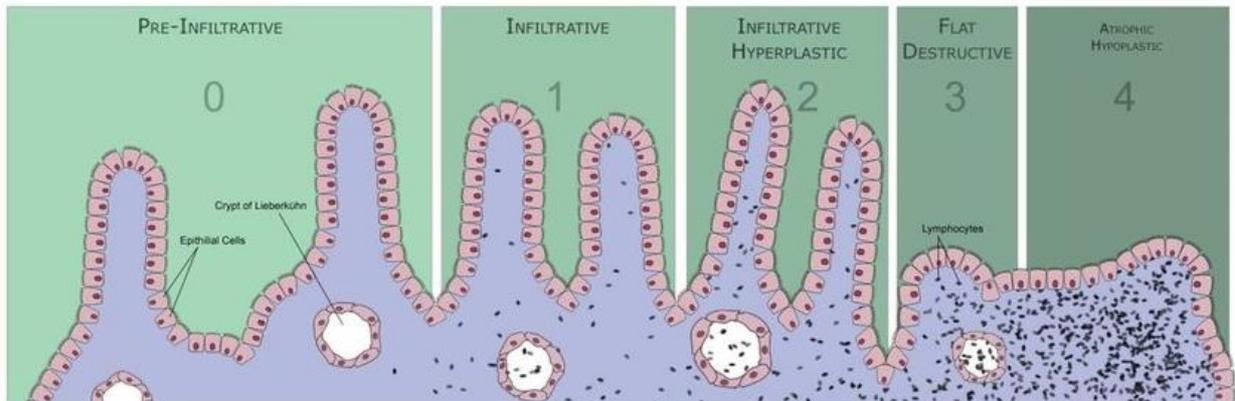
Historische aanduidingen	Aanbevolen aanduiding
Typische coeliakie	Klassieke coeliakie
Atypische coeliakie	Symptomatische coeliakie
Overt coeliakie	
Subklinische coeliakie	Subklinische coeliakie
Asymptomatische coeliakie	
Silente coeliakie	
Refractaire coeliakie	Refractaire coeliakie
Latente coeliakie	Potentiële coeliakie
Potentiële coeliakie	

Tabel 2: OSLO-classificatie van coeliakie

	Malabsorptie-syndroom	Onspecifieke symptomen	Coeliakiespecifieke antistoffen	Gen	Graad van vlokatrofie (zie tabel 3)
			Anti-tissue-transglutaminase (anti-tTP)	HLA-DQ2 en/of HLA-DQ8	MARSH 2 of MARSH 3
Klassieke	+	+/-	+	+	+
Symptomatische	-	+	+	+	+
Subklinische	-	-	+	+	+
Refractaire <i>(alleen bij volwassenen)</i>	+	+/-	+	+	+
Potentiële	-	-	+	+	-

(Gebaseerd op Ludvigsson et al. Gut 2013) [1]

Tabel 3 (overgenomen uit Galal 2014): graad van vlokatrofie en mate van lymfocyttaire infiltratie volgens de MARSH-classificatie van coeliakie.



### Klassieke en symptomatische coeliakie

Onder het begrip 'symptomatische coeliakie' vallen zowel getroffen en met 'klassieke' of 'typische' verschijnselen als getroffen en met atypische symptomen, zoals extra-intestinale symptomen. De aanduidingen 'klassieke coeliakie' en 'typische coeliakie' kunnen als synoniemen worden opgevat. De typische of klassieke coeliakie als glutengevoelige enteropathie kenmerkt zich door ziektesymptomen als malabsorptie, gewichtsverlies, steatorroe en oedemen die zijn ontstaan als gevolg van een eiwittekort. Het volledig gemanifesteerde ziektebeeld bij kleine kinderen, dat overigens nog steeds met coeliakie wordt gelijkgesteld, kenmerkt zich door de volgende klinische presentatie: opgezwollen buik, volumineuze stinkende dyspeptische diarree, spierhypotrofie, anorexie en gedragsveranderingen. Typische verschijnselen op kinderleeftijd zijn daarnaast ijzergebrek, wezensveranderingen (bijv. huilerigheid) of groeistoornissen ('klassieke coeliakie')[2-4]. De symptomen beginnen bijna altijd tussen het eerste en derde levensjaar.

Tegenwoordig is het klinische beeld van coeliakie echter dusdanig veranderd dat deze typische kindervorm niet langer het vaakst wordt geconstateerd. De meeste mensen met symptomatische coeliakie kampen met buikklasten zoals dyspepsie, flatulentie of een veranderlijke stoelgang. Ook slaperigheid, vermoeidheid, depressies en obstipatie kunnen symptomen zijn. Het komt daarnaast ook regelmatig voor dat tijdens laboratoriumonderzoek ontdekte klinisch-chemische veranderingen, zoals (licht) verhoogde transaminasewaarden of een verstoorde schildklierfunctie, de enige indicatoren zijn. Het aantal personen dat op basis van gastro-intestinale symptomen wordt gediagnosticeerd, daalt. Het aantal gevallen dat bij screenings van risicogroepen aan het licht komt, neemt daarentegen toe [5].

