



ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΙΣΤΟΡΙΑΣ & ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ – ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ &
ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:

**Μετάφραση αποσπάσματος έρευνας
του 2015 για τον καρκίνο από το
Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ (RKI),
ζεύγος γλωσσών Γερμανικά-Ελληνικά**

Φοιτήτρια: Άλκηστις Γιαννουλάκη (Ξ2015083)

Επιβλέποντες καθηγητές:

- Αναστασία Παριανού - Καθηγήτρια
- Γεώργιος Κεντρωτής - Καθηγητής

ΚΕΡΚΥΡΑ, 2020

**Μετάφραση αποσπάσματος έρευνας
του 2015 για τον καρκίνο από το
Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ (RKI),
ζεύγος γλωσσών Γερμανικά-Ελληνικά**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Πρόλογος.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract	7
Κείμενο αφετηρίας.....	8
Κείμενο υποδοχής.....	18
Σχολιασμός.....	35
Μεταφραστικά προβλήματα	39
Γλωσσάρι όρων	45
Βιβλιογραφία	47

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, κα Παριανού, που ήταν δίπλα μου όταν χρειαζόμουν διευκρινήσεις και καθοδήγηση και με βοήθησε να φέρω εις πέρας την πτυχιακή μου εργασία, και τον καθηγητή μου, κ. Κεντρωτή, που συνέδραμε με τον δικό του τρόπο με το να δεχτεί να γίνει ο δεύτερος επόπτης μου. Ακόμη, ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει στον μεταπτυχιακό φοιτητή Χρήστο Γιαννούτσο, που με παρέπεμψε στη βιβλιογραφία που χρειάστηκα για να ολοκληρώσω τον σχολιασμό της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Τέλος, αν και γνωρίζω τις απώλειες που προκάλεσε η απρόσμενη πανδημία που κατέκλυσε τον πλανήτη μας, σε άτομα όπως εμένα που δεν προσβλήθηκαν, ούτε γνωρίζουν κάποιον που να αρρώστησε από κορωνοϊό, λειτούργησε θετικά και εποικοδομητικά, καθώς είχα όλο το χρόνο που χρειαζόμουν, και πολύ παραπάνω μάλιστα, για να ασχοληθώ με σύνεση και προσοχή και να προβώ στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Πρόλογος

Η εργασία αυτή αναφέρεται σε όλες τις μορφές καρκίνου που εμφανίζονται στη Γερμανία. Αποτελεί ένα απόσπασμα της έρευνας του γερμανικού Ινστιτούτου Ρόμπερτ Κοχ (RKI) για το 2015, στην οποία συγκαταλέγονται οι περισσότερες εμφανιζόμενες ασθένειες που συναντώνται στη Γερμανία. Δεδομένου το ότι δεν έχει υπάρξει νεώτερη έρευνα από το RKI για την εξέλιξη των ασθενειών στη Γερμανία και επειδή το τεχνικό κείμενο που θα μετέφραζα ήθελα να είναι ιατρικό και να προέρχεται από επίσημη γερμανική ιστοσελίδα, επέλεξα να μεταφράσω απόσπασμα από την έρευνα του συγκεκριμένου Ινστιτούτου. Το RKI είναι ένα κυβερνητικό επιστημονικό κέντρο που ασχολείται με θέματα υγείας συλλήβδην, από τον τομέα της βιοιατρικής και της δημόσιας υγείας, ενώ παράλληλα ασκεί επιρροή στη διαδικασία λήψης κρατικών και πολιτικών αποφάσεων, όπως συμβαίνει και τώρα στη Γερμανία, λόγω της κατάστασης του κορωνοϊού. Οι έρευνες του RKI, επομένως, είναι η ακρογωνιαίος λίθος του τομέα της υγείας στη Γερμανία. Ο λόγος που αποφάσισα να μεταφράσω ένα τέτοιο ιατρικό κείμενο στα ελληνικά ήταν μια πρόσφατη έρευνα που διάβασα για το ποσοστό των Ελλήνων που μετανάστευσαν στο εξωτερικό τα χρόνια στα οποία αφορά η ιατρική έρευνα του RKI. Ο αριθμός, λοιπόν, των Ελλήνων που μετανάστευσε στη Γερμανία εκείνη την 5ετία ανήρθε στους 157.000. Σίγουρα βασικό αίτιο αποτέλεσε η οικονομική κρίση του 2009 στην Ελλάδα. Ακόμα και σήμερα, όμως, η Γερμανία είναι μια χώρα με πάρα πολλούς Έλληνες μετανάστες, επομένως η μετάφραση της συγκεκριμένης ιατρικής έρευνας θα μπορούσε να έχει απήχηση σε ένα ευρύ ελληνικό κοινό που διαμένει στη Γερμανία.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αφορά στη μετάφραση ενός τεχνικού ιατρικού κειμένου με θέμα τον καρκίνο στη Γερμανία. Το κείμενο που κλήθηκα να μεταφράσω αποτελεί ένα κεφάλαιο μίας ιατρικής έρευνας του Ινστιτούτου Ρόμπερτ Κοχ (RKI) στη Γερμανία. Στην έρευνα αυτή αναφέρονται και αναλύονται όλες οι αρρώστιες που εμφανίζονται στη Γερμανία, όπως συμβαίνει και στο κεφάλαιο του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται σε όλες τις μορφές καρκίνου που συναντώνται στη Γερμανία, στους τρόπους και παράγοντες πρόληψης, όπως είναι ο προγνωστικός έλεγχος ή η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής αντίστοιχα. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις εξετάσεις προγνωστικού ελέγχου και ποιες από αυτές παρέχονται από τα αντίστοιχα γερμανικά ταμεία υγείας. Εκτός αυτών, γίνεται μνεία στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας όλων των εμφανιζόμενων μορφών καρκίνου στη Γερμανία με μία εκτενή χρονική ανάλυση που ξεκινάει από τις αρχές του 21^{ου} αιώνα και νωρίτερα. Τέλος, αναφέρονται και ορισμένα σχέδια δράσης με στόχο τη βελτίωση του προγνωστικού ελέγχου στο μέλλον και της εντατικότερης ενημέρωσης των πολιτών της Γερμανίας για τους κινδύνους του καρκίνου και για τη σημασία της πρόληψης στις ζωές όλων.

Λέξεις-κλειδιά: προσυμπτωματικός έλεγχος, ποσοστό νοσηρότητας, ποσοστό θνησιμότητας, ηλικιακή προτύπωση, Μητρώο καρκίνου, καρκίνος του παχέος εντέρου

Abstract

The following dissertation is focused on the translation of a technical text, and more particularly of a medical text, which focuses on the topic of cancer in Germany. The original text is a chapter of a medical research of 2015 from Robert Koch Institut (RKI). The purpose of this research is to mention and analyze all illnesses that appear in Germany. In the chapter of cancer, all types of cancer existing in Germany are mentioned. Moreover, prognostic and predictive factors are mentioned, such as the attendance of cancer prognostic tests and early detection screenings or the maintenance of a healthy way of life. Furthermore, this chapter refers to the various prognostic tests and the number of them that are offered free of charge by the German health insurance funds. Another aspect of this research are the death and morbidity rates of all cancer types found in Germany that are presented through an extensive time analysis starting in the early 21st century and some decades before. Last but not least, some action plans are brought up, which aim at the improvement of prognostic tests in the future and raising awareness of German citizens about the risks of cancer and the importance of prognosis in everyone's life.

Keywords: early detection test, morbidity rate, death rate, age standardization, Cancer Registry, bowel cancer

Κείμενο αφετηρίας

- / Im Jahr 2011 erkrankten in Deutschland etwa 230.000 Frauen und 260.000 Männer an Krebs.
- / Bei Kindern unter 15 Jahren gibt es pro Jahr etwa 1.800 Krebsneuerkrankungen.
- / Für den Anstieg der Erkrankungsfälle bei Erwachsenen seit der Jahrtausendwende ist maßgeblich die demografische Alterung verantwortlich.
- / Die um Alterseffekte bereinigte Sterblichkeit ist bei den meisten Krebserkrankungen in den letzten 20 Jahren deutlich zurückgegangen.
- / Mehr als 30 % aller Krebstodesfälle könnten durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden.



INFOBOX 2.4.1

RELATIVE ÜBERLEBENS RATEN

Überlebensraten beschreiben die durchschnittlichen Überlebensaussichten. Das relative Überleben berücksichtigt die Tatsache, dass nur ein Teil der Sterblichkeit unter Krebspatienten auf Krebs zurückzuführen ist, da eine gewisse Sterblichkeit unter Personen glei-

chen Alters und Geschlechts aufgrund anderer Grunderkrankungen erwartet wird. Ein relatives Fünf-Jahres-Überleben von bspw. 80 % bedeutet, dass der Anteil der überlebenden Krebspatienten fünf Jahre nach der Diagnose 80 % des erwarteten Anteils Überlebender einer Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts ohne entspricht.

2.4

KREBSERKRANKUNGEN

Mehr als zwei von fünf Frauen (43 %) und etwa jeder zweite Mann (51 %) in Deutschland erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs – so die aktuellen Schätzungen, die auf den Erkrankungsdaten und der derzeitigen Lebenserwartung basieren [1]. Betrachtet man die Todesursachen, ist heute etwa jeder fünfte Todesfall bei Frauen und jeder vierte bei Männern auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Krebserkrankungen sind damit nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland [2]. Die häufigsten Krebserkrankungen sind bei Frauen Brust-, Darm- und Lungenkrebs und bei Männern Prostata-, Lungen- und Darmkrebs [3].

Eine Krebserkrankung bedeutet für die Erkrankten und ihre Angehörigen eine große Belastung. Die Diagnose ist mit Ängsten verbunden, und es stellen sich viele Fragen, etwa zu Therapiemöglichkeiten, Prognose und Unterstützungsangeboten. Neben den vielfältigen individuellen Folgen für die Betroffenen stellen Krebserkrankungen auch das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Für die Behandlung von bösartigen Neubildungen sind erhebliche Versorgungsleistungen erforderlich. Derzeit gehen jährlich rund 1,5 Millionen stationäre Behandlungsfälle auf Krebserkrankungen zurück, das entspricht etwa 7,6 % aller stationären Fälle [4]. Laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts stiegen die Kosten für die Behandlung bösartiger Neubildungen von 11,4 Milliarden Euro im Jahr 2002 auf 15,5 Milliarden Euro im Jahr 2008. Im Jahr 2008 entsprach dies 6,1 % aller direkten Krankheitskosten (unmittelbar durch medizinische Heilbehandlungen, Präventions- oder Reha-Maßnahmen entstandene Kosten) [5]. Da infolge der demografischen Entwicklung eine weitere Zunahme der Zahl jährlich neu auftretender Krebserkrankungen zu erwarten ist, muss auch mit einem weiteren Anstieg der absoluten Behandlungskosten und des Versorgungsbedarfs gerechnet werden. Strategien zur Vermeidung (Primärprävention) und Früherkennung (Sekundärprävention, siehe Kapitel 4.3) stehen nur für wenige Tumorarten zur Verfügung. Darunter sind jedoch Krebslokalisationen, die viele Menschen betreffen, wie Lungen-, Darm- und Brustkrebs. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass weltweit mehr als 30 % aller Krebstodesfälle durch Verminderung von lebensstilbedingten Risikofaktoren

wie Rauchen und Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel vermieden werden könnten [6]. Auch die Vorbeugung bestimmter chronischer Infektionen (Hepatitis B und C, Humane Papillomviren, Helicobacter pylori) kann die Häufigkeit einiger Krebserkrankungen wie Leber-, Gebärmutterhals- und Magenkrebs verringern. Hier ist insbesondere die Impfung von Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren gegen Humane Papillomviren (HPV) zu erwähnen, die das Risiko einer Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs nach derzeitiger Einschätzung um etwa 70 % senken kann [7].

Wichtigster beeinflussbarer Risikofaktor für Krebserkrankungen ist jedoch nach wie vor das Rauchen, das nach Schätzung der WHO weltweit für 71 % der Todesfälle an Lungenkrebs, aber auch für viele weitere Krebstodesfälle verantwortlich ist. Nach Berechnungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut sind in Deutschland jährlich über 17.000 Erkrankungsfälle bei Frauen und 55.000 bei Männern auf das Rauchen zurückzuführen [8]. Die Verringerung des Tabakkonsums und der Schutz vor Passivrauchen bergen daher ein erhebliches Präventionspotenzial.

Die folgenden Abschnitte thematisieren zunächst allgemeine Entwicklungen bei Krebserkrankungen in Deutschland und danach die vier Krebslokalisationen, die am häufigsten auftreten. Neben Neuerkrankungs- und Überlebensraten (siehe Infobox 2 und 2.4.1) wird dabei auch auf die zeitliche Entwicklung sowie auf präventive Aspekte eingegangen. Ein Abschnitt befasst sich mit Krebserkrankungen im Kindesalter.

Als Datengrundlage dienen die Schätzungen zu Erkrankungs- und Überlebensraten in Deutschland des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD). Sie basieren auf den anonymisierten Daten der epidemiologischen Krebsregister der Länder (siehe Infobox 2.4.2). Außerdem werden die Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters und die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts herangezogen. Am Ende dieses Kapitels wird der Nationale Krebsplan vorgestellt, der im Jahr 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit anderen wichtigen Akteuren initiiert wurde. Informationen zu Krebserkrankungen im internationalen Vergleich finden sich im Kapitel 10.3.

2.4.1

ALLGEMEINE ENTWICKLUNGEN

Im Jahr 2011 erkrankten nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) etwa 228.000

INFOBOX 2.4.2

EPIDEMIOLOGISCHE UND KLINISCHE KREBSREGISTRIERUNG

Der Aufbau der **epidemiologischen Krebsregistrierung** in Deutschland verlief heterogen. Seit 2009 jedoch werden neu auftretende Krebserkrankungen in allen Ländern von den jeweiligen Landeskrebsregistern systematisch erfasst. Auf Grundlage dieser Daten sowie der Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters schätzt das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut die Zahlen aller pro Jahr in Deutschland neu aufgetretenen Krebserkrankungen sowie Überlebensraten und weitere epidemiologische Kennzahlen. Die Daten zur Krebsmortalität stammen aus der amtlichen Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts.

Zu den Aufgaben **klinischer Krebsregister** gehört insbesondere die möglichst vollständige Erfassung der Daten zum Verlauf und zur Behandlung von Krebserkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Dies soll eine bessere Beurteilung der Qualität von Therapie und Versorgung ermöglichen und Verbesserungspotenzial aufzeigen. In den neuen Ländern und in Bayern arbeiten klinische Krebsregister bereits flächendeckend. Rechtliche Grundlage für den bis 2017 geplanten bundesweiten Ausbau ist das auf Handlungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans zurückgehende Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vom April 2013. Derzeit erarbeiten die Länder die landesgesetzlichen Grundlagen für den Aufbau dieser überwiegend von den Krankenkassen finanzierten Register.



Frauen und 255.000 Männer an Krebs, wobei die häufigen, aber meist nicht lebensbedrohlich verlaufenden nicht-melanotischen Krebserkrankungen der Haut (»weißer Hautkrebs«, ICD-10: C44) nicht berücksichtigt sind. Damit waren 2011 etwa 65.000 Menschen mehr betroffen als noch zehn Jahre zuvor. Bei Frauen erhöhte sich die jährliche Anzahl der Neuerkrankungen zwischen 2001 und 2011 um 11,6 %, bei Männern um 19,5 %.