De verouderde aanduiding 'atypische coeliakie' is destijds ontstaan als natuurlijke tegenhanger van 'klassieke coeliakie' en de daarmee gepaard gaande symptomen. Zo is beschreven dat onder de aanduiding 'atypische coeliakie' getroffen en worden verstaan met symptomen of constellaties zoals verhoogde transaminasewaarden, neurologisch-psychiatrische veranderingen (bijv. migraine, epilepsie, depressie) of huidveranderingen met inbegrip van dermatitis herpetiformis (ook wel ziekte van Duhring genoemd). Het is aan te raden om het begrip 'atypische coeliakie' door de aanduiding 'symptomatische coeliakie' te vervangen. Soms zijn de met deze ziekte geassocieerde symptomen dermate onopvallend dat

ten onrechte het begrip 'asymptomatische coeliakie' wordt gehanteerd [6-8]. De klinische presentatie van coeliakie heeft zich in de laatste decennia onmiskenbaar veranderd, zodat andere symptomen en gematigde chronische gebrekstoestanden (bijv. anemie, osteopathie, zie tabel 5) overheersen. Om die reden wordt door verschillende deskundigen aangeraden om het begrip 'typische coeliakie' niet meer te gebruiken [9].

### Subklinische coeliakie

Bij personen met 'asymptomatische coeliakie', d.w.z. getroffen met coeliakiespecifieke serologie en typische afwijkingen in dunne darmbiopsieën (minstens MARSH 2), kunnen ondanks een zorgvuldig afgenomen anamnese, lichamelijk onderzoek en oriënterend laboratoriumonderzoek geen opvallendheden worden geconstateerd. Na invoering van een glutenvrij dieet (GVD) worden gewoonlijk geen positieve veranderingen waargenomen. Door verschillende groepen wordt in deze situatie ook wel het begrip 'silente coeliakie' gehanteerd. Deze aanduiding lijkt overbodig; de aanduiding 'subklinische coeliakie' geniet de voorkeur. Gevallen van personen met asymptomatische coeliakie komen meestal aan het licht tijdens populatiegebaseerde screeningonderzoeken, bij het testen van eerstegraads verwanten of bij doelgericht onderzoek naar mogelijke oorzaken van comorbiditeiten (zie ook tabel 6).

Uit verschillende studies is gebleken dat mensen met 'asymptomatische coeliakie' een verminderde levenskwaliteit hebben of andere secundaire symptomen vertonen, waarbij zich met name extra-intestinale ziekteverschijnselen (bijv. chronische vermoeidheidssyndroom) manifesteren [10]. Na invoering van een glutenvrij dieet kon een afzwakking van de symptomen worden geconstateerd. Omwille van een correct gebruik van terminologie dient in deze situaties dan ook het begrip 'subklinische coeliakie' te worden gehanteerd. In andere studies naar de levenskwaliteit van personen met asymptomatische coeliakie konden geen van de bovengenoemde beperkingen worden vastgesteld. Dit maakt het lastig om de aanbeveling tot implementatie van een glutenvrij dieet hard te maken en draagvlak voor een dergelijk advies te creëren [11-15].

Waarschijnlijk zijn de tegenstrijdigheden het gevolg van onderzoek naar uiteenlopende groepen patiënten, variërend van symptoomloze patiënten met normale laboratoriumwaarden ('asymptomatische coeliakie') en patiënten, die alleen na zeer

zorgvuldig onderzoek en bepaling van speciale laboratoriumwaarden ziekelijke veranderingen vertonen of na invoering van een GVD een subjectieve verbetering van hun algehele situatie waarnemen ('subklinische coeliakie'). Typische voorbeelden zijn in goede algemene gezondheid verkerende mensen die enkel licht verhoogde transaminasewaarden hebben of bij wie tijdens het meten van de botmineraaldichtheid pathologische waarden opvallen.

### Refractaire coeliakie

Er is sprake van refractaire coeliakie, indien bij het vaststellen van een nieuwe of aanhoudende vlokatrofie, ondanks een glutenvrij dieet van meer dan 12 maanden, intestinale of extra-intestinale symptomen aanhouden of zich opnieuw voordoen.

Bij (al dan niet hernieuwd) optreden van de volgende symptomen dient rekening te worden gehouden met complicaties van coeliakie (refractaire coeliakie [RCD], enteropathiegebonden T-cellymfoom [EATL], ulceratieve jejunitis [UJ], adenocarcinoom van de dunne darm):

- aanhouden of opnieuw optreden van diarree (gedurende meer dan vier weken)
- gewichtsverlies zonder duidelijke oorzaak
- temperatuurverhogingen zonder duidelijke oorzaak
- verminderde prestaties, vermoeidheid
- nachtzweeten door onbekende oorzaak

### Latente coeliakie

In de literatuur worden deels controversiële discussies over 'latente coeliakie' gevoerd. Door sommige werkgroepen wordt 'latente coeliakie' opgevat als constellatie met positieve coeliakiespecifieke serologie in combinatie met een normaal dunnedarmslijmvlies bij een normaal voedingspatroon, wat evenwel als bewijs wordt gezien voor een pathologische dunnedarmhistologie in het verleden. Anderen definiëren de ziekte als een niet gediagnosticeerde coeliakie of een coeliakiepotentieel bij personen met andere auto-immuunaandoeningen. Alles samengenomen lijkt het begrip ondoeltreffend en om die reden dient het niet langer te worden gebruikt.