Die demografische Alterung in Deutschland ist hierfür der entscheidende Einflussfaktor, da das Erkrankungsrisiko für fast alle Krebsarten mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt. Rechnet man diesen Faktor mit Hilfe der Altersstandardisierung (siehe Infobox 2) heraus, ergibt sich bei den Männern für die letzten zehn Jahre eine weitgehend konstante Erkrankungsrate. Der leichte Anstieg bei den Frauen spiegelt in erster Linie die Veränderungen beim Brustkrebs wider, welche wiederum durch die Einführung des Mammographie-Screenings (Röntgenreihenuntersuchung der Brust) wesentlich beeinflusst wurden (Abb. 2.4.1). Einen Überblick über aktuelle Erkrankungshäufigkeiten und Veränderungen von absoluten Zahlen und altersstandardisierten Raten zwischen 2001 und 2011 gibt Tabelle 2.4.1.

Im Jahr 2013 starben rund 102.000 Frauen und 122.000 Männer an einer Krebserkrankung [2]. Werden die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt, zeigt sich, dass die Krebssterblichkeit bei beiden Geschlechtern etwa seit Mitte der 1990er-Jahre für die meisten Krebsarten deutlich rückläufig ist (altersstandardisierte Sterberate, siehe Infobox 2). Eine der wenigen Ausnahmen ist Lungenkrebs bei Frauen. Bei dieser Erkrankung steigen die Zahlen bereits seit 1980 kontinuierlich an (Abb. 2.4.2). Einen Überblick über aktuelle Daten zur Krebssterblichkeit sowie Veränderungen von absoluten Zahlen und standardisierten Raten zwischen 2001 und 2011 gibt Tabelle 2.4.2.

2.4.2

BRUSTKREBS

Brustkrebs ist mit jährlich rund 69.700 Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Frauen [3]. Nach aktuellen Schätzungen erkrankt etwa jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Von 2001 bis 2011 stieg die altersstandardisierte Erkrankungsrate um 9,0 % (Tab. 2.4.1). Die Häufigkeit von Brustkrebskrankungen hat also auch unabhängig von der demografischen Alterung erheblich zugenommen. Die aktuellen Erkrankungs- und Sterberaten sind bei Brustkrebs vergleichbar mit den Ergebnissen unserer Nachbarländer [9]. Sie sind dabei allerdings in den neuen Ländern immer noch um etwa ein Viertel niedriger als in den alten Ländern. Vermutlich liegen die Hauptursachen für diese Differenz in einer höheren Geburtenrate und einem niedrigeren Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes in der DDR sowie in weiteren Lebensstilfaktoren [10].

Seit Mitte der 1990er-Jahre sind in Deutschland kontinuierlich rückläufige Sterberaten an Brustkrebs zu beobachten. Die Überlebensraten haben sich seit 1990 erheblich verbessert. Nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) liegt derzeit die Wahrscheinlichkeit, die ersten fünf Jahre nach einer Brustkrebsdiagnose zu überleben bei 87 % (relative 5-Jahres-Überlebensrate) [3] (siehe Infobox 2.4.1).

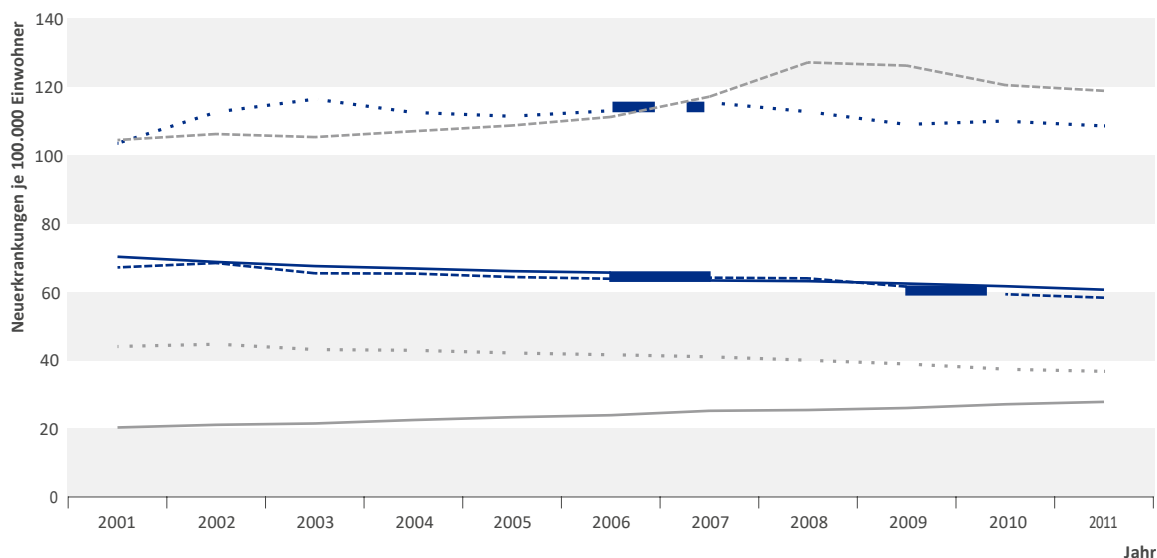
Im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel »Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen« formuliert. Es soll dazu beitragen, dass die Potenziale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität bei Brustkrebskrankungen besser ausgeschöpft werden – von der Prävention bis zur Schmerztherapie [11]. Ausführlichere Informationen zu Gesundheitszielen finden sich in Kapitel 7.

Auf Beschluss des Bundestages wurde in Deutschland zwischen 2005 und 2009 das Mammographie-Screening für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren eingeführt. Damit existiert erstmalig in Deutschland ein organisiertes Krebsfrüherkennungsprogramm mit

2.4

► **Abbildung 2.4.1**
 Altersstandardisierte
 Neuerkrankungsraten
 für Lungen-, Darm-,
 Brust- und Prostatakrebs
 (alte Europastandard-
 bevölkerung)
 2001 bis 2011
 Datenbasis:
 Schätzungen des
 ZfKD [3]

Brustkrebs Frauen
 Prostatakrebs Männer
 Darmkrebs Frauen
 Darmkrebs Männer
 Lungenkrebs Frauen
 Lungenkrebs Männer

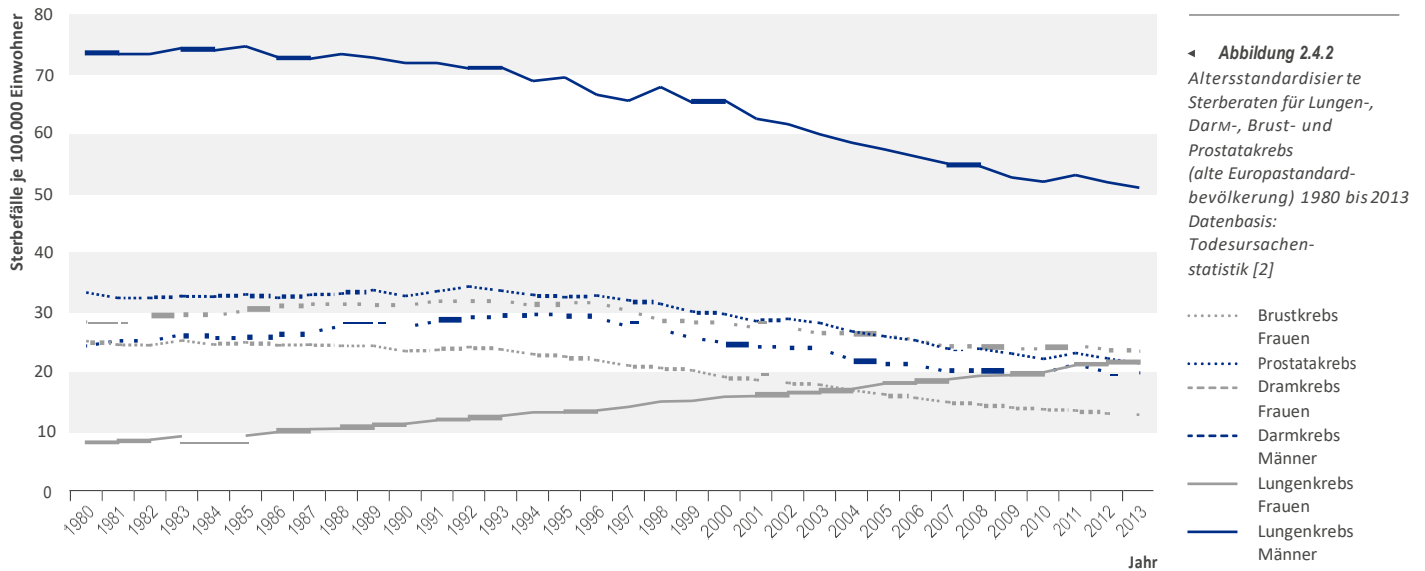


ICD- Codes (bis 1997 ICD-9/ab 1998 ICD-10): Brustkrebs (174/C50), Prostatakrebs (185/C61),
 Darmkrebs (153 – 154/C18 – C21), Lungenkrebs (162/C32 – C34)

► **Tabelle 2.4.1**
 Erkrankungsfälle für die
 häufigsten Krebslokalisa-
 tionen 2011, Veränderung
 der absoluten Fallzahl
 und altersstandardisier-
 ten Erkrankungsrate
 (alte Europastandard-
 bevölkerung) seit 2001
 Datenbasis:
 Schätzungen des
 ZfKD [3]

(ICD-10)	ERKRANKUNGSFÄLLE					
	absolute Zahl	FRAUEN Veränderung absolut seit 2001	Veränderung ASR* seit 2001	absolute Zahl	MÄNNER Veränderung absolut seit 2001	Veränderung ASR* seit 2001
Brustdrüse (C50)	69.663	18,2 %	9,0 %	594	29,7 %	0,0 %
Prostata (C61)				64.515	36,0 %	10,2 %
Darm (C18 – C21)	28.695	-6,9 %	-14,9 %	34.276	8,7 %	-12,7 %
Lunge (C33 – C34)	17.576	50,5 %	37,9 %	35.141	5,0 %	-14,7 %
Malignes Melanom der Haut (C43)	10.101	34,2 %	29,2 %	10.247	65,2 %	41,4 %
Non-Hodgkin Lymphome (C82 – C85)	7.007	16,9 %	4,1 %	7.913	35,6 %	12,7 %
Bauchspeicheldrüse (C25)	7.970	20,6 %	10,0 %	8.240	29,1 %	1,5 %
Magen (C16)	6.453	-19,6 %	-25,5 %	9.573	-3,7 %	-24,2 %
Harnblase (C67)	4.339	6,8 %	-3,7 %	11.135	6,0 %	-18,7 %
Niere (C64)	5.593	6,1 %	-4,7 %	9.034	9,7 %	-8,6 %
Mund-Rachen (C00 – C14)	3.778	24,6 %	12,5 %	9.951	15,0 %	-1,0 %
Leukämien (C91 – C95)	5.965	4,0 %	-2,1 %	7.533	25,9 %	3,0 %
Gebärmutterkörper (C54 – C55)	11.129	-0,4 %	-7,2 %			
Leber (C22)	2.994	29,4 %	12,1 %	5.764	27,1 %	2,1 %
Eierstöcke (C56)	7.819	-15,5 %	-21,8 %			
Krebs gesamt (C00 – C97)	228.259	11,6 %	4,4 %	255.318	19,5 %	-2,0 %

* ASR: altersstandardisierte Erkrankungsrate



ICD- Codes (bis 1997 ICD-9/ab 1998 ICD-10): Brustkrebs (174/C50), Prostatakrebs (185/C61), Darmkrebs (153 – 154/C18 – C21), Lungenkrebs (162/C32 – C34)

Tabelle 2.4.2
 Sterbefälle für die häufigsten Krebslokalisationen 2011, Veränderung der absoluten Fallzahl und altersstandardisierten Sterberate (alte Europastandardbevölkerung) seit 2001
 Datenbasis: Todesursachenstatistik [2]

	absolute Zahl	Veränderung absolut seit 2001	Veränderung ASR* seit 2001	absolute Zahl	Veränderung absolut seit 2001	Veränderung ASR* seit 2001
Lunge (C33 – C34)	14.291	42,8 %	32,3 %	29.653	3,8 %	-15,1 %
Darm (C18 – C21)	12.439	-16,8 %	-27,1 %	13.863	3,3 %	-18,5 %
Brust (C50)	17.815	1,8 %	-10,5 %	159	-31,8 %	-40,0 %
Bauchspeicheldrüse (C25)	8.128	23,6 %	10,2 %	7.812	33,3 %	6,5 %
Prostata (C61)				13.324	19,5 %	-12,3 %
Magen (C16)	4.399	-25,4 %	-31,6 %	5.691	-13,1 %	-30,7 %
Leukämien (C91 – C95)	3.535	10,2 %	-6,7 %	4.083	17,2 %	-9,2 %
Leber (C22)	2.551	30,1 %	19,2 %	5.011	43,8 %	16,4 %
Non-Hodgkin Lymphome (C82 – C85)	2.931	10,9 %	-10,8 %	3.153	17,6 %	-8,6 %
Harnblase (C67)	1.891	-2,6 %	-13,6 %	4.046	11,1 %	-16,5 %
Eierstöcke (C56)	5.837	0,3 %	-10,2 %			
ZNS (C70 – C72)	2.623	3,4 %	-6,8 %	3.124	12,8 %	0,0 %
Mund-Rachen (C00 – C14)	1.322	25,0 %	11,1 %	4.064	7,1 %	-7,2 %
Niere (C64)	2.104	-0,8 %	-17,2 %	3.223	4,7 %	-15,4 %
Speiseröhre (C15)	1.172	21,5 %	0,0 %	3.966	19,1 %	-7,2 %
Krebs gesamt (C00 – C97)	101.836	2,6 %	-7,8 %	119.755	10,5 %	-11,7 %

* ASR: altersstandardisierte Sterberate

schriftlicher Einladung zur Teilnahme. Die standardisierte und qualitätsgesicherte Screeninguntersuchung wird allen Frauen dieser Altersgruppe im Abstand von zwei Jahren angeboten. Als vorrangiges Ziel des Screenings gilt, Brustkrebs in einem früheren Stadium zu erkennen und so oft schonender operieren sowie erfolgreicher behandeln zu können. Dies soll die Brustkrebssterblichkeit senken und die Lebensqualität der betroffenen Frauen verbessern. Als potenzieller Nachteil wird die Beunruhigung durch verdächtige Befunde bewertet, die sich letztendlich nicht als Tumor erweisen (»falsch positive Befunde«). Außerdem besteht die Möglichkeit der Überdiagnose, also der Entdeckung von Tumoren, die im weiteren Lebensverlauf klinisch nie relevant geworden wären [12].

Die in Deutschland seit 2005 zunächst deutlich ansteigenden Erkrankungsrate in der Screeningaltersgruppe können in der Anfangsphase eines solchen Programms durch das Vorziehen des Diagnosezeitpunkts erklärt werden [13]. Seit dem Jahr 2010 sind die Raten wieder rückläufig. Abbildung 2.4.3 zeigt, dass in dieser Altersgruppe zudem seit Einführung des Screenings vermehrt Tumoren im Frühstadium entdeckt werden. Dagegen war die Rate der fortgeschrittenen Tumoren (Stadium II-IV nach UICC-Klassifikation) nach vorübergehendem Anstieg zuletzt deutlich rückläufig und ist 2011 erstmals leicht unter das Ausgangsniveau gesunken. Maßstab für den Erfolg des Screeningprogramms wäre in erster Linie ein Rückgang der Brustkrebssterblichkeit in den Altersgruppen zwischen 55 und 74 Jahren, der allerdings frühestens von etwa 2015 an erwartet werden kann. Informationen zur Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings sowie über weitere Früherkennungsangebote finden sich in Kapitel 4.3.

2.4.3 PROSTATAKREBS

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung und die dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern in Deutschland [3]. Die Zahl der Neuerkrankungen ist in

den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen und lag 2011 bei etwa 64.500. Die altersstandardisierte Erkrankungsrate ist in den letzten Jahren leicht rückläufig, liegt aber noch um 10,2 % über dem Wert aus 2001 (Tab. 2.4.1). Im Gegensatz dazu ist die Sterblichkeit an Prostatakrebs nach Altersstandardisierung schon seit Mitte der 1990er-Jahre rückläufig (Abb. 2.4.2). Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Patienten mit Prostatakrebs liegt inzwischen bei 93 % [3].

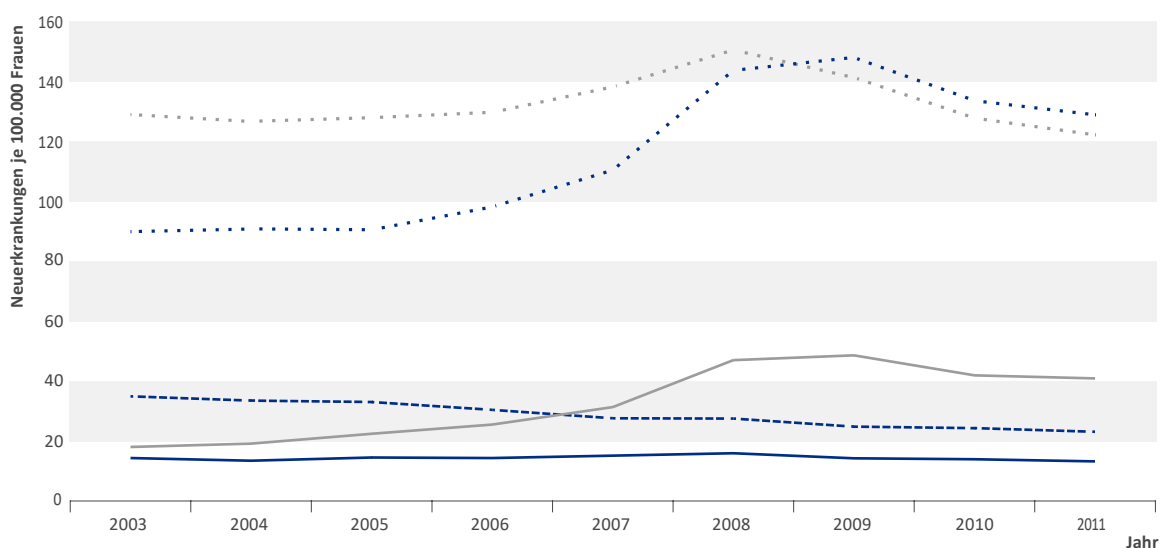
Der in Deutschland bis etwa 2003 zu beobachtende Anstieg der Erkrankungsrate bei gleichbleibender oder auch rückläufiger Sterberate ist in nahezu allen westlichen wohlhabenden Ländern zu beobachten; er dürfte vor allem auf einen vermehrten Einsatz des PSA-Tests (Prostata-spezifisches Antigen) zurückzuführen sein [14]. Ein erhöhter PSA-Wert im Blut kann auf Prostatakrebs, aber auch auf andere Veränderungen der Prostata hinweisen. Der Nutzen eines PSA-Screenings ist allerdings umstritten, weil es zu Überdiagnosen und unnötigen Behandlungen führen kann. Ein Teil der so entdeckten Tumoren wäre, gerade bei älteren Patienten, wahrscheinlich klinisch nie relevant geworden [15, 16]. Das Früherkennungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland enthält deshalb keinen PSA-Test. Es sieht derzeit einmal jährlich eine Tastuntersuchung der Prostata (digital-rektale Untersuchung) für Männer ab 45 Jahren vor. Der PSA-Test wird als individuelle Gesundheitsleistung (IGel) angeboten und muss vom Patienten selbst bezahlt werden.

2.4.4 DARMKREBS

Darmkrebs ist bei Frauen die zweithäufigste und bei Männern die dritthäufigste Krebserkrankung [3]. Im Jahr 2011 erkrankten etwa 28.700 Frauen und 34.300 Männer an Darmkrebs, dabei trat die Erkrankung bei über der Hälfte der Betroffenen jenseits des 70. Lebensjahrs auf. Die Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit zeigt bei beiden Geschlechtern ähnliche Tendenzen, und beide

► **Abbildung 2.4.3**
Altersstandardisierte
Brustkrebs-
neuerkrankungsrate
nach UICC*-Stadien
für Frauen zwischen
50 und 69 Jahren
in Deutschland**
(alte Europastandard-
bevölkerung)
2003 bis 2011
Datenbasis: Zentrum
für Krebsregisterdaten
(ZfKD) im
Robert Koch-Institut

In situ*** —
UICC I
UICC II/III
UICC IV —
Keine Angaben
zum Stadium - - -



* UICC: Union internationale contre le cancer (deutsch: Internationale Vereinigung gegen Krebs)
 ** Ohne Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen (außer Regierungsbezirk Münster)
 *** In situ: lokal begrenzter Krebsherd

Kennzahlen werden stark von der demografischen Entwicklung beeinflusst. Die altersstandardisierten Erkrankungsraten bei den Frauen sind zwischen 2001 und 2011 rückläufig (Abb. 2.4.1), auch die absoluten Fallzahlen gehen in den letzten Jahren leicht zurück (-6,9 %) (Tab. 2.4.1). Bei den Männern war der Rückgang der altersstandardisierten Erkrankungsraten geringer (Abb. 2.4.1). Aufgrund der demografischen Alterung stiegen die absoluten Fallzahlen noch um 8,7 % an (Tab. 2.4.1).

Die altersstandardisierten Sterberaten der Frauen sind seit 2001 ebenfalls deutlich gesunken (Abb. 2.4.2). Dies spiegelt sich auch in den absoluten Zahlen wieder: ein Minus von 16,8 % bei den Darmkrebstodesfällen zwischen 2001 und 2011 (Tab. 2.4.2). Auch bei den Männern sinken die altersstandardisierten Sterberaten (Abb. 2.4.2). Dieser Rückgang führte aber infolge der veränderten Altersstruktur bei den Männern nicht zu einer Abnahme der Todesfälle, da der Anteil älterer Männer an der Bevölkerung stärker zugenommen hat als der Anteil älterer Frauen. Die Zahl der Verstorbenen stieg 2011 gegenüber 2001 um 3,3 % (Tab. 2.4.2). Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten liegen derzeit für beide Geschlechter bei 64 % [3].

Als präventable Risikofaktoren für Darmkrebs gelten vor allem ungünstige Lebensstilfaktoren, wie eine kalorienreiche Kost mit einem geringen Ballaststoffanteil und einem hohen Anteil an rotem Fleisch oder verarbeiteten Fleischprodukten [17], Bewegungsmangel und Übergewicht sowie Rauchen [18].

Die Früherkennung von Darmkrebs ist Bestandteil des Krebsfrüherkennungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen (siehe auch Kapitel 4.3) [19]. Personen ab 50 Jahren haben derzeit jährlich Anspruch auf einen chemischen Stuhltest (Guajak-Test) zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Mastdarms und des Dickdarms. Damit kann Blut im Stuhl nachgewiesen werden, das mit bloßem Auge nicht sichtbar ist. Es ist zu erwarten, dass sich statt des Guajak-Tests mittelfristig neuere immunologische Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung durchsetzen und auch in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden [20]. Ab dem Alter von 55 Jahren besteht Anspruch auf eine Darmspiegelung (präventive Koloskopie) sowie, bei unauffälligem Befund, auf eine Wiederholung dieser Untersuchung nach zehn Jahren. Ziel der Früherkennungs-Koloskopie ist nicht nur die Erkennung bösartiger Tumoren in einem früheren Stadium, sondern auch die Entdeckung und Entfernung von Vorstufen (Darmpolypen). Ob diese im Oktober 2002 als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte Untersuchung den in den letzten Jahren beobachtbaren Rückgang der Inzidenz (Neuerkrankungsrate, siehe Infobox 2) von Darmkrebs erklärt, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Alternativ zur Früherkennungs-Koloskopie können die Anspruchsberechtigten ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre einen Test auf verborgenes Blut im Stuhl durchführen lassen. Im Zuge der Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes wird die bestehende, oben beschriebene Darmkrebsfrüherkennung innerhalb der nächsten Jahre in ein organisiertes und qualitätsgesichertes Screeningprogramm – ähnlich dem Mammographie-Screening-Programm – überführt werden.

2.4.5

LUNGENKREBS

Lungenkrebs ist in Deutschland seit längerem die dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen und seit 2010 die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern [3]. Im Jahr 2011 erkrankten etwa 17.600 Frauen und 35.100 Männer an Lungenkrebs. Die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten entwickeln sich bei beiden Geschlechtern gegenläufig: Seit Ende der 1990er-Jahre stiegen sie bei den Frauen jeweils um gut 30 %, wohingegen die Raten der Männer kontinuierlich zurückgingen (Abb. 2.4.1 und Abb. 2.4.2). Ähnliche Trends zeigen sich auch in anderen europäischen Ländern [21]. Diese Entwicklung kann auf die bereits seit längerem beobachteten Veränderungen in den Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden: Das Rauchverhalten von Frauen und Männern hat sich in den letzten Jahrzehnten angenähert, auch wenn vor allem in den höheren Altersgruppen noch deutlich mehr Männer als Frauen rauchen. Bei Jugendlichen gibt es dagegen heute keine geschlechterbezogenen Unterschiede mehr (siehe Kapitel 3.11). Daher ist mit einer weiteren Annäherung der Erkrankungs- und Sterberaten zwischen Frauen und Männern zu rechnen [22]. Lungenkrebs gehört zu den prognostisch ungünstigen Tumoren, wie die niedrigen relativen 5-Jahres-Überlebensraten von 21 % bei Frauen und 16 % bei Männern zeigen [3]. Nach wie vor ist der Verzicht auf das Rauchen die wichtigste Maßnahme zur Prävention von Lungenkrebs. Eine allgemein anerkannte Untersuchung zur Früherkennung von Lungenkrebs existiert bisher nicht.

2.4.6

KREBS BEI KINDERN

In Deutschland treten jährlich etwa 1.800 neu diagnostizierte Fälle von Krebs bei Kindern unter 15 Jahren auf [23]. Die Neuerkrankungsrate beträgt 16,0 Fälle je 100.000 Kinder in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen und liegt damit etwa hundertmal niedriger als im Alter zwischen 65 und 74 Jahren. Das mittlere (mediane) Erkrankungsalter für unter 15-Jährige liegt bei fünf Jahren und elf Monaten. Die Erkrankungshäufigkeit ist vor dem fünften Lebensjahr etwa doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen. Im Jahresbericht 2013/14 des Deutschen Kinderkrebsregisters werden erstmals auch Auswertungen zu 15- bis 17-Jährigen über einen 5-Jahreszeitraum präsentiert. Von 2009 bis 2013 wurden in dieser Altersgruppe durchschnittlich etwa 350 Neuerkrankungen pro Jahr erfasst. Die wichtigsten Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind Leukämien (30,9 %), Tumoren des zentralen Nervensystems (23,7 %) und Lymphome (14,1 %).

Auch wenn bösartige Neubildungen bei Kindern zwischen ein und vierzehn Jahren mit etwa 240 Sterbefällen jährlich nach den sogenannten äußeren Ursachen (ICD-10: S00 – T98: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) die zweithäufigste Todesursache darstellen [2], sind die Überlebenswahrscheinlichkeiten in den letzten 30 Jahren dank verbesserter Diagnostik und Therapiekonzepte deutlich gestiegen. Derzeit liegt die Überlebenswahrscheinlichkeit für Krebserkrankungen im Alter von unter 15 Jahren

insgesamt bei 81 % nach 15 Jahren [23]. Durch die verbesserten Überlebensaussichten rückt die langfristige Beobachtung von Kindern nach Krebserkrankungen verstärkt in den Blickpunkt. Wichtige Fragestellungen wie die Risikoabschätzung für das Auftreten eines zweiten bösartigen Tumors oder für Langzeitfolgen, etwa auf die Fruchtbarkeit, sollen in Zukunft besser beantwortet werden können [24,25].

2.4.7

NATIONALER KREBSPLAN

Angesichts der demografischen Veränderungen in Deutschland ist mit einer weiteren Zunahme von Krebserkrankungen zu rechnen. Dadurch besteht insbesondere Handlungsbedarf im Hinblick auf Maßnahmen und Strukturen zur Früherkennung von Krebs und die Versorgung krebskranker Menschen. Der im Juni 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiierte Nationale Krebsplan konzentriert sich in erster Linie auf die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und der Versorgung und deren Qualität sowie auf die Stärkung der Patientenorientierung. Dazu gehören unter anderem eine Stärkung der psychoonkologischen Versorgung krebskranker Menschen und der Arzt-Patienten-Kommunikation [26].

Zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung strebt der Nationale Krebsplan die Überführung der jetzigen Maßnahmen zur Früherkennung von Gebärmutterhals- und Darmkrebs in systematisch organisierte und qualitätsgesicherte Screeningprogramme in Anlehnung an entsprechende europäische Leitlinien an. Weiterer zentraler Punkt im Nationalen Krebsplan ist der bundesweite Ausbau klinischer Krebsregister zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Krebserkrankungen (siehe Infobox 2.4.2). Mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) wurden entsprechende Empfehlungen des Nationalen Krebsplans gesetzgeberisch umgesetzt [27].

So wurde der notwendige rechtliche Rahmen geschaffen, um organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in Deutschland einzuführen. Die konzeptionelle Umsetzung liegt in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der derzeit die inhaltliche Ausgestaltung der beiden künftigen Screening-Programme berät. Ähnlich wie beim Mammographie-Screening sollen zukünftig alle anspruchsberechtigten Personen zur Gebärmutterhalskrebs- und zur Darmkrebsfrüherkennung persönlich eingeladen werden. Mit der Einladung erfolgt eine umfassende und verständliche Information über potenzielle Vor- und Nachteile der jeweiligen Krebsfrüherkennungsmaßnahme. Außerdem wurde mit dem Gesetz eine Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme verankert.