### Potentiële coeliakie

De aanduiding 'potentiële coeliakie' dient te worden gebruikt bij personen die zich kenmerken door een positieve coeliakiespecifieke antilichaamconstellatie in het bloed, maar die tegelijkertijd geen afwijkende histologische waarden bij de analyse van het dunnedarmslijmvlies vertonen. Andere werkgroepen duiden met het begrip 'patiënten met potentiële coeliakie' op personen met positieve serologie en een toename van intra-epitheliale lymfocyten (IEL) in het duodenum (MARSH 1) [17] - een histologische constellatie met geringe specificiteit. Volgens een recent onderzoek is er bij bijna 20% van alle mensen met coeliakiespecifieke serologie geen sprake van veranderingen in het duodenum. Dat zou betekenen dat potentiële coeliakie een relatief vaak voorkomende klinische constellatie zou zijn [18]. Toch zijn dergelijke studies problematisch omdat het aantal gevallen van negatieve of positieve serologie onder andere afhankelijk is de gehanteerde testmethode en de evaluatie van dubieuze titers.

### Tarweallergie

Net als bij coeliakie is er bij tarweallergie sprake van een immunreactie op tarwe-eiwitten; in vergelijking met coeliakie treden hier echter IgE-gemedieerde en/of T-cel-gemedieerde reacties op tegen verschillende tarwe-eiwitten, zoals  $\omega$ -5-gliadine [19],  $\gamma$ -gliadine, amylase-trypsine-inhibitoren (ATI's), thioredoxine of vettransporteiwitten. Symptomen van tarweallergie manifesteren zich in de mond, neus, ogen en keelholte (zwellen, jeuk of kriebelig gevoel), in en op de huid (atopisch eczeem, urticaria), in de longen (ademnood, astma, bakkersastma) of in het spijsverteringskanaal (kramp, misselijkheid, braken, opgezwollen buik, diarree). De gastro-intestinale vormen van tarweallergie zijn klinisch niet duidelijk van coeliakie te onderscheiden. Een bijzondere vorm is eosinofiele oesofagitis, die ook door tarwe kan worden veroorzaakt. Endoscopisch en histologisch is er bij tarweallergie net als bij andere voedingsmiddelallergieën sprake van een breed spectrum, variërend van normale constellaties, eosinofiele infiltraten, een toename van de intra-epitheliale lymfocyten (MARSH 1) en nodulaire hyperplasie met een toename van de lymfefollikels, tot aan zeldzamere vormen, vooral op kinderleeftijd, met ulceraties of beschadigde darmvlokken.

### Niet-coeliakie-niet-tarweallergie-tarwesensiviteit

Niet-coeliakie-niet-tarweallergie-tarwesensiviteit (of kortweg: tarwesensiviteit) is een intolerantie tegen tarwebestanddelen. Het klinische beeld kan vergelijkbaar zijn met dat van coeliakie. Het begrip *tarwesensiviteit* is op het moment van schrijven nog niet heel gangbaar; gebruikelijker is de aanduiding *glutensensiviteit*. Toch geniet *tarwesensiviteit* voorlopig de voorkeur, omdat niet met zekerheid kan worden gesteld dat de in tarwe aanwezige gluten daadwerkelijk de boosdoener zijn, integendeel. Mogelijk wordt het ziektebeeld juist veroorzaakt door de met glutenbevattende voedingsmiddelen geassocieerde amylase-trypsine-inhibitors (ATI's), die een activering van het aangeboren immuunsysteem via Toll-like receptor 4 (TLR4) teweegbrengen [20]. Eventueel spelen ook zogenoemde FODMAP's een belangrijke rol. Hierbij gaat het om niet resorbeerbare 'Fermenteerbare Oligosachariden, Disachariden, Monosachariden en (And) Polyolen'. Deze koolhydraten, die van nature in voedingsmiddelen voorkomen, kunnen ook bij personen met tarwesensiviteit de oorzaak zijn van de klachten. In een recent gepubliceerd placebogecontroleerd crossover-belastingsonderzoek naar personen die ook symptomen van het prikkelbaredarmsyndroom vertoonden, kon weliswaar geen pathologische reactie op gluten, maar wel een positief effect bij het reduceren van FODMAP's worden aangetoond [21].

Vast staat dat er bij dit vaag gedefinieerde ziektebeeld geen sprake is van een allergische aandoening of een auto-immuunziekte waarbij het consumeren van tarweproducten verschijnselen veroorzaakt die zich ook bij coeliakie kunnen voordoen. Tot de gastro-intestinale symptomen behoren een opgeblazen gevoel, buikklachten, pijn of diarree. Daarnaast kunnen er ook extra-intestinale symptomen optreden, waaronder hoofdpijn en migraine, lethargie en vermoeidheid, concentratiestoornissen en hyperactiviteit, spierklachten en pijn in botten en gewrichten [43, 22, 23]. Mensen met deze verschijnselen dienen net als personen met coeliakie een glutenvrij dieet te volgen. Omdat aangeboren immuniteit tegen ATI's vermoedelijk een centrale rol speelt, lijkt het echter plausibel dat een minder strikt glutenvrij dieet mogelijk is (zie tabel 4).