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. RKI und GEKID, Berlin
2. Statistisches Bundesamt (2014) Todesursachenstatistik. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
3. Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (2015) Datenbankabfrage. www.krebsdaten.de (Stand: 01.04.2015)
4. Statistisches Bundesamt (2015) Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
5. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung 2008 (Total Cost of Illness in millions of Euro. Classification: years, gender, ICD-10, provider). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
6. World Health Organization (2015) Cancer Fact sheet Nr. 297. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html# (Stand: 15.04.2015)
7. Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (2014) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: August 2014. Epidemiologisches Bulletin 34
8. Wienecke A, Barnes B, Lampert T et al. (2013) Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany, 1999 – 2008. *IJC* 134(3):682-691
9. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E (2010) Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *EJC* 46(4):765-781
10. Katalinic A, Pritzkuleit R, Waldmann A (2009) Recent trends in breast cancer incidence and mortality in Germany. *Breast Care* 4(2):75-80
11. gesundheitsziele.de (2014) Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen. www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/brustkrebs (Stand: 15.04.2015)
12. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA et al. (2013) The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *BJC* 108(11):2205-2240
13. Fracheboud J, Otto SJ, van Dijk JA et al. (2004) Decreased rates of advanced breast cancer due to mammography screening in The Netherlands. *BJC* 91(5):861-867
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Prostataerkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 36. RKI, Berlin
15. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. (2009) Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 360:1320-1328
16. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd et al. (2009) Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 360:1310-1319
17. Norat T, Bingham S, Ferrari P et al. (2005) Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer Inst* 97(12):906-916
18. Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2015) Dickdarmkrebs: Diagnose, Therapie, Nachsorge. Informationen für Betroffene, ihre Angehörigen und Interessierte. <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/risikofaktoren.php> (Stand: 19.08.2015)
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (2002) Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs wird GKV-Leistung. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/29/ (Stand: 15.04.2015)
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung und Ankündigung des Beratungsverfahrens: Bewertung eines iFOBT-basierten Darmkrebscreenings im Vergleich zu einem gFOBT-basierten Darmkrebscreening. www.g-ba.de/downloads/39_-261-2063/2014-09_-18_KFE-RL-Beratungsverf_Darmkrebs_iFOBT.pdf (Stand: 19.08.2015)
21. Karim-Kos H, De Vries E, Soerjomataram I et al. (2008) Recent trends of cancer in Europe: A combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *EJC* 44(10):1345-1389
22. Beelte A-K, Pritzkuleit R, Katalinic A (2008) Lungenkrebsinzidenz und -mortalität – aktuelle Trends und Hochrechnungen aus dem Krebsregister Schleswig-Holstein. *DMW* 133(28/29):1487-1492

23. Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR) (2014) Jahresbericht – Annual Report 2013/14 (1980 – 2013). www.kinderkrebsregister.de/typo3tEMP/secure_downloads/22605/0/22cb72c5a76a0e46c1fe00358768d9ab8ecd3c1e/jb2014_s.pdf (Stand: 17.06.2015)
24. Kaatsch P, Grabow D (2012) Die deutsche Kohorte Langzeitüberlebender nach Krebs im Kindesalter - Eine populationsbezogene Kohorte am Deutschen Kinderkrebsregister. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(6/7):843-851
25. Calaminus G, Kaatsch P (2007) Positionspapier der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) zu (Langzeit-)Nachbeobachtung, (Langzeit-)Nachsorge und Spätfolgen-erhebung bei pädiatrisch-onkologischen Patienten. Klinische Pädiatrie 219(3):173-178
26. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Nationaler Krebsplan – Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
27. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz tritt Morgen in Kraft. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressMitteilungen/2013-02/kfrg-tritt-in-kraft.html> (Stand: 19.08.2015)

Κείμενο υποδοχής

/ Το 2011 στη Γερμανία προσβλήθηκαν από καρκίνο περίπου 230.000 γυναίκες και 260.000 άνδρες.

/ Σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών εμφανίζονται κάθε χρόνο περίπου 1.800 νέα περιστατικά καρκίνου.

/ Από τις αρχές του 2000 η δημογραφική γήρανση αποτελεί το κύριο αίτιο για την αύξηση των περιστατικών καρκίνου στους ενήλικες.

/ Οι κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια στα περισσότερα περιστατικά καρκίνου.

/ Περισσότερο από το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο θα μπορούσε να αποφευχθεί, αν οι ασθενείς αυτοί ακολουθούσαν έναν υγιή τρόπο ζωής.



ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ 2.4.1 ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Τα ποσοστά επιβίωσης περιγράφουν τον μέσο όρο προοπτικών επιβίωσης. Η σχετική επιβίωση λαμβάνει υπ' όψιν το γεγονός, ότι μόνο ένα μέρος της θνησιμότητας των ασθενών με καρκίνο οφείλεται σε αυτόν, καθώς προβλέπεται

ένας ορισμένος αριθμός των θανάτων σε άτομα ίδιας ηλικίας και φύλου να οφείλεται σε άλλες βασικές ασθένειες. Μια σχετική επιβίωση 5 χρόνων κατά ποσοστό 80%, για παράδειγμα, σημαίνει ότι το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο που επιβιώνουν πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση αντιστοιχεί στο 80% της αναμενόμενης αναλογίας επιζώντων ενός πληθυσμού ίδιας ηλικίας και φύλου χωρίς καρκίνο.

2.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, οι οποίες βασίζονται στα ποσοστά νοσηρότητας και στον αντίστοιχο προσδοκώμενο χρόνο ζωής αυτή τη στιγμή, περισσότερες από 2 στις 5 γυναίκες (43 %) και περίπου 1 στους 2 άντρες (51 %) στη Γερμανία προσβάλλονται κατά τη διάρκεια της ζωής τους από καρκίνο [1]. Εξετάζοντας τα αίτια θανάτου σήμερα, περίπου 1 στις 5 περιπτώσεις θανάτου για τις γυναίκες και 1 στις 4 για τους άνδρες οφείλονται σε καρκίνο. Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στη Γερμανία, μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα [2]. Τα συχνότερα είδη καρκίνου στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα, ενώ στους άνδρες είναι ο καρκίνος του προστάτη, του πνεύμονα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου [3].

Ο καρκίνος θεωρείται μεγάλη επιβάρυνση τόσο για τους παθόντες όσο και για τους συγγενείς τους. Η διάγνωση σχετίζεται με το άγχος, ενώ εγείρονται πολλά ερωτήματα σχετικά με τις επιλογές θεραπείας, την πρόγνωση και τις παροχές υποστήριξης. Πέρα από τις ποικίλες ατομικές συνέπειες για τους παθόντες, ο καρκίνος δημιουργεί, επίσης, σημαντικές προκλήσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι βασικές υπηρεσίες φροντίδας είναι απαραίτητες για τη θεραπεία κακοήθων νεοπλασμάτων. Αυτή τη στιγμή, περίπου 1,5 εκατομμύρια περιστατικά εισαγωγής σε νοσοκομείο ετησίως αποδίδονται σε καρκίνο, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 7,6% όλων των περιστατικών νοσηλείας [4]. Σύμφωνα με υπολογισμούς της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας της Γερμανίας (Statistisches Bundesamt) για τα έξοδα των ασθενειών, το κόστος θεραπείας κακοήθων νεοπλασμάτων αυξήθηκε από 11,4 δισ. ευρώ το 2002 σε 15,5 δισ. ευρώ το 2008. Το 2008, το ποσό αυτό αντιπροσώπευε το 6,1% όλων των άμεσων ιατρικών δαπανών (έξοδα που συνδέονται άμεσα με την ιατρική περίθαλψη, πρόληψη ή αποκατάσταση) [5]. Λόγω της δημογραφικής ανάπτυξης αναμένεται μια επιπλέον αύξηση του αριθμού των νέων περιστατικών καρκίνου ετησίως. Και αυτό συνεπάγεται μια περαιτέρω αύξηση του συνολικού κόστους περίθαλψης και της ανάγκης εφοδιασμού.

Οι στρατηγικές για την αποφυγή (πρωτογενής πρόληψη) και έγκαιρη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη) είναι διαθέσιμες μόνο στις περιπτώσεις

ορισμένων ειδών όγκου.

Μεταξύ άλλων, οι στρατηγικές αυτές αναφέρονται και στον εντοπισμό ειδών καρκίνου που πλήττουν πολλούς ανθρώπους, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του μαστού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), περισσότερο από το 30% των περιστατικών θανάτου παγκοσμίως, που οφείλονται στον καρκίνο, θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με την μείωση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η ακινησία [6]. Επίσης, η πρόληψη ορισμένων χρόνιων λοιμώξεων (π.χ. ηπατίτιδα Β και C, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή αλλιώς HPV, το ελικοβακτήριο του πυλωρού) μπορεί να ελαττώσει τη συχνότητα μερικών ειδών καρκίνου, όπως είναι ο καρκίνος του ήπατος, του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος του στομάχου. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ο εμβολιασμός για τον HPV στα κορίτσια ηλικίας 9 έως 14 ετών, ο οποίος δύναται να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά περίπου 70% [7].

Ωστόσο, ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο εξακολουθεί να είναι το κάπνισμα, το οποίο σύμφωνα με έρευνες του Π.Ο.Υ. ευθύνεται για το 71% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα παγκοσμίως, καθώς και για πολλούς άλλους θανάτους από καρκίνο. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του γερμανικού Κέντρου Κλινικών Δεδομένων του Καρκίνου (ZfKD) στο γερμανικό επιδημιολογικό Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ (RKI), κάθε χρόνο στη Γερμανία περισσότερα από 17.000 περιστατικά ασθενείας στις γυναίκες και 55.000 στους άνδρες οφείλονται στο κάπνισμα [8]. Η μείωση της κατανάλωσης καπνού και η προστασία από το παθητικό κάπνισμα, ως εκ τούτου, ενισχύει σημαντικά τις δυνατότητες πρόληψης.

Οι ακόλουθες υποενότητες εξετάζουν σε πρώτη φάση τις γενικές εξελίξεις του καρκίνου στη Γερμανία και στη συνέχεια τις τέσσερις περιοχές με τη συχνότερη εμφάνιση καρκίνου στη χώρα. Πέρα από τα ποσοστά εμφάνισης νέων περιστατικών ασθενείας και τα ποσοστά επιβίωσης (βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2 και 2.4.1), αναλύεται επίσης η χρονική ανάπτυξη και διάφορες πτυχές πρόληψης. Επιπρόσθετα, μία υποενότητα πραγματεύεται περιπτώσεις καρκίνου στην παιδική ηλικία.

Ως βάση δεδομένων χρησιμεύουν οι έρευνες των ποσοστών νοσηρότητας και επιβίωσης στην Γερμανία από το ZfKD. Οι έρευνες αυτές βασίζονται στα ανώνυμα δεδομένα του επιδημιολογικού Μητρώου Καρκίνου (Epidemiologische Krebsregister) της χώρας (βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2.4.2). Εκτός αυτού, χρησιμοποιούνται, επίσης, τα δεδομένα του γερμανικού Μητρώου Παιδιών Ασθενών με Καρκίνο (Deutsches Kinderkrebsregister) και η στατιστική σχετικά με τις αιτίες θανάτου της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας της Γερμανίας. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου θα παρουσιαστεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, μια πρωτοβουλία του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας της Γερμανίας (Bundesministerium für Gesundheit) και άλλων σημαντικών φορέων, που ξεκίνησε το 2008. Πληροφορίες για τον καρκίνο στη Γερμανία σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα αναφοράς υπάρχουν στο κεφάλαιο 10.3.

ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ 2.4.2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η σύσταση της **επιδημιολογικής καταχώρησης** δεδομένων για τον καρκίνο στη Γερμανία είναι ετερογενής. Από το 2009, ωστόσο, τα νεοεμφανιζόμενα περιστατικά καρκίνου σε όλα τα ομόσπονδα κράτη της Γερμανίας καταγράφονται συστηματικά από το Μητρώο Καρκίνου κάθε κρατιδίου (Landeskrebsregister). Το ZfKD με βάση τα παραπάνω δεδομένα και τα δεδομένα του γερμανικού Μητρώου Παιδιών Ασθενών με Καρκίνο, υπολογίζει κάθε χρόνο τον αριθμό όλων των νεοεμφανιζόμενων περιστατικών καρκίνου στη Γερμανία, των ποσοστών επιβίωσης καθώς και περαιτέρω επιδημιολογικών δεικτών. Τα δεδομένα για την θνησιμότητα από καρκίνο προέρχονται από την επίσημη στατιστική σχετικά με τις αιτίες θανάτου της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας της Γερμανίας.

Στα καθήκοντα του **κλινικού Μητρώου Καρκίνου** ανήκει ιδιαιτέρως η, όσο το δυνατόν, πληρέστερη αποδελτίωση των δεδομένων σχετικά με την πορεία και τη θεραπεία των περιπτώσεων καρκίνου, τόσο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη όσο και σε αυτήν εντός των νοσοκομείων. Η αποδελτίωση αυτή θα επιτρέψει την καλύτερη αξιολόγηση της ποιότητας της θεραπείας και της περίθαλψης και θα αναδείξει τη δυνατότητα βελτίωσης.

Στα νέα ομόσπονδα κράτη

της Γερμανίας, αλλά και στη Βαυαρία, υπάρχουν ήδη κλινικά Μητρώα Καρκίνου.

Ο Ομοσπονδιακός Νόμος για την Έγκαιρη Πρόγνωση και το Μητρώο Καρκίνου (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz) που τέθηκε σε εφαρμογή τον Απρίλιο του 2013 αποτελεί τη νομική βάση της επεκτασης των κλινικών Μητρώων Καρκίνου. Βασιζόμενος στις υποδείξεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο (Nationaler Krebsplan), προβλέπεται μέχρι το 2017 να τεθεί σε ισχύ για όλη την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας. Αυτή τη στιγμή, τα ομοσπονδιακά κράτη επεξεργάζονται τις νομικές τους βάσεις για την επέκταση αυτών των μητρώων, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τα γερμανικά ταμεία ασφάλισης ασθένειας (Krankenkassen).



2.4

2.4.1

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Σύμφωνα με έρευνες του ZfKD, το 2011 προσβλήθηκαν από καρκίνο στη Γερμανία περίπου 228.000 γυναίκες και 255.000 άνδρες. Οι συχνές, αλλά συνήθως μη απειλητικές για τη ζωή, περιπτώσεις μη μελανωτικού καρκίνου του δέρματος ("βασικοκυτταρικό καρκίνωμα", ICD-10: C44) δεν λήφθηκαν υπόψιν. Βάσει των ερευνών αυτών, το 2011 προσβλήθηκαν από καρκίνο περίπου 65.000 περισσότεροι άνθρωποι σε σύγκριση με 10 χρόνια πριν. Μεταξύ του 2001 και του 2011 ο ετήσιος αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου αυξήθηκε για τις γυναίκες κατά 11,6% και 19,5% για τους άνδρες.

Κατά συνέπεια, η δημογραφική γήρανση στη Γερμανία αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα επιρροής, καθώς ο κίνδυνος της νόσησης για όλες σχεδόν τις μορφές καρκίνου αυξάνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας. Αν, λοιπόν, με τη βοήθεια της ηλικιακής προτύπωσης αφαιρεθεί αυτός ο παράγοντας (βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2), προκύπτει για τα τελευταία 10 χρόνια στους άνδρες ένα εκτεταμένο και συνεχές ποσοστό νοσηρότητας. Η ελαφρά αύξηση του ποσοστού νοσηρότητας των γυναικών αντικατοπτρίζει κυρίως τις μεταβολές στον καρκίνο του μαστού, οι οποίες με τη σειρά

τους έχουν επηρεαστεί σημαντικά από την εισαγωγή του μαστογραφικού ελέγχου (ακτινογραφία θώρακος) [Διάγραμμα 2.4.1]. Στον πίνακα 2.4.1. αποτυπώνεται, για την περίοδο μεταξύ 2001 και 2011, μία γενική εικόνα της συχνότητας εμφάνισης ασθενειών, καθώς και των μεταβολών στους απόλυτους αριθμούς και στα ποσοστά ηλικιακής προτύπωσης.

Το 2013 πέθαναν περίπου 102.000 γυναίκες και 122.000 άνδρες από κάποια μορφή καρκίνου [2]. Εάν ληφθούν υπ' όψιν οι αλλαγές στην ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού, θα διαπιστωθεί ότι από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έχει μειωθεί σημαντικά και για τα δύο φύλα η θνησιμότητα στις περισσότερες μορφές καρκίνου (ποσοστό θνησιμότητας με βάση την ηλικιακή προτύπωση, βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2). Μία από τις ελάχιστες εξαιρέσεις είναι ο καρκίνος του πνεύμονα. Σε αυτό το είδος καρκίνου οι αριθμοί αυξάνονται σταθερά από το 1980 (Διάγραμμα 2.4.2). Στον πίνακα 2.4.2. αποτυπώνεται, για την περίοδο μεταξύ 2001 και 2011, μία γενική εικόνα των δεδομένων θνησιμότητας από τον καρκίνο, καθώς και των μεταβολών στους απόλυτους αριθμούς και στα ποσοστά ηλικιακής προτύπωσης.