**Tabel 4**

	Coeliakie	Tarwesensitiviteit
Tijd tussen glutenblootstelling en manifestatie symptomen	Weken tot jaren*	Uren tot dagen
Pathogenese	Aangeboren en adaptieve immuunreacties	Waarschijnlijk aangeboren immuniteit tegen bijv. ATI's; toename van intra-epitheliale lymfocyten (IEL) mogelijk (niet in dezelfde sterke mate als bij coeliakie).
Gen	HLA DQ2/DQ8 in 99%	Onbekend
Antistoffen	Anti-tTG positief	Antistoffen tegen gliadine (IgA of IgG) mogelijk
Dunnedarmhistologie (bij een normaal voedingspatroon)	MARSH 2-4	MARSH 0-1
Complicaties	Comorbiditeiten, langdurige complicaties (lymfoomrisico)	Nog onduidelijk

\* In individuele gevallen kunnen coeliakiepatiënten die een dieetfout begaan, al na enkele uren last krijgen van diarree en buikpijn.

#### Aanbeveling 2: vormen van coeliakie

Er is geen klinisch beeld (bijv. adipositas, obstipatie, etc.) dat coeliakie per definitie uitsluit.

#### Toelichting:

Het klinische beeld van coeliakie kenmerkt zich door verschillende, sterk of minder sterk ontwikkelde symptomen (zie tabel 5).

**Tabel 5**

<b>Intestinale symptomen</b>
Motiliteitsstoornissen, variërend van diarree tot obstipatie
Misselijkheid en braken, flatulentie, chronische buikpijn
Opgezwollen buik
<b>Extra-intestinale symptomen</b>

Gewichtsverlies
Groeistoornissen bij kinderen
Anemie
Osteomalacie/osteoporose, veranderingen aan het tandglazuur
Perifere neuropathie/polyneuropathie
Tetanie/myasthenie
Hemeralopie
Hematomen
Oedemen
Recidiverende orale aften

Deels zijn de getroffen klachtenvrij; d.w.z. er sprake is van de subklinische vorm van coeliakie. In dit geval is er geen primair symptoom of symptomencomplex dat de behandelend arts er aanleiding toe geeft aan coeliakie te denken. Juist daarom is het van primair belang om een breed scala aan overwegingen bij de differentiële diagnostiek te betrekken. Op die manier kan coeliakie relatief vaak worden uitgesloten. Vaak wordt coeliakie geassocieerd met gewichtsverlies of ondergewicht. Systematische onderzoeken tonen echter aan dat op het moment van diagnose 28% overgewicht kan hebben en 11% zelfs adipeus kan zijn [24]. Dit betekent dat overgewicht coeliakie niet uitsluit. Bij vrouwen met coeliakie kan vaker amenorroe worden geconstateerd; met betrekking tot de fertiliteit en het aantal miskramen zijn er tegenstrijdige onderzoeksresultaten. Zo beschrijven Choi et al. een verminderde fertiliteit [25], terwijl Tata et al. bij geboortes weliswaar een hogere leeftijd van de moeders, maar geen verminderde fertiliteit of een verhoogd aantal miskramen hebben vastgesteld [26]. Alles samengenomen zijn er verschillende aanwijzingen die erop duiden dat zwangere vrouwen met een normaal voedingspatroon een hoger gezondheidsrisico lopen dan vrouwen die een glutenvrij dieet volgen. Tot deze risico's behoren een intra-uteriene groeivertraging, ondergewicht, vroeggeboorte en een hogere kans op een keizersnede [27]. Als de vader coeliakie heeft, bestaat er geen verhoogd risico [28].

Onafhankelijk daarvan zijn er comorbiditeiten die herhaaldelijk in combinatie met coeliakie optreden. Gelet op die comorbiditeiten dienen onderzoeken te worden gedaan of te worden overwogen, teneinde coeliakie vast te stellen dan wel uit te sluiten (zie tabel 6 op de volgende pagina).

**Tabel 6**

Ziekten waarbij coeliakie uitgesloten dient te worden Ziekten waarbij het uitsluiten van coeliakie dient te worden overwogen*
<b>Auto-immuunziekten</b>
Diabetes mellitus type 1 [29, 30]
Hashimoto-thyroiditis [31]
Auto-immuunhepatitis, primaire biliaire cirrose (PBC) [32]
Collagenosen (Sjögren-syndroom [33, 34] / systemische lupus erythematoses)
Ziekte van Addison [35]
<b>Neuropsychiatrische aandoeningen</b>
Migraine* [36, 37]
Epilepsie* [38]
Depressie en angststoornissen* [39, 40]
<b>Huidziekten</b>
Dermatitis herpetiformis [41]
Psoriasis* [42]
<b>Genetische syndromen</b>
Down-syndroom/trisomie-21 [44, 45]
Turner-syndroom/monosomie X* [46]
<b>Overige aandoeningen en symptomen of symptoomcomplexen</b>
Asthma bronchiale [47]
Verhoogde transaminasewaarden [48, 49, 50]
Selectieve IgA-deficiëntie [51, 52]
Osteopathie (osteomalacie, osteoporose) [53, 54]
Microscopische colitis [55]
Prikkelbaredarmsyndroom [56, 57]
Lymfoproliferatieve aandoeningen* [58, 59, 60, 61]

In het licht van dit alles moet wel kritisch worden opgemerkt dat het serieus nemen van de totale frequentie van deze comorbiditeiten tot het screenen van grote bevolkingsgroepen zou leiden. Omdat dit in de huidige situatie niet realiseerbaar is, lijkt een geïntensiveerde "case finding-strategy" zinvol, zoals beschreven door Catassi et al. [62].

Ongeacht deze beperkende factor is algemeen bekend dat bij klassieke auto-immuunziekten zoals diabetes mellitus type 1, auto-immuunthyroïditis [31] – of auto-immuunhepatitis [32] het risico op een bijkomende coeliakie significant is verhoogd (voor een overzicht zie Denham 2013 [63]). Met name de associatie tussen coeliakie en mensen met type 1 diabetes is goed bekend [29, 30]. Volgens een recent overzicht ligt de coeliakieprevalentie bij pediatrische en adulte type 1-diabetici tussen 4,4% en 11% [64]. Daarnaast is de prevalentie van collagenosen [65] of neuropsychiatrische aandoeningen (voor een overzicht zie Cooke Brain 1966 [66]) met inbegrip van depressie en angststoornissen [39] bij personen met coeliakie verhoogd. Een recente prevalentiestudie beschrijft voor coeliakiepatiënten een 3,8-voudig verhoogd risico (95%- betrouwensinterval: 1,8-8,1) op het oplopen van migraine [37]. In een ander groot epidemiologisch onderzoek op basis van 29.000 coeliakiepatiënten en 143.000 controles wordt een verhoogd risico op de manifestatie van epilepsie beschreven (risico 1,4 (1,2-1,7)) [38].

Ook bij een reeks van genetisch bepaalde syndromen (Down-syndroom, Turner-syndroom) is de prevalentie van coeliakie aanzienlijk verhoogd [44, 45, 46].

Verhoogde transaminasewaarden behoren tot de veel voorkomende klinische bevindingen die ook bij coeliakiepatiënten worden waargenomen. Om die reden dient bij de differentieel-diagnostische opheldering van verhoogde transaminasewaarden eveneens een coeliakiediagnostiek te worden uitgevoerd [48]. De invoering van een glutenvrij dieet resulteert meestal in een normalisering van de transaminasewaarden [49]. In zeldzame gevallen kan coeliakie gepaard gaan met een ernstige, levensbedreigende leveraandoening [50]. IgA-deficiëntie is de frequentste primaire immunodeficiëntie in Nederland (incidentie 1:700 per jaar) [76]. Bij coeliakiepatiënten komt IgA-deficiëntie aanzienlijk vaker voor (ca. 2-3%) [51, 52] en om die reden dienen personen met een aantoonbare IgA-deficiëntie op de gelijktijdige aanwezigheid van coeliakie te worden gescreend.

Hoewel in afzonderlijke studies naar patiënten met prikkelbaredarmsyndroom (PDS) geen verhoogd risico op coeliakie is geconstateerd [67], laat een recente meta-analyse bij personen met PDS-symptomen zien dat het risico van deze patiëntengroep op de ontwikkeling van coeliakie ongeveer vier keer hoger ligt [56]. Daarnaast lopen mensen met coeliakie vóór

diagnosestelling een aanmerkelijk hoger risico op de ontwikkeling van PDS en het moeten doorlopen van PDS-specifieke onderzoeken [57]. Verder is screening van PDS-patiënten op coeliakie met inachtneming van kosten-baat-aspecten zinvol [68]. Een epidemiologische studie wijst bij personen met microscopische colitis [55] in ca. 5% van de gevallen op co-existentie met coeliakie.

Meerdere onderzoeken beschrijven voor mensen met coeliakie een verhoogd risico op lymfoproliferatieve aandoeningen [58, 59, 60, 61]. Daarbij neemt het ziekterisico na de diagnosestelling geleidelijk aan af. Deze afname is waarschijnlijk toe te schrijven aan het glutenvrije dieet. Het risico op lymfomen blijft desalniettemin hoger dan in de normale bevolking [69]; met name bij personen, bij wie een persisterende vlokatrofie is aangetoond [9].

Wat betreft de associatie van coeliakie met chronische inflammatoire darmaandoeningen (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) [70], colorectale carcinomen [71], fibromyalgiesyndroom [72, 73], niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus (NIADM) en het metabool syndroom [73] zijn tegenstrijdige resultaten beschreven.

### Aanbeveling 3: dermatitis herpetiformis (ziekte van Duhring)

Dermatitis herpetiformis is een speciale vorm van coeliakie die zich in en op de huid manifesteert. Getroffen personen dient een gastro-enterologisch zorgtraject te worden aangeboden.