2.4.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην Γερμανία ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, με περίπου 69.700 νέα περιστατικά κάθε χρόνο [3]. Σύμφωνα με έρευνες, 1 στις 8 γυναίκες εμφανίζει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Από το 2001 έως το 2011 το ποσοστό νοσηρότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης αυξήθηκε κατά 9% (Πίνακας 2.4.1). Επομένως, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί σημαντικά, ανεξάρτητα από τη δημογραφική γήρανση. Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα αποτελέσματα των γειτονικών χωρών της Γερμανίας [9]. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά στα νέα ομόσπονδα κράτη της Γερμανίας εξακολουθούν να είναι κατά περίπου 25% χαμηλότερα σε σχέση με τα υπόλοιπα ομόσπονδα κράτη. Αυτή η διαφορά οφείλεται πιθανώς στο υψηλό ποσοστό γεννήσεων και στη νεαρή ηλικία των γυναικών κατά τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού στα κράτη της πρώην Λαϊκής Δημοκρατίας της Γερμανίας (DDR), καθώς και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής [10].

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, παρατηρήθηκε στη Γερμανία συνεχής μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού. Τα ποσοστά επιβίωσης έχουν βελτιωθεί σημαντικά από το 1990. Σύμφωνα με έρευνες του ZfKD, η πιθανότητα επιβίωσης στα πρώτα πέντε έτη μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ανέρχεται στο 87% (σχετικό ποσοστό επιβίωσης 5 ετών) [3] (βλ. Πλαίσιο πληροφοριών 2.4.1).

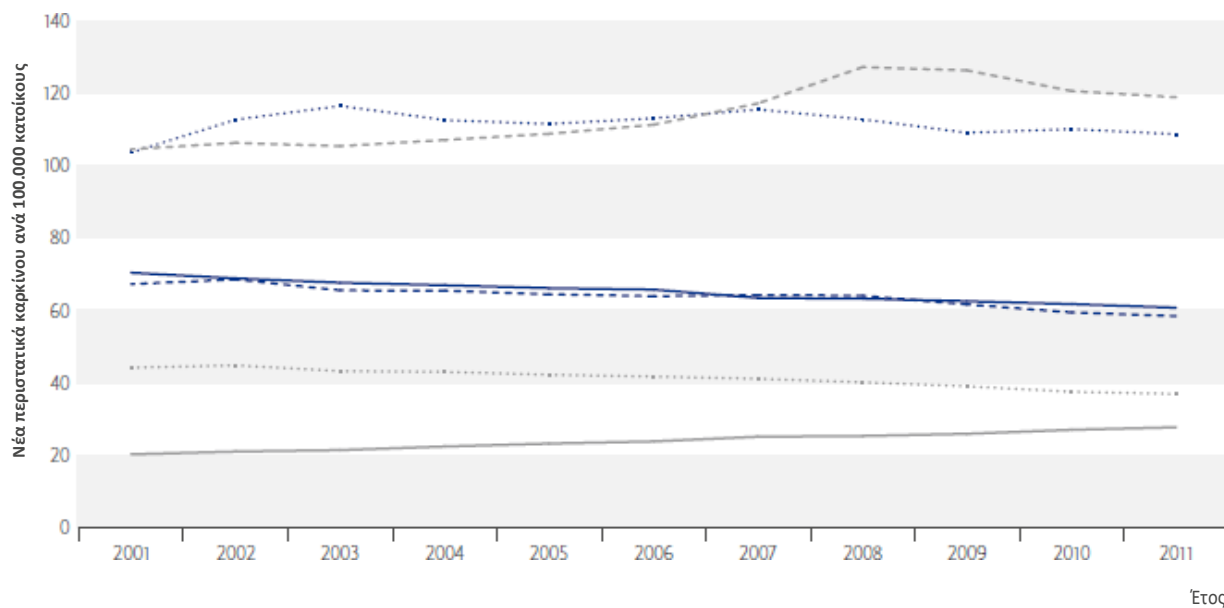
Το 2003 διατυπώθηκε το Εθνικό Σχέδιο Υγείας με τίτλο «Καρκίνος του μαστού: Μείωση της θνησιμότητας, αύξηση της ποιότητας ζωής». Σκοπός είναι η συμβολή στην καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της ποιότητας ζωής σε γυναίκες που πάσχουν από τον καρκίνο του μαστού - από την πρόληψη έως και τη θεραπεία του πόνου [11].

Με απόφαση του Γερμανικού Ομοσπονδιακού Κοινοβουλίου (Deutscher Bundestag) εισηγήθη, μεταξύ της χρονικής περιόδου 2005-2009, ο μαστογραφικός έλεγχος για γυναίκες ηλικίας από 50 έως 69 ετών. Έτσι, για πρώτη φορά στη Γερμανία, υπάρχει ένα οργανωμένο πρόγραμμα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου με γραπτή πρόσκληση συμμετοχής.

Η προτυποποιημένη και ποιοτικά εξασφαλισμένη μελέτη προσυμπτωματικού ελέγχου προσφέρεται κάθε δύο χρόνια σε όλες τις γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας. Ο βασικός στόχος της εξέτασης αυτής είναι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε ένα πρώιμο στάδιο, ώστε να μπορεί να χειρουργηθεί όσο πιο έγκαιρα γίνεται και να αντιμετωπιστεί με μεγαλύτερη επιτυχία. Αυτό θα μειώσει τη θνησιμότητα που μπορεί να προκληθεί από τον καρκίνο του μαστού αλλά και θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ως πιθανό μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί η ανησυχία για ύποπτα αποτελέσματα, τα οποία σε τελική ανάλυση αποδεικνύεται ότι δεν είναι όγκος («ψευδώς θετικά αποτελέσματα»). Εκτός αυτού, άλλο μειονέκτημα είναι η πιθανότητα της υπερδιάγνωσης, δηλαδή της ανίχνευσης όγκων που δεν θα αποτελούσαν ποτέ κλινική περίπτωση στη μετέπειτα ζωή του ατόμου [12].

Τα ποσοστά νοσηρότητας στη Γερμανία ως προς τις ηλικιακές ομάδες που γίνεται ο διαγνωστικός έλεγχος άρχισαν να αυξάνονται σημαντικά από το 2005. Τα ποσοστά αυτά θα μπορούσαν να διευκρινιστούν στην πρώτη φάση ενός τέτοιου προγράμματος μέσω της επίσπευσης του χρόνου της διάγνωσης [13]. Από το 2010 τα ποσοστά αυτά άρχισαν να μειώνονται. Το διάγραμμα 2.4.3 δείχνει ότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, από τη στιγμή που εισήχθη ο προσυμπτωματικός έλεγχος, έχουν ανακαλυφθεί όλο και περισσότεροι όγκοι στο αρχικό τους στάδιο. Αντιθέτως, ο ρυθμός των προηγμένων όγκων (στάδιο II-IV σύμφωνα με την ταξινόμηση UICC) [UICC: Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου] μειώθηκε πρόσφατα σε σημαντικό βαθμό αφού πρώτα παρουσίασε μια προσωρινή αύξηση, ενώ το 2011 μειώθηκε ελαφρώς για πρώτη φορά σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις. Ο λόγος της επιτυχίας του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου θεωρείται ότι ήταν κατά κύριο λόγο η μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού σε άτομα ηλικίας 55-74 ετών. Ωστόσο κάτι τέτοιο μπορούσε να είχε γίνει εφικτό και πριν το 2015. Πληροφορίες σχετικά με τη χρήση του μαστογραφικού ελέγχου, καθώς και για άλλες εξετάσεις έγκαιρης διάγνωσης, μπορείτε να βρείτε στο κεφάλαιο 4.3.

► **Διάγραμμα 2.4.1** Ποσοστά εμφάνισης νέων περιστατικών ασθένειας ως οφειλόμενα στην ηλικία για τον καρκίνο του πνεύμονα, τον καρκίνο του παχέος εντέρου, τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του προστάτη (παλιά δεδομένα του ευρωπαϊκού πληθυσμού) από το 2001 ως το 2011
Βάση δεδομένων: έρευνες του ZfKD [3]



Έτος

- Καρκίνος του μαστού στις γυναίκες
- Καρκίνος του προστάτη
- Καρκίνος του παχέος εντέρου στις γυναίκες
- Καρκίνος του παχέος εντέρου στους άνδρες
- Καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες
- Καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες

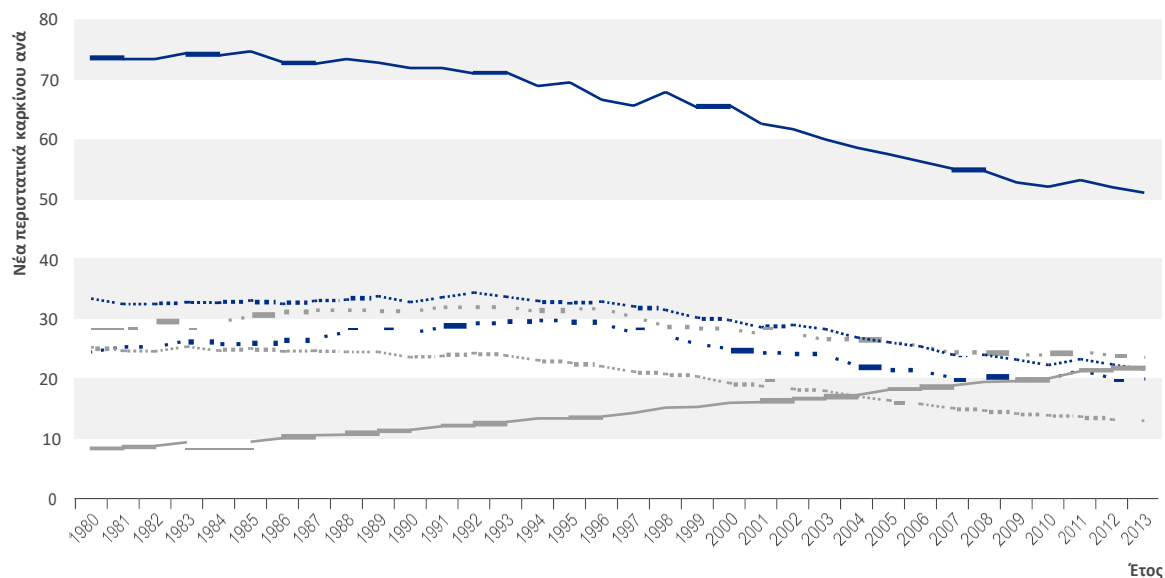
Κωδικοί της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) [μέχρι το 1997 ICD-9η αναθεώρηση/ από το 1998 ICD-10η αναθεώρηση]: καρκίνος του μαστού (174/C50), καρκίνος του προστάτη (185/C61), καρκίνος του παχέος εντέρου (153 – 154/C18 – C21), καρκίνος του πνεύμονα (162/C32 – C34)

► **Πίνακας 2.4.1** Περιπτώσεις εμφάνισης ασθένειας για τις πιο συχνές περιοχές εμφάνισης καρκίνου για το 2011, μεταβολή του απόλυτου αριθμού περιπτώσεων και του ποσοστού νοσηρότητας που οφείλεται στην ηλικία (παλιά δεδομένα του ευρωπαϊκού πληθυσμού) από το 2001

Βάση δεδομένων: έρευνες του EUROIS

ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ (ICD-10)	ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ					
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΑΝΔΡΕΣ		
	Απόλυτος αριθμός για το 2011	Απόλυτη αλλαγή από το 2001	Μεταβολή ποσοστού ηλικιακής προτύπωσης (ASR)* από το 2001	Απόλυτος αριθμός για το 2011	Απόλυτη αλλαγή από το 2001	Μεταβολή ποσοστού ηλικιακής προτύπωσης (ASR)* από το 2001
Μαστικός αδένας (C50)	69.663	18,2 %	9 %	594	29,7 %	0 %
Προστάτης (C61)				64.515	36 %	10,2 %
Παχύ έντερο (C18 – C21)	28.695	-6,9 %	-14,9 %	34.276	8,7 %	-12,7 %
Πνεύμονας (C33 – C34)	17.576	50,5 %	37,9 %	35.141	5 %	-14,7 %
Κακοήθες μελάνωμα του δέρματος (C43)	10.101	34,2 %	29,2 %	10.247	65,2 %	41,4 %
Μη-Hodgkin λεμφώματα (NHL) (C82 – C85)	7.007	16,9 %	4,1 %	7.913	35,6 %	12,7 %
Πάγκρεας (C25)	7.970	20,6 %	10 %	8.240	29,1 %	1,5 %
Στομάχι (C16)	6.453	-19,6 %	-25,5 %	9.573	-3,7 %	-24,2 %
Ουροδόχος κύστη (C67)	4.339	6,8 %	-3,7 %	11.135	6 %	-18,7 %
Νεφρό (C64)	5.593	6,1 %	-4,7 %	9.034	9,7 %	-8,6 %
Στόμα – Φάρυγγας (C00 – C14)	3.778	24,6 %	12,5 %	9.951	15 %	-1 %
Λευχαιμίες (C91 – C95)	5.965	4 %	-2,1 %	7.533	25,9 %	3 %
Σώμα μήτρας (C54 – C55)	11.129	-0,4 %	-7,2 %			
Συκώτι (C22)	2.994	29,4 %	12,1 %	5.764	27,1 %	2,1 %
Ωοθήκες (C56)	7.819	-15,5 %	-21,8 %			
Καρκίνος συνολικά (C00 – C97)	228.259	11,6 %	4,4 %	255.318	19,5 %	-2 %

* ASR: ποσοστό νοσηρότητας που οφείλεται στην ηλικία



Κωδικοί της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) [μέχρι το 1997 ICD-9η αναθεώρηση/ από το 1998 ICD-10η αναθεώρηση]: καρκίνος του μαστού (174/C50), καρκίνος του προστάτη (185/C61), καρκίνος του παχέος εντέρου (153 – 154/C18 – C21), καρκίνος του πνεύμονα (162/C32 – C34)

◀ **Διάγραμμα 2.4.2**
Ποσοστά θανάτου που οφείλονται στην ηλικιακή προτύπωση για τον καρκίνο του πνεύμονα, τον καρκίνο του παχέος εντέρου, τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του προστάτη (παλιά δεδομένα του πληθυσμού) από το 1980 έως το 2013
Βάση δεδομένων: Στατιστική σχετικά με τις αιτίες θανάτου [2]

- Καρκίνος του μαστού στις γυναίκες
- Καρκίνος του προστάτη
- Καρκίνος του παχέος εντέρου στις γυναίκες
- Καρκίνος του παχέος εντέρου στους άνδρες
- Καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες
- Καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες

ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ (ICD-10)	ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ					
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΑΝΔΡΕΣ		
	Απόλυτος αριθμός για το 2011	Απόλυτη αλλαγή από το 2001	Μεταβολή ποσοστού ηλικιακής προτύπωσης (ASR)* από το 2001	Απόλυτος αριθμός για το 2011	Απόλυτη αλλαγή από το 2001	Μεταβολή ποσοστού ηλικιακής προτύπωσης (ASR)* από το 2001
Πνεύμονας (C33 – C34)	14.291	42,8 %	32,3 %	29.653	3,8 %	-15,1 %
Παχύ έντερο (C18 – C21)	12.439	-16,8 %	-27,1 %	13.863	3,3 %	-18,5 %
Μαστός (C50)	17.815	1,8 %	-10,5 %	159	-31,8 %	-40 %
Πάγκρεας (C25)	8.128	23,6 %	10,2 %	7.812	33,3 %	6,5 %
Προστάτης (C61)				13.324	19,5 %	-12,3 %
Στομάχι (C16)	4.399	-25,4 %	-31,6 %	5.691	-13,1 %	-30,7 %
Λευχαιμίες (C91 – C95)	3.535	10,2 %	-6,7 %	4.083	17,2 %	-9,2 %
Συκώτι (C22)	2.551	30,1 %	19,2 %	5.011	43,8 %	16,4 %
Μη-Hodgkin λεμφώματα (NHL) [C82 – C85]	2.931	10,9 %	-10,8 %	3.153	17,6 %	-8,6 %
Ουροδόχος κύστη (C67)	1.891	-2,6 %	-13,6 %	4.046	11,1 %	-16,5 %
Ωοθήκες (C56)	5.837	0,3 %	-10,2 %			
Καρκίνος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) [C70 – C72]	2.623	3,4 %	-6,8 %	3.124	12,8 %	0 %
Στόμα - Φάρυγγας (C00 – C14)	1.322	25 %	11,1 %	4.064	7,1 %	-7,2 %
Νεφρό (C64)	2.104	-0,8 %	-17,2 %	3.223	4,7 %	-15,4 %
Οισοφάγος (C15)	1.172	21,5 %	0 %	3.966	19,1 %	-7,2 %
Καρκίνος συνολικά (C00 – C97)	101.836	2,6 %	-7,8 %	119.755	10,5 %	-11,7 %

Πίνακας 2.4.2
Περιπτώσεις θανάτου από καρκίνο για τις πιο συχνές περιοχές εμφάνισης καρκίνου για το 2011, μεταβολή του απόλυτου αριθμού περιπτώσεων και του ποσοστού νοσηρότητας που οφείλεται στην ηλικία (παλιά δεδομένα του ευρωπαϊκού πληθυσμού) από το 2001. Βάση δεδομένων: Στατιστική σχετικά με τις αιτίες θανάτου [2]

* ASR: ποσοστό θνησιμότητας που οφείλεται στην ηλικία

2.4.3

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Στη Γερμανία ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί για τους άνδρες τη συχνότερη μορφή καρκίνου και το τρίτο πιο συχνό αίτιο θανάτου που προκαλείται από τον καρκίνο [3]. Ο αριθμός εμφάνισης νέων περιστατικών καρκίνου εξακολουθεί να αυξάνεται την τελευταία δεκαετία, ενώ το 2011 έφτασε τα 64.500 περιστατικά. Το ποσοστό νοσηρότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης μειώθηκε ελαφρώς τα τελευταία χρόνια, ωστόσο εξακολουθεί να είναι κατά 10,2% υψηλότερο από αυτό του 2001 (Πίνακας 2.4.1). Σε αντίθεση μ' αυτό, η θνησιμότητα από καρκίνο του προστάτη λόγω ηλικιακής προτύπωσης ξεκίνησε να μειώνεται ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Διάγραμμα 2.4.2). Το σχετικό ποσοστό επιβίωσης 5 ετών για ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ανέρχεται στο 93% [3].

Η αύξηση του ποσοστού νοσηρότητας, που παρατηρείται στη Γερμανία μέχρι το 2003, με σταθερό ή μειωμένο ποσοστό θνησιμότητας, μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες χώρες της Δύσης. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται στην αυξημένη εφαρμογή της εξέτασης του PSA (ειδικό προστατικό αντιγόνο) [14]. Μια υψηλή τιμή του PSA στο αίμα μπορεί να παραπέμψει τόσο σε καρκίνο του προστάτη, όσο και σε άλλες αλλαγές στον προστάτη. Ωστόσο, το όφελος από τον προσυμπτωματικό έλεγχο PSA είναι αμφιλεγόμενο, διότι μπορεί να οδηγήσει σε υπερδιαγνώσεις και περιττές θεραπείες. Μερικοί από τους όγκους που ανακαλύφθηκαν με αυτόν τον τρόπο, ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς, πιθανότατα να μην αποτελούσαν ποτέ κλινική περίπτωση [15, 16]. Για τον λόγο αυτό, οι εξετάσεις έγκαιρης διάγνωσης της εκ του νόμου προβλεπόμενης ασφάλισης ασθένειας στην Γερμανία (Gesetzliche Krankenversicherung) δεν περιλαμβάνουν κάποια εξέταση του PSA. Μέχρι και σήμερα παρέχεται μία φορά το χρόνο δακτυλική εξέταση του προστάτη (ψηφιακή ορθική εξέταση) σε άνδρες ηλικίας 45 ετών και άνω. Η εξέταση του PSA προσφέρεται ως ιδιωτική παροχή υγείας (individuelle Gesundheitsleistung (IGel)) και το κόστος της πρέπει να καλύπτεται από τον ίδιο τον ασθενή.

2.4.4

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου που εμφανίζεται στις γυναίκες και η τρίτη συχνότερη μορφή στους άνδρες αντίστοιχα [3]. Το 2011 προσβλήθηκαν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου περίπου 28.700 γυναίκες και 34.300 άνδρες, με την ασθένεια να εμφανίζεται σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς μετά την ηλικία των 70 ετών. Τόσο η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας, όσο και η θνησιμότητά της, είναι παρόμοιες και στα δύο φύλα, ενώ παράλληλα οι δείκτες και των δύο δείχνουν να επηρεάζονται έντονα από τη δημογραφική

ανάπτυξη. Τα ποσοστά νοσηρότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης στις γυναίκες μειώθηκαν μεταξύ του 2001 και του 2011 (Διάγραμμα 2.4.1), ενώ ακόμα μειώθηκε ελαφρά τα τελευταία χρόνια και ο απόλυτος αριθμός των περιπτώσεων (-6,9%) [Πίνακας 2.4.1]. Στους άνδρες, η μείωση των ποσοστών νοσηρότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης ήταν μικρότερη (Διάγραμμα 2.4.1). Λόγω της δημογραφικής γήρανσης, οι απόλυτοι αριθμοί των περιπτώσεων αυξήθηκαν κατά 8,7% (Πίνακας 2.4.1).

Από το 2001, τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης στις γυναίκες έχουν μειωθεί σημαντικά (Διάγραμμα 2.4.2). Αυτό αντικατοπτρίζεται επίσης και στους απόλυτους αριθμούς: μείωση κατά 16,8% των θανάτων από καρκίνο του παχέος εντέρου μεταξύ 2001 και 2011 (Πίνακας 2.4.2). Η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας λόγω ηλικιακής προτύπωσης έχει παρατηρηθεί και στους άνδρες (Διάγραμμα 2.4.2). Αυτή η πτώση όμως, λόγω των μεταβολών στα ποσοστά των ανδρών ανά ηλικιακή ομάδα, δεν οδήγησε σε μείωση του αριθμού των θανάτων, καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων ανδρών στο γερμανικό πληθυσμό αυξήθηκε περισσότερο από αυτό των ηλικιωμένων γυναικών. Ο αριθμός των νεκρών αυξήθηκε κατά 3,3% το 2011 σε σύγκριση με το 2001 (Πίνακας 2.4.2). Τα σχετικά ποσοστά επιβίωσης 5 ετών ανέρχονται μέχρι και το τέλος του 2015 στο 64% και για τα δύο φύλα [3].

Αποφευκτέοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι κυρίως οι δυσμενείς παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα μια διατροφή υψηλής θερμιδικής αξίας με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες και με υψηλή αναλογία κόκκινου κρέατος ή επεξεργασμένων προϊόντων κρέατος [17], η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα [18].

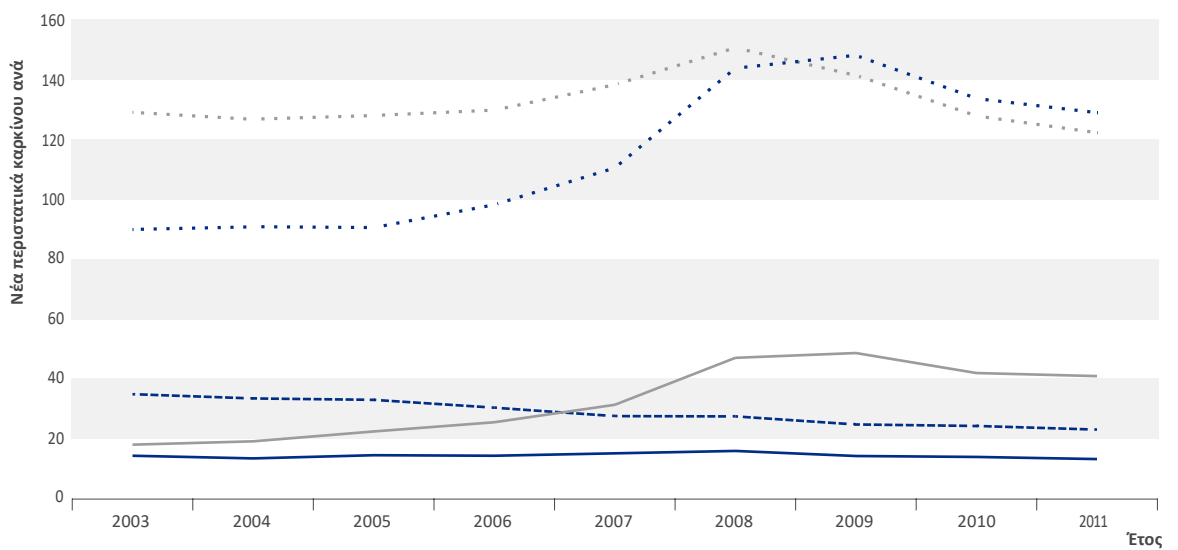
Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αποτελεί βασικό στοιχείο των εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, οι οποίες παρέχονται από τα ταμεία της εκ του νόμου προβλεπόμενης ασφάλισης ασθένειας (gesetzliche Krankenkassen) στη Γερμανία [19]. Τα άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω δικαιούνται μέχρι και σήμερα ετήσια χημική εξέταση κοπράνων [εξέταση με δοκιμασία γουαϊακόλης (Guajak-Test)] για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του ορθού και του παχέος εντέρου. Η εξέταση ανιχνεύει αίμα στα κόπρανα, ακόμα και στις περιπτώσεις που η αιμορραγία δεν είναι εμφανής με γυμνό μάτι. Η εξέταση με δοκιμασία γουαϊακόλης

► **Διάγραμμα 2.4.3**

Ποσοστό εμφάνισης νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού λόγω ηλικιακής προτύπωσης, σύμφωνα με τα στάδια της UICC*, για γυναίκες ηλικίας από 50 έως 69 ετών στη Γερμανία** (παλιά δεδομένα του ευρωπαϊκού πληθυσμού) από το 2003 ως το 2011

Βάση δεδομένων: Γερμανικό Κέντρο για τα Δεδομένα Μητρώου Καρκίνου (ZfKD) στο Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ

Επί τόπου*** —
 UICC I
 UICC II/III
 UICC IV —
 Κανένα - - -
 στοιχείο για το στάδιο αυτό



* UICC: Union internationale contre le cancer (Ελληνικά: Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου)

** Δεν συμπεριλαμβάνονται τα κρατίδια του Μπάντεν-Βούτεμπεργκ, της Έσσης και της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας (εκτός της διοικητικής περιφέρειας Μύνστερ)

*** Επί τόπου: τοπικά περιορισμένη εστίαση καρκίνου

αναμένεται να αντικατασταθεί από νεότερες ανοσολογικές εξετάσεις κοπράνων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, οι οποίες θα περιλαμβάνονται και στον κατάλογο υπηρεσιών της εκ του νόμου προβλεπόμενης ασφάλισης ασθένειας [20]. Τα άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω μπορούν να υποβληθούν δωρεάν σε προληπτική κολonosκόπηση και, εάν τα ευρήματα είναι φυσιολογικά, συνιστάται επανεξέταση μετά από δέκα χρόνια. Στόχος της προληπτικής κολonosκόπησης δεν είναι μόνο η ανίχνευση κακοήθων όγκων σε προγενέστερα στάδια, αλλά και η ανακάλυψη και αντιμετώπιση εξ αρχής της αιτίας που τους προκαλεί (πολύποδες του παχέος εντέρου). Μέχρι στιγμής δεν μπορεί ακόμη να εκτιμηθεί, αν η εξέταση αυτή, η οποία εισήχθη τον Οκτώβριο του 2002 ως παροχή από την εκ του νόμου προβλεπόμενη ασφάλιση ασθένειας στην Γερμανία, εξηγεί τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου τα τελευταία χρόνια (ποσοστό νέων περιστατικών ασθένειας, βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2). Ως εναλλακτική λύση της προληπτικής κολonosκόπησης οι δικαιούχοι ηλικίας 55 ετών και άνω μπορούν κάθε δύο χρόνια να υποβληθούν σε κοπρανώδη έλεγχο κρυφής αιμορραγίας (Τεστ Λανθάνουσας Αιμορραγίας στα Κόπρανα). Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του Ομοσπονδιακού Νόμου για την Έγκαιρη Πρόγνωση και το Μητρώο Καρκίνου, ο παραπάνω έλεγχος για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου θα μετατραπεί μέσα στα επόμενα χρόνια σε ένα οργανωμένο και ποιοτικά εξασφαλισμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, παρόμοιου με αυτού του προγράμματος μαστογραφικού ελέγχου.

2.4.5

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στη Γερμανία ο καρκίνος του πνεύμονα είναι εδώ και καιρό η τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου που εμφανίζεται στις γυναίκες και από το 2010 η δεύτερη συχνότερη μορφή στους άνδρες αντίστοιχα [3]. Το 2011 προσβλήθηκαν από καρκίνο του πνεύμονα περίπου 17.600 γυναίκες και 35.100 άνδρες. Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των δύο φύλων, που οφείλονται στην ηλικιακή προτύπωση, είναι εκ διαμέτρου αντίθετα. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, τα ποσοστά αυτά αυξάνονται κατά 30% για τις γυναίκες, ενώ μειώνονται συνεχώς για τους άνδρες (Διαγράμματα 2.4.1 και 2.4.2). Παρόμοιες τάσεις ως προς τα ποσοστά συναντώνται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες [21]. Αυτή η αύξηση ενδέχεται να οφείλεται στην αλλαγή των καπνιστικών συνηθειών που έχουν παρατηρηθεί εδώ και πολύ καιρό: Οι καπνιστικές συμπεριφορές γυναικών και ανδρών τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πλησιάσει η μία την άλλη, ακόμη και αν κυρίως στις πολύ μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες οι άνδρες καπνίζουν πολύ περισσότερο από τις γυναίκες. Αντίθετα, μεταξύ εφήβων δεν υπάρχουν πλέον διαφορές ως προς την καπνιστική συμπεριφορά που να σχετίζονται με το φύλο. Για τον λόγο αυτό, αναμένεται μια περαιτέρω σύγκλιση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών [22]. Η πρόγνωση των όγκων για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι λιγότερο ευνοϊκή, όπως δείχνουν τα

χαμηλά σχετικά ποσοστά επιβίωσης 5 ετών που ανέρχονται στο 21% για τις γυναίκες και στο 16% για τους άνδρες [3]. Η διακοπή του καπνίσματος παραμένει το πιο σημαντικό μέτρο για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα. Δεν υπάρχει ακόμα μια γενικά αναγνωρισμένη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα.

2.4.6

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Στην Γερμανία εμφανίζονται κάθε χρόνο περίπου 1.800 νέα περιστατικά καρκίνου σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών [23]. Το ποσοστό εμφάνισης νέων περιστατικών ασθένειας ανέρχεται σε 16 περιπτώσεις ανά 100.000 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, ποσοστό περίπου 100 φορές χαμηλότερο από εκείνο μεταξύ των ηλικιών 65 και 74 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας για την νοσηρότητα σε παιδιά κάτω των 15 ετών είναι 5 χρόνια και 11 μήνες. Η συχνότητα εμφάνισης ασθενειών πριν την ηλικία των 5 ετών είναι περίπου διπλάσια από αυτήν των ηλικιακών ομάδων από 5 έως 14 ετών. Στην ετήσια έκθεση 2013/2014 του γερμανικού Μητρώου Παιδιών Ασθενών με Καρκίνο παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά αξιολογήσεις της τελευταίας πενταετίας για τα άτομα ηλικίας από 15 έως 17 ετών. Από το 2009 έως το 2013 καταγράφηκαν κατά μέσο όρο, για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, περίπου 350 νέα περιστατικά ετησίως. Οι βασικότερες διαγνωστικές ομάδες σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών είναι οι λευχαιμίες (30,9%), οι όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος (23,7%) και τα λεμφώματα (14,1%).

Τα κακοήγη νεοπλασμάτα σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 έως 14 ετών αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στη Γερμανία [2], μετά από τις εξωτερικές αιτίες (ICD-10: S00 - T98: τραυματισμοί, δηλητηριάσεις ή άλλες συγκεκριμένες συνέπειες εξωτερικών αιτιών). Αν και ετησίως οι θάνατοι φτάνουν περίπου τους 240 σε παιδιά ηλικίας 1-14 ετών, οι πιθανότητες επιβίωσης, ωστόσο, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια χάρη στα βελτιωμένα συστήματα διάγνωσης και θεραπείας. Μέχρι στιγμής οι πιθανότητες επιβίωσης 15 χρόνια μετά τη νόσηση από καρκίνο ανέρχονται συνολικά στο 81% για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών [23]. Λόγω των βελτιωμένων προοπτικών επιβίωσης, η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των παιδιών μετά τη νόσηση από τον καρκίνο γίνεται όλο και πιο σημαντική. Σημαντικά ερωτήματα όπως οι πιθανότητες εμφάνισης ενός δεύτερου κακοήγη όγκου ή οι πιθανότητες εμφάνισης κινδύνου σε μακροπρόθεσμες συνέπειες, όπως η γονιμότητα, θα πρέπει να απαντηθούν καλύτερα στο μέλλον [24,25].

Λαμβάνοντας υπόψιν τις δημογραφικές μεταβολές στη Γερμανία, αναμένεται μια περαιτέρω αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου. Γι' αυτό το λόγο προκύπτει ιδιαίτερα η ανάγκη για άμεση δράση τόσο στα μέτρα όσο και στις δομές της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου και της περίθαλψης των ασθενών με καρκίνο. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2008 από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Γερμανίας σε συνεργασία με τη Γερμανική Αντικαρκινική Εταιρεία (Deutsche Krebsgesellschaft), τη Γερμανική Αντικαρκινική Βοήθεια (Deutsche Krebshilfe) και την Λίστα των ογκολογικών κέντρων της Γερμανίας (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren). Στόχος του είναι η βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης και περίθαλψης των ασθενών με καρκίνο, της ποιότητας των παροχών αυτών, καθώς και η ενίσχυση του προσανατολισμού των ασθενών. Αυτά περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την ενίσχυση της ψυχοογκολογικής περίθαλψης ασθενών με καρκίνο και της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή [26]. Για τη βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο στοχεύει στην μεταφορά όσων μέτρων ίσχυαν μέχρι τότε για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Τα προγράμματα αυτά θα είναι συστηματικά οργανωμένα και ποιοτικά εξασφαλισμένα βάσει των αντίστοιχων ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών. Ένα ακόμα βασικό σημείο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο είναι η επέκταση των κλινικών Μητρώων Καρκίνου σε όλη την επικράτεια της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας. Στόχος αυτού είναι η εξασφάλιση της ποιότητας και η βελτίωση των υποδομών περίθαλψης για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο (βλπ. Πλαίσιο πληροφοριών 2.4.2). Με τον νόμο, που τέθηκε σε ισχύ στις 9 Απριλίου του 2013, για τη βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου και την εξασφάλιση ποιότητας μέσω των κλινικών Μητρώων Καρκίνου (Ομοσπονδιακός Νόμος για την Έγκαιρη Πρόγνωση και το Μητρώο Καρκίνου - KFRG) εφαρμόστηκαν στην νομοθεσία αντίστοιχες υποδείξεις που δόθηκαν από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο [27].

Αυτό δημιούργησε το απαραίτητο νομικό πλαίσιο για την εισαγωγή οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου στη Γερμανία. Η εννοιολογική εφαρμογή είναι ευθύνη της Κοινής Ομοσπονδιακής Επιτροπής [Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)], αρμοδιότητα της οποίας είναι η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης ως προς το περιεχόμενο των δύο παραπάνω μελλοντικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Όπως συμβαίνει και με τον μαστογραφικό έλεγχο, όλα τα άτομα, που δικαιούνται τις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου, θα καλούνται προσωπικά για να ενημερωθούν για τις εξετάσεις. Με την πρόσκληση παρέχονται

με τα πιθανά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του εκάστοτε μέτρου έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Ο νόμος εδραίωσε επίσης την εξασφάλιση της ποιότητας και την παρακολούθηση της επιτυχίας των οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου στη Γερμανία.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

1. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. RKI und GEKID, Berlin
2. Statistisches Bundesamt (2014) Todesursachenstatistik. Sterbe - fälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
3. Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (2015) Datenbankabfrage. www.krebsdaten.de (Stand: 01.04.2015)
4. Statistisches Bundesamt (2015) Krankenhausstatistik. Diagnose- daten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
5. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung 2008 (Total Cost of Illness in millions of Euro. Classification: years, gender, ICD-10, provider). www.gbe-bund.de (Stand: 20.04.2015)
6. World Health Organization (2015) Cancer Fact sheet Nr. 297. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html# (Stand: 15.04.2015)
7. Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (2014) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: August 2014. Epidemiologisches Bulletin 34
8. Wienecke A, Barnes B, Lampert T et al. (2013) Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany, 1999 – 2008. *IJC* 134(3):682- 691
9. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E (2010) Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *EJC* 46(4):765-781
10. Katalinic A, Pritzkuleit R, Waldmann A (2009) Recent trends in breast cancer incidence and mortality in Germany. *Breast Care* 4(2):75-80
11. gesundheitsziele.de (2014) Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen. www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page= nationale_gz/brustkrebs (Stand: 15.04.2015)
12. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA et al. (2013) The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *BJC* 108(11):2205-2240
13. Fracheboud J, Otto SJ, van Dijck JA et al. (2004) Decreased rates of advanced breast cancer due to mammography screening in The Netherlands. *BJC* 91(5):861-867
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Prostataerkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 36. RKI, Berlin
15. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. (2009) Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 360:1320-1328
16. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd et al. (2009) Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 360:1310-1319
17. Norat T, Bingham S, Ferrari P et al. (2005) Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer Inst* 97(12):906-916
18. Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2015) Dickdarmkrebs: Diagnose, Therapie, Nachsorge. Informationen für Betroffene, ihre Angehörigen und Interessierte. <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darm-krebs/risikofaktoren.php> (Stand: 19.08.2015)
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (2002) Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs wird GKV-Leistung. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/29/ (Stand: 15.04.2015)
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung und Ankündigung des Beratungsverfahrens: Bewertung eines iFOBT-basierten Darmkrebscreenings im Vergleich zu einem gFOBT-basierten Darmkrebscreening. www.g-ba.de/downloads/39-261-2063/2014-09-18_KFE-RL-Beratungsverf_Darmkrebs_iFOBT.pdf (Stand: 19.08.2015)

21. Karim-Kos H, De Vries E, Soerjomataram I et al. (2008) Recent trends of cancer in Europe: A combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *EJC* 44(10):1345-1389
22. Beelte A-K, Pritzkeleit R, Katalinic A (2008) Lungenkrebsinzidenz und -mortalität – aktuelle Trends und Hochrechnungen aus dem Krebsregister Schleswig-Holstein. *DMW* 133(28/29):1487-1492
23. Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR) (2014) Jahresbericht – Annual Report 2013/14 (1980 – 2013). www.kinderkrebsregister.de/typo3temp/secure_downloads/22605/0/22cb72c5a76a0e46c1fe00358768d9ab8ecd3c1e/jb2014_s.pdf (Stand: 17.06.2015)
24. Kaatsch P, Grabow D (2012) Die deutsche Kohorte Langzeitüberlebender nach Krebs im Kindesalter – Eine populationsbezogene Kohorte am Deutschen Kinderkrebsregister. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(6/7):843-851
25. Calaminus G, Kaatsch P (2007) Positionspapier der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) zu (Langzeit-)Nachbeobachtung, (Langzeit-)Nachsorge und Spätfolgen-erhebung bei pädiatrisch-onkologischen Patienten. *Klinische Pädiatrie* 219(3):173-178
26. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Nationaler Krebsplan – Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
27. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz tritt morgen in Kraft. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2013-02/kfrg-tritt-in-kraft.html> (Stand: 19.08.2015)

Σχολιασμός

Το παραπάνω κείμενο υποδοχής αποτελεί ένα απόσπασμα της έρευνας του γερμανικού Ινστιτούτου Ρόμπερτ Κοχ για το 2015, στην οποία συγκαταλέγονται οι περισσότερες εμφανιζόμενες ασθένειες που συναντώνται στη Γερμανία και αφορά στην ανάλυση αυτών αλλά και των ποσοστών του πληθυσμού που αυτές καταβάλλουν. Το συγκεκριμένο απόσπασμα που επέλεξα να μεταφράσω επικεντρώνεται στον καρκίνο. Πριν, όμως, αναλύσουμε τον σκοπό και τον τρόπο μετάφρασης του κειμένου, θα ορίσουμε συντόμως την ίδια τη διαδικασία της μετάφρασης ως εξής:

Ο μεταφραστής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κείμενο που να μεταδίδει το ίδιο νόημα με αυτό που μεταδίδεται από το πρωτότυπο κείμενο και που να εκπληροί σωστά τις ίδιες λειτουργίες με αυτές που εκπληροί το πρωτότυπο. Χρησιμοποιούμε λέξεις και προτάσεις με σκοπό να παραγάγουμε στο μυαλό του αναγνώστη του μεταφράσματος τις ίδιες αξίες με αυτές που παράγονται στο μυαλό του αναγνώστη του πρωτότυπου έργου. Χρησιμοποιούμε, δηλαδή, γλώσσα ή, καλύτερα, τη γ λ ώ σ σ α.

(Κεντρωτής 1996: 15)

Η μεταφραστική διαδικασία σε κείμενα με ειδική ορολογία, όπως αποτελεί και η περίπτωση του κειμένου που εξετάζουμε, δεν αφορά μόνο στην ορθή απόδοση της ειδικής ορολογίας. Στα ειδικά κείμενα, ανάλογα βέβαια και με τον επικοινωνιακό σκοπό κάθε φορά, ο μεταφραστής ράβει και ξηλώνει, ώστε το μετάφρασμά του να έχει όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται χωρίς να υστερεί σε ουσία ή να υπερτερεί σε γνώση. Άλλωστε, η ειδική γλώσσα δεν μπορεί να γίνει πάντα κατανοητή από όλους και δεν είναι όλες οι πληροφορίες πάντα χρήσιμες σε όλους. Όσες αλλαγές έγιναν στο συγκεκριμένο μετάφρασμα με βάση το πρωτότυπο κείμενο θα αναλυθούν παρακάτω (βλ. μεταφραστικά προβλήματα).

Αλλά γιατί να προβούμε σε μετάφραση; Σύμφωνα με το λειτουργισμό, μία από τις μεθοδολογίες της μετάφρασης, η μετάφραση γίνεται πάντα για να καλύψει έναν συγκεκριμένο σκοπό. Σύμφωνα με τον Kelandrias (2008: 95 στο Σαχίνης 2009: 2) “η λειτουργική προσέγγιση ανταποκρίνεται στις ανάγκες και της ελληνικής γλώσσας και της διδασκαλίας της ελληνικής μετάφρασης, καθώς και ότι αυτή δίνει στο μεταφραστή τη δυνατότητα να επιλέξει τη στρατηγική του ανάλογα με το στόχο της μετάφρασης”. Η λειτουργική θεωρία στη μετάφραση, επομένως, μας παραπέμπει στη θεωρία του σκοπού, σύμφωνα με την οποία “στη μεταφραστική πράξη η βασική αρχή που καθορίζει κάθε μεταφραστική διαδικασία είναι ο στόχος (Skopos) της συνολικής μεταφραστικής δράσης” (Nord 2014: 70). Αυτό διευκολύνει τον μεταφραστή να γνωρίζει εξ αρχής ποιες πληροφορίες θα πρέπει να κρατήσει, να αλλάξει ή και να απαλείψει, ώστε να καταφέρει να δημιουργήσει ένα μετάφρασμα που θα ανταποκρίνεται απόλυτα στις προσδοκίες του κοινού του. Για να πετύχει κάτι τέτοιο ο μεταφραστής χρειάζεται να πληροί δύο βασικά κριτήρια:

- Το πρώτο είναι γνώσεις, οι οποίες δεν βασίζονται μόνο σε γλωσσικό επίπεδο. Στα ειδικά κείμενα ο μεταφραστής οφείλει να έχει και γνώσεις πάνω στο γνωστικό

αντικείμενο που καλείται να μεταφράσει, ειδικά το μετάφρασμα μπορεί να μην είναι σωστό. Δηλαδή να έχει “γνώση πραγματολογικού ή ρητορικού χαρακτήρα” (Κεντρωτής 1996: 50-51).

- Ως προς το δεύτερο, ο στόχος κάθε μετάφρασης, ο επικοινωνιακός δηλαδή σκοπός της, ορίζεται από τις εκάστοτε “μεταφραστικές οδηγίες” (Nord 2014: 137-142). Άλλωστε “ο σκοπός αγιάζει τα μέσα”, ο σκοπός δηλαδή καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η μετάφραση.

Ας γίνουμε όμως πιο συγκριμένοι. Όπως αναφέρει η Παριανού (2007: 6) “οι μεταφραστικές οδηγίες που προτείνει η Nord αφορούν το σύνολο των οδηγιών που δίδονται στον μεταφραστή και προσδιορίζουν το είδος της μετάφρασης που απαιτείται καθώς και τον επικοινωνιακό σκοπό”. Πριν, όμως, αναφέρουμε τους παράγοντες της συγκεκριμένης μεταφραστικής διαδικασίας, θα πρέπει πρώτα να αναφέρουμε το σενάριο, το οποίο κατευθύνει τις μεταφραστικές οδηγίες, καθώς ένα τέτοιο ιατρικό κείμενο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ποικίλους σκοπούς.