#### **Toelichting:**

Dermatitis herpetiformis (ook wel ziekte van Duhring genoemd) is een blaarvormende auto-immuundermatose met subepidermale blaarvorming. De aandoening kenmerkt zich door een veelzijdig beeld met herpesachtig gegroepeerde blaartjes. Andere mogelijke symptomen zijn roodheid, eczeem en blaasjes. Bovendien hebben patiënten in kwestie vaak te kampen met een branderige, sterk jeukende huid. De huidontsteking manifesteert zich meestal op de ellebogen en knieën, maar ook de (voor)hoofdhuid en de huid op de schouders, billen en bovenkant van de borst raken dikwijls ontstoken. Mannen worden ongeveer anderhalf keer zo vaak met dermatitis herpetiformis geconfronteerd dan vrouwen. De aandoening doet zich

vooral voor bij mensen op middelbare leeftijd. De oorzaak van de ziekte is vermoedelijk te zoeken in de afzetting van immuuncomplexen op de basale membraan. De opeenhoping van epidermale transglutaminase (eTG) en tegen eTG gerichte IgA leidt hier tot complementactivatie, wat op zijn beurt weer resulteert in de typische spleet- en blaarvorming [74, 75]. Bij bijna alle patiënten met dermatitis herpetiformis is de subklinische vorm van coeliakie meestal de onderliggende primaire aandoening [41]. Ter uitsluiting van malabsorptie en andere gebrekstoestanden en comorbiditeiten is het sterk aan te bevelen de getroffen en een gastro-enterologisch zorgtraject aan te bieden. Een voedingsconsult ten behoeve van de implementatie van een glutenvrij dieet is ook zinvol ter behandeling van de cutane primaire laesies.

Afgezien van dermatitis herpetiformis is het risico op de ontwikkeling van psoriasis bij mensen met coeliakie zowel voor als na de diagnosestelling 1,7 keer zo groot (95%-vertrouwensinterval: 1,54-1,92) [42].

## Literatuur

1. *Ludvigsson JF et al.* The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 2013; 62: 43 – 52. DOI: 10.1136/gutjnl-2011-301346
2. *Mehta G, Taslaq S, Littleford S et al.* The changing face of coeliac disease. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)* 2008; 69: 84 – 87.
3. *Zawahir S, Safta A, Fasano A.* Pediatric celiac disease. *Current opinion in pediatrics* 2009; 21: 655 – 660. DOI: 10.1097/MOP.0b013e32832f5b9d
4. *Fasano A.* Celiac disease: the past, the present, the future. *Pediatrics* 2001; 107: 768 – 770
5. *Reilly NR et al.* Celiac disease in normal-weight and overweight children: clinical features and growth outcomes following a gluten-free diet. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2011; 53: 528 – 531. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182276d5e
6. *Corazza GR et al.* Subclinical celiac sprue. Increasing occurrence and clues to its diagnosis. *Journal of clinical gastroenterology* 1993; 16: 16 – 21
7. *Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N et al.* The clinical pattern of subclinical/ silent celiac disease: an analysis on 1026 consecutive cases. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 691 – 696. DOI: 10.1111/ j.1572-0241.1999.00938.x
8. *Meloni G, Dore A, Fanciulli G et al.* Subclinical coeliac disease in school-children from northern Sardinia. *Lancet* 1999; 353: 37. DOI: 10.1016/ s0140-6736(05)74871-6
9. *Lebwohl B et al.* Mucosal healing and risk for lymphoproliferative malignancy in celiac disease: a population-based cohort study. *Annals of internal medicine* 2013; 159: 169 – 175. DOI: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00006
10. *Marine M et al.* Impact of mass screening for gluten-sensitive enteropathy in working population. *World journal of gastroenterology* 2009; 15: 1331 – 1338

11. *Rosen A et al.* Balancing health benefits and social sacrifices: a qualitative study of how screening-detected celiac disease impacts adolescents' quality of life. *BMC pediatrics* 2011; 11: 32. DOI: 10.1186/1471-2431-11-32
12. *Nordyke K et al.* Health-related quality-of-life in children with coeliac disease, measured prior to receiving their diagnosis through screening. *Journal of medical screening* 2011; 18: 187 – 192. DOI: 10.1258/jms.2011.011081
13. *Vilppula A et al.* Clinical benefit of gluten-free diet in screen-detected older celiac disease patients. *BMC gastroenterology* 2011; 11: 136. DOI: 10.1186/1471-230x-11-136
14. *Paavola A et al.* Gastrointestinal symptoms and quality of life in screen-detected celiac disease. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2012; 44: 814 – 818. DOI: 10.1016/j.dld.2012.04.019
15. *Aziz I, Sanders DS.* Are we diagnosing too many people with coeliac disease? The Proceedings of the Nutrition Society 2012; 71: 538 – 544. DOI: 10.1017/s0029665112000262
16. *Nordyke K et al.* Health-related quality of life in adolescents with screening-detected celiac disease, before and one year after diagnosis and initiation of gluten-free diet, a prospective nested case-referent study. *BMC public health* 2013; 13: 142. DOI: 10.1186/1471-2458-13-142
17. *Biagi F et al.* Intraepithelial lymphocytes in the villous tip: do they indicate potential coeliac disease? *Journal of clinical pathology* 2004; 57: 835 – 839. DOI: 10.1136/jcp.2003.013607
18. *Biagi F et al.* Prevalence and natural history of potential celiac disease in adult patients. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 537 – 542. DOI: 10.3109/00365521.2013.777470
19. *Inomata N.* Wheat allergy. *Current opinion in allergy and clinical immunology* 2009; 9: 238 – 243. DOI: 10.1097/ACI.0b013e32832aa5bc
20. *Junker Y et al.* Wheat amylase trypsin inhibitors drive intestinal inflammation via activation of toll-like receptor 4. *The Journal of experimental medicine* 2012; 209: 2395 – 2408. DOI: 10.1084/jem.20102660
21. *Biesiekierski JR et al.* No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology* 2013; 145: 320 – 328 e321–e323 DOI: 10.1053/j.gastro.2013.04.051
22. *Ford RP.* The gluten syndrome: a neurological disease. *Medical hypotheses* 2009; 73: 438 – 440. DOI: 10.1016/j.mehy.2009.03.037
23. *Lundin KE, Alaedini A.* Non-celiac gluten sensitivity. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America* 2012; 22: 723 – 734. DOI: 10.1016/j.giec.2012.07.006
24. *Ukkola A et al.* Changes in body mass index on a gluten-free diet in coeliac disease: a nationwide study. *European journal of internal medicine* 2012; 23: 384 – 388. DOI: 10.1016/j.ejim.2011.12.012
25. *Choi JM et al.* Increased prevalence of celiac disease in patients with unexplained infertility in the United States. *The Journal of reproductive medicine* 2011; 56: 199 – 203
26. *Tata LJ et al.* Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 128: 849 – 855

27. *Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekbom A.* Celiac disease and risk of ad-verse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005; 129: 454 – 463. DOI: 10.1016/j.gastro.2005.05.065
28. *Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekbom A.* Coeliac disease in the father and risk of adverse pregnancy outcome: a population-based cohort study. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2006; 41: 178 – 185. DOI: 10.1080/00365520510024124
29. *Koletzko S.* Prevalence of coeliac disease in diabetic children and adolescents. A multicentre study. *European journal of pediatrics* 1988; 148: 113 – 117
30. *Larsson K et al.* Annual screening detects celiac disease in children with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes* 2008; 9: 354 – 359. DOI: 10.1111/ j.1399-5448.2008.00367.x
31. *Ch'ng CL, Jones MK, Kingham JG.* Celiac disease and autoimmune thyroid disease. *Clinical medicine & research* 2007; 5: 184 – 192. DOI: 10.3121/cmr.2007.738
32. *Drastich P et al.* Celiac disease markers in patients with liver diseases: a single center large scale screening study. *World journal of gastroenterology* 2012; 18: 6255 – 6262. DOI: 10.3748/wjg.v18.i43.6255
33. *Luft LM, Barr SG, Martin LO et al.* Autoantibodies to tissue transglutaminase in Sjogren's syndrome and related rheumatic diseases. *The Journal of rheumatology* 2003; 30: 2613 – 2619
34. *Iltanen S et al.* Celiac disease and markers of celiac disease latency in patients with primary Sjogren's syndrome. *The American journal of gastroenterology* 1999; 94: 1042 – 1046. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.01011.x
35. *Elfstrom P, Montgomery SM, Kampe O et al.* Risk of primary adrenal in-sufficiency in patients with celiac disease. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2007; 92: 3595 – 3598. DOI: 10.1210/ jc.2007-0960
36. *Roche Herrero MC et al.* The prevalence of headache in a population of patients with coeliac disease. *Revista de neurologia* 2001; 32: 301 – 309
37. *Dimitrova AK et al.* Prevalence of migraine in patients with celiac disease and inflammatory bowel disease. *Headache* 2013; 53: 344 – 355. DOI: doi:10.1111/j.1526-4610.2012.02260.x
38. *Ludvigsson JF, Zingone F, Tomson T et al.* Increased risk of epilepsy in biopsy-verified celiac disease: a population-based cohort study. *Neurology* 2012; 78: 1401 – 1407. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182544728
39. *Smith DF, Gerdes LU.* Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2012; 125: 189 – 193. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01795.x
40. *Hauser W, Janke KH, Klump B et al.* Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World journal of gastroenterology* 2010; 16: 2780 – 2787
41. *Sticherling M, Erfurt-Berge C.* Autoimmune blistering diseases of the skin. *Autoimmunity reviews* 2012; 11: 226 – 230. DOI: 10.1016/j.au-trev.2011.05.017
42. *Ludvigsson JF, Lindelof B, Zingone F et al.* Psoriasis in a nationwide cohort study of patients with celiac disease. *The Journal of investigative dermatology* 2011; 131: 2010 – 2016. DOI: 10.1038/jid.2011.162
43. *Ludvigsson JF et al.* Increasing incidence of celiac disease in a North American population. *The American journal of gastroenterology* 2013; 108: 818 – 824. DOI: 10.1038/ajg.2013.60