Μεταφραστικό Σενάριο:

Ένας δημοσιογράφος ενδιαφέρεται να συντάξει ένα άρθρο για τον καρκίνο στη Γερμανία. Το άρθρο αυτό θα δημοσιευτεί ηλεκτρονικά στην ιστοσελίδα New Diaspora¹, μια ιστοσελίδα που δημοσιεύει άρθρα στην ελληνική γλώσσα για ζητήματα που απασχολούν τους Έλληνες του εξωτερικού. Η ιδέα της δημιουργίας ενός τέτοιου άρθρου προήλθε από το ενδιαφέρον που έδειξε ένας από τους αναγνώστες της ιστοσελίδας, που διαμένει στη Γερμανία, και ενδιαφέρθηκε να μάθει για την κατάσταση του καρκίνου εκεί. Έτσι το αίτημα έφτασε στο διοικητικό συμβούλιο της ιστοσελίδας, που θεώρησε ότι ένα τέτοιο άρθρο μπορεί να έχει θετική απήχηση στην ιστοσελίδα, καθώς ένα μεγάλο μέρος των Ελλήνων αναγνωστών της κατοικεί στη Γερμανία. Έπειτα από συζητήσεις αποφασίστηκε ότι ο τίτλος του άρθρου θα είναι: “Καρκίνος στη Γερμανία: Σύγκριση 2015 με 2020”. Για τον λόγο αυτό, πηγές σύνταξης του άρθρου ήταν πληροφορίες από έρευνες, κατά κύριο λόγο, γερμανικών ινστιτούτων, που να αφορούν τα ευρήματα τόσο του 2015 όσο και του 2020, και στο τέλος να υπάρξει σύγκριση ως προς τα ποσοστά νοσηρότητας και στους νέες μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου σε σχέση με το 2015. Οι έρευνες αυτές δόθηκαν σε εμένα για να τις μεταφράσω και στη συνέχεια με βάση αυτές θα συνταχθεί ένα ενιαίο άρθρο από τον δημοσιογράφο.

Έχοντας λάβει, λοιπόν, υπόψιν το μεταφραστικό σενάριο μπορούμε τώρα να ορίσουμε τα πρόσωπα της μεταφραστικής δράσης, όπως ορίζονται από τη μεταφρασιολόγο Justa Holz-Mänttari (1984), προκειμένου να αναφερθούμε μετέπειτα στις μεταφραστικές οδηγίες. Πιο αναλυτικά, βάσει του σεναρίου μου, έχουμε τα εξής πρόσωπα:

- Ο **εμπνευστής της μετάφρασης**, “δηλαδή το πρόσωπο (φυσικό ή νομικό) που χρειάζεται τη μετάφραση, δίνει το έναυσμα για την έναρξη της μεταφραστικής διαδικασίας και ορίζει το σκοπό για τον οποίο χρειάζεται το κείμενο υποδοχής” (Κελάνδριας 2007: 31-32, 2016: 102). Στη δική μου περίπτωση, εμπνευστής της

¹ Πηγή: <https://www.newdiaspora.com/el/> (21.06.2020).

μετάφρασης είναι κάποιος από τους Έλληνες αναγνώστες που διαμένει στη Γερμανία και ενδιαφέρθηκε να μάθει για τη κατάσταση της χώρας αυτής αναφορικά με τον καρκίνο.

- Ο **αναθέτων τη μετάφραση ή εντολέας**, “ο οποίος αναθέτει την παραγωγή του κειμένου αφετηρίας στο μεταφραστή για ένα συγκεκριμένο σκοπό και παραλήπτη” (Κελάνδριας 2007: 32, 2016: 102). Ο εντολέας όσον αφορά στη μεταφραστική διαδικασία είναι το διοικητικό συμβούλιο της ιστοσελίδας, που θεώρησε ότι ένα τέτοιο άρθρο μπορεί να έχει θετική απήχηση στην ιστοσελίδα, καθώς ένα μεγάλο μέρος των Ελλήνων αναγνωστών της κατοικεί στη Γερμανία.
- Ο **δημιουργός του κειμένου αφετηρίας**, το οποίο:

συνιστά τη βάση της μεταφραστικής δράσης ανεξάρτητα από τα κίνητρα και τους λόγους που οδήγησαν στη δημιουργία του και από το εάν υπάρχει ταύτιση λόγων και κινήτρων μεταξύ κειμένου αφετηρίας και κειμένου υποδοχής. Ενίοτε, η δημιουργία του κειμένου αφετηρίας δεν γίνεται με σκοπό τη μετάφρασή του, η οποία αποφασίζεται αργότερα. Σε αυτή την περίπτωση, ο δημιουργός του κειμένου αφετηρίας ενδέχεται να μην συμμετέχει άμεσα στη μεταφραστική διαδικασία.

(Κελάνδριας 2007: 32, 2016: 102-3)

Δημιουργός των κειμένων που κλήθηκα να μεταφράσω είναι το Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ. Στο πλαίσιο της παρούσας πτυχιακής, μετέφρασα απόσπασμα μιας έρευνας του 2015 σχετικά με τις ασθένειες που προσβάλλουν τους κατοίκους της Γερμανίας. Το απόσπασμα που κλήθηκα να μεταφράσω αφορά συγκεκριμένα τον καρκίνο.

- Ο **μεταφραστής** “ως καθοριστικός παράγοντας της μεταφραστικής διαδικασίας” (Κελάνδριας 2007: 33, 2016: 103), δηλαδή εγώ.
- Ο **χρήστης του κειμένου υποδοχής**, “δηλαδή το φυσικό ή νομικό πρόσωπο που θα χρησιμοποιήσει το μετάφρασμα” (Κελάνδριας 2007: 34, 2016: 104). Χρήστης του μεταφράσματος είναι ένας από τους πολλούς δημοσιογράφους της σελίδας που ανέλαβε να ασχοληθεί με την συγγραφή του συγκεκριμένου άρθρου.
- Ο **δέκτης του κειμένου υποδοχής**, “δηλαδή ο τελικός παραλήπτης του κειμένου αφετηρίας, αυτός στον οποίο απευθύνεται το κείμενο αφετηρίας (ενίοτε ο χρήστης και ο δέκτης του κειμένου υποδοχής ταυτίζονται)” (Κελάνδριας 2007: 34, 2016: 104). Δέκτης του κειμένου αφετηρίας και κατ’ επέκταση υποδοχής είναι ο δημοσιογράφος για τον οποίο προορίζεται η μετάφραση. Ωστόσο, η μετάφραση πρέπει να είναι κατανοητή και για το ελληνικό κοινό, γι αυτό και ορισμένες πληροφορίες του πρωτοτύπου παραλείπονται. Άλλωστε ο δέκτης του τελικού κειμένου υποδοχής (του δημοσιογραφικού άρθρου) είναι ο Έλληνας του εξωτερικού.

Στη συνέχεια, θα ασχοληθούμε πιο αναλυτικά με το μετάφρασμα. Αρχικά πρέπει να προσδιορίσουμε τον κειμενικό του τύπο. Τα κείμενα χωρίζονται, ανάλογα με τη λειτουργία της γλώσσας (Reiß 1971: 33), σε:

- ✓ Πληροφοριακά κείμενα που αποσκοπούν στην:

πληροφόρηση του αναγνώστη σχετικά με αντικείμενα και φαινόμενα του πραγματικού κόσμου. Η επιλογή των γλωσσικών και υφολογικών τύπων γίνεται με βάση τη συγκεκριμένη λειτουργία. Ο μεταφραστής θα πρέπει να προσπαθήσει να αποδώσει το περιεχόμενο του κειμένου αφετηρίας με τρόπο σωστό και ολοκληρωμένο, με καθοδηγητή, βέβαια, τις κυρίαρχες νόρμες της γλώσσας και του πολιτισμού αφίξεως.

(Nord 2014: 91-92)

Στην ίδια επικοινωνιακή λειτουργία, η Reiß προσθέτει και την *“καθαρά φατική επικοινωνία, στην οποία η πραγματική πληροφοριακή αξία είναι μηδενική και το μήνυμα είναι η ίδια η επικοινωνιακή διαδικασία”* (1984: 108).

- ✓ Εκφραστικά κείμενα που αποσκοπούν στην επίκληση συναισθημάτων. Σύμφωνα με τη Nord (2014: 92), *“η άσκηση, δηλαδή, αισθητικής επίδρασης στον αναγνώστη έρχεται στο προσκήνιο και γίνεται το κύριο μέλημα τόσο του συγγραφέα όσο και, κατ’ επέκταση, του μεταφραστή”*.
- ✓ Τα κλητικά κείμενα, που έχουν ως στόχο να συμβουλέψουν ή και να πείσουν το κοινό-στόχο για κάτι συγκεκριμένο. Σύμφωνα με την Nord (2014: 92):

τα πάντα είναι σχετικά: η πρόκληση της ίδιας –στο πλαίσιο του δυνατού– αντίδρασης από το κοινό είναι αυτή που υπαγορεύει τον τρόπο μετάφρασης, σε σημείο μάλιστα που ενδέχεται να κριθεί αναγκαία η αλλαγή του περιεχομένου ή των υφολογικών χαρακτηριστικών του κειμένου αφετηρίας.

Ανάλογα, λοιπόν, με την εκάστοτε κειμενική λειτουργία (πληροφοριακή, εκφραστική, κλητική), που θέλει να πετύχει ο συγγραφέας του κειμένου αφετηρίας ή ο μεταφραστής του κειμένου υποδοχής αντίστοιχα, το κείμενο θα έχει και τον ανάλογο κειμενικό τύπο. Το πρωτότυπο γερμανικό κείμενο και συνεπώς το μετάφρασμά μου έχουν κυρίως πληροφοριακό χαρακτήρα, καθώς αφορούν μια έρευνα που έχει ως αποκλειστικό της στόχο να ενημερώσει το κοινό για την κατάσταση του καρκίνου στη Γερμανία. Σε ορισμένα σημεία, ωστόσο, υπάρχουν συμβουλές περί εξετάσεων και διαγνωστικών ελέγχων. Τα σημεία αυτά δεν έχουν προτρεπτικό χαρακτήρα, αλλά εξακολουθούν να είναι πληροφορικά, καθώς ο στόχος δεν είναι να πείσουν το κοινό να κάνει αυτές τις εξετάσεις, αλλά να το ενημερώσουν για την ύπαρξη αυτών.

Συνοπτικά, οι μεταφραστικές οδηγίες αφορούν τις ακόλουθες κατευθυντήριες γραμμές (Nord 2001: 60 στο Κελάνδριας 2016 145-146):

Λειτουργίες κειμένων αφετηρίας και υποδοχής: Πληροφοριακή κατά κύριο λόγο

Χρήστες και δέκτες του κειμένου υποδοχής: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο χρήστης και ο δέκτης του κειμένου υποδοχής ταυτίζονται. Πιο συγκεκριμένα, χρήστης είναι ο δημοσιογράφος της σελίδας που ανέλαβε να ασχοληθεί με την συγγραφή του συγκεκριμένου άρθρου ενώ παράλληλα θεωρείται και δέκτης αυτού, η μετάφραση προορίζεται για εκείνον.

Χρόνος και τόπος κυκλοφορίας του κειμένου υποδοχής: Εντός του 2020

Μέσο μετάδοσης μηνύματος: Δημοσίευση σε ιστοσελίδα

Κίνητρο για τη δημιουργία του κειμένου υποδοχής: Πληροφόρηση Ελλήνων κατοίκων της Γερμανίας

Και στη συνέχεια θα αναφερθώ στα μεταφραστικά προβλήματα που αντιμετώπισα κατά τη μεταφραστική διαδικασία.

Μεταφραστικά προβλήματα:

Τα μεταφραστικά προβλήματα είναι αντικειμενικά ή τουλάχιστον δυποκειμενικά. Δεν θα πρέπει να ταυτίζονται με τις μεταφραστικές δυσκολίες, τις υποκειμενικές, δηλαδή, δυσκολίες που συναντά ένας συγκεκριμένος μεταφραστής ή εκπαιδευόμενος κατά τη μεταφραστική διαδικασία λόγω ανεπαρκών γλωσσικών, πολιτισμικών ή μεταφραστικών δεξιοτήτων ή λόγω έλλειψης σωστής τεκμηρίωσης. Τα μεταφραστικά προβλήματα παραμένουν πάντα προβλήματα, ακόμη και όταν ένας μεταφραστής έχει μάθει πώς να τα επιλύει γρήγορα και αποτελεσματικά.

(Nord 2014: 145)

Και φτάνουμε στο πρακτικό σημείο του σχολιασμού. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε πως ό,τι παρακωλύει τη μεταφραστική διαδικασία, και δεν σχετίζεται με τη γλωσσική και γνωστική ικανότητα του μεταφραστή (υποκειμενικές μεταφραστικές δυσκολίες), μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεταφραστικό πρόβλημα. Η σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών του κειμένου αφετηρίας και του κειμένου υποδοχής δείχνει ξεκάθαρα ποιες πληροφορίες ή ποια γλωσσικά στοιχεία του κειμένου αφετηρίας μπορούν να διατηρηθούν και ποια χρειάζεται να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του μεταφραστικού στόχου. Μεταφραστικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν από την έννοια των λέξεων, τη σύνταξη, ακόμη και από τα πολιτισμικά στοιχεία των δυο γλωσσών. Αναλυτικότερα, η κατηγοριοποίηση των μεταφραστικών προβλημάτων με βάση την προσανατολισμένη στη μετάφραση κειμενική ανάλυση της Nord (2001: 59-66) έχει ως εξής:

Πραγματολογικά μεταφραστικά προβλήματα:

Τα πραγματολογικά μεταφραστικά προβλήματα ανακύπτουν από τις διαφορές των περιστάσεων αυτών και μπορούν να εντοπιστούν με τη σύγκριση των εξωκειμενικών παραγόντων (πομπός, δέκτης, μέσο, χρόνος, χώρος, κίνητρο, κειμενική λειτουργία) [...] πραγματολογικά μεταφραστικά προβλήματα υπάρχουν σε κάθε μεταφραστική εργασία, είναι γενικεύσιμα ανεξάρτητα από τις γλώσσες και τους πολιτισμούς που εμπλέκονται ή την κατεύθυνση της μεταφραστικής διαδικασίας (από ή προς τη μητρική γλώσσα). Συνεπώς, κρίνονται ως τα σημαντικότερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν στα αρχικά στάδια της εκπαίδευσης των μεταφραστών.

(Nord 2014: 148)

Τα πραγματολογικά προβλήματα που συνάντησα είναι ποικίλα, οπότε θα αναφερθώ σε χαρακτηριστικές περιπτώσεις με χρήση παραδειγμάτων. Καταρχάς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο που συνάντησα αφορά τους αριθμούς σχετικά με τις περιπτώσεις εμφάνισης ασθένειας.

Πρωτότυπο: *Die Neuerkrankungsrate beträgt 16,0 Fälle je 100.000 Kinder in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen und liegt damit etwa hundertmal niedriger als im Alter zwischen 65 und 74 Jahren.*

Μετάφρασμα: *Το ποσοστό εμφάνισης νέων περιστατικών ασθένειας ανέρχεται σε 16 περιπτώσεις ανά 100.000 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, ποσοστό περίπου 100 φορές χαμηλότερο από εκείνο μεταξύ των ηλικιών 65 και 74 ετών.*

Βλέποντας το παραπάνω παράδειγμα, παρατηρούμε ότι ο αριθμός εμφανίζεται υπό τη μορφή δεκαδικού αριθμού στη γερμανική γλώσσα ακόμα και όταν ο αριθμός που εκφράζει είναι ακέραιος. Αντιθέτως, στη δική μου απόδοση οι ακέραιοι αριθμοί αναγράφονταν χωρίς τη χρήση δεκαδικού αριθμού (δηλαδή 16 αντί για 16,0). Αυτό συμβαίνει και στα ποσοστά που συναντώνται στους πίνακες και σε αυτά εντός του κειμένου.

Το επόμενο πραγματολογικό πρόβλημα που με απασχόλησε ήταν τα σημεία στίξης. Πιο συγκεκριμένα, τα εισαγωγικά στη γερμανική γλώσσα έχουν αυτή τη μορφή («...») ενώ στην ελληνική αυτή ("..."). Παραδείγματος χάριν:

Πρωτότυπο: *Im Jahr 2011 erkrankten nach Schätzungen des Zen- trums für Krebsregisterdaten (ZfKD) etwa 228.000 Frauen und 255.000 Männer an Krebs, wobei die häufigen