44. *George EK et al.* High frequency of celiac disease in Down syndrome. *The Journal of pediatrics* 1996; 128: 555 – 557
45. *Gale L, Wimalaratna H, Brotodiharjo A et al.* Down's syndrome is strongly associated with coeliac disease. *Gut* 1997; 40: 492 – 496
46. *Bonamico M et al.* Prevalence and clinical picture of celiac disease in Turner syndrome. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2002; 87: 5495 – 5498
47. *Ludvigsson JF, Hemminki K, Wahlstrom J et al.* Celiac disease confers a 1.6-fold increased risk of asthma: a nationwide population-based cohort study. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011; 127: 1071 – 1073. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.12.1076
48. *Rubio-Tapia A, Murray JA.* The liver in celiac disease. *Hepatology (Baltimore, Md.)* 2007; 46: 1650 – 1658. DOI: 10.1002/hep.21949
49. *Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC.* Meta-analysis: Coeliac disease and hypertransaminasaemia. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2001; 34: 33 – 40. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2011.04685.x
50. *Kaukinen K et al.* Celiac disease in patients with severe liver disease: gluten-free diet may reverse hepatic failure. *Gastroenterology* 2002; 122: 881 – 888
51. *Cataldo F, Marino V, Bottaro G et al.* Celiac disease and selective immunoglobulin A deficiency. *The Journal of pediatrics* 1997; 131: 306 – 308
52. *Heneghan MA, Stevens FM, Cryan EM et al.* Celiac sprue and immunodeficiency states: a 25-year review. *Journal of clinical gastroenterology* 1997; 25: 421 – 425
53. *Taubman B, Mamula P, Sherry DD.* Prevalence of asymptomatic celiac disease in children with fibromyalgia: a pilot study. *Pediatric rheumatology online journal* 2011; 9: 11. DOI: 10.1186/1546-0096-9-11
54. *Walters JR, Banks LM, Butcher GP et al.* Detection of low bone mineral density by dual energy x ray absorptiometry in unsuspected suboptimally treated coeliac disease. *Gut* 1995; 37: 220 – 224
55. *Thorn M et al.* Microscopic colitis in Uppsala health region, a population-based prospective study 2005-2009. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 825 – 830. DOI: 10.3109/00365521.2013.800993
56. *Ford AC et al.* Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2009; 169: 651 – 658. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.22
57. *Card TR, Siffledeen J, West J et al.* An excess of prior irritable bowel syndrome diagnoses or treatments in Celiac disease: evidence of diagnostic delay. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2013; 48: 801 – 807. DOI: 10.3109/00365521.2013.786130
58. *Catassi C et al.* Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 1413 – 1419
59. *Askling J et al.* Cancer incidence in a population-based cohort of individuals hospitalized with celiac disease or dermatitis herpetiformis. *Gastroenterology* 2002; 123: 1428 – 1435
60. *Smedby KE et al.* Malignant lymphomas in coeliac disease: evidence of increased risks for lymphoma types other than enteropathy-type T cell lymphoma. *Gut* 2005; 54: 54 – 59. DOI: 10.1136/gut.2003.032094

61. *Elfstrom P et al.* Risk of lymphoproliferative malignancy in relation to small intestinal histopathology among patients with celiac disease. *Journal of the National Cancer Institute* 2011; 103: 436 – 444. DOI: 10.1093/jnci/djq564
62. *Catassi C et al.* Detection of Celiac disease in primary care: a multicenter case-finding study in North America. *The American journal of gastroenterology* 2007; 102: 1454 – 1460. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01173.x
63. *Denham JM, Hill ID.* Celiac disease and autoimmunity: review and controversies. *Current allergy and asthma reports* 2013; 13: 347 – 353. DOI: 10.1007/s11882-013-0352-1
64. *Camarca ME et al.* Celiac disease in type 1 diabetes mellitus. *Italian journal of pediatrics* 2012; 38: 10. DOI: 10.1186/1824-7288-38-10
65. *Iqbal T, Zaidi MA, Wells GA et al.* Celiac disease arthropathy and auto-immunity study. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2013; 28: 99 – 105. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2012.07272.x
66. *Cooke WT, Smith WT.* Neurological disorders associated with adult coeliac disease. *Brain: a journal of neurology* 1966; 89: 683 – 722
67. *Cash BD et al.* The prevalence of celiac disease among patients with non-constipated irritable bowel syndrome is similar to controls. *Gastroenterology* 2011; 141: 1187 – 1193. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.06.084
68. *Mohseninejad L, Feenstra T, van der Horst HE et al.* Targeted screening for Coeliac Disease among irritable bowel syndrome patients: analysis of cost-effectiveness and value of information. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care* 2013; 14: 947 – 957. DOI: 10.1007/s10198-012-0441-4
69. *Green PH et al.* Risk of malignancy in patients with celiac disease. *The American journal of medicine* 2003; 115: 191 – 195
70. *Casella G et al.* Prevalence of celiac disease in inflammatory bowel diseases: An IG-IBD multicentre study. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2010; 42: 175 – 178. DOI: 10.1016/j.dld.2009.08.005
71. *Pereyra L et al.* Risk of colorectal neoplasia in patients with celiac disease: A multicenter study. *J Crohns Colitis* 2013; 7: e672 – e677
72. *Zipser RD, Patel S, Yahya KZ et al.* Presentations of adult celiac disease in a nationwide patient support group. *Digestive diseases and sciences* 2003; 48: 761 – 764
73. *Kabbani TA et al.* Patients with celiac disease have a lower prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Gastroenterology* 2013; 144: 912 – 917 e911 DOI: 10.1053/j.gastro.2013.01.033
74. *Sardy M, Karpati S, Merkl B et al.* Epidermal transglutaminase (TGase 3) is the autoantigen of dermatitis herpetiformis. *The Journal of experimental medicine* 2002; 195: 747 – 757
75. *Donaldson MR et al.* Epidermal transglutaminase deposits in perilesional and uninvolved skin in patients with dermatitis herpetiformis. *The Journal of investigative dermatology* 2007; 127: 1268 – 1271. DOI: 10.1038/sj.jid.5700682
76. *Pinkhof (2016): Pinkhof Geneeskundig Woordenboek – browsereditie 2016 (dataset pgwbe1608), redactie J.J.E. van Everdingen & A.M.M. van den Eerenbeemt. Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media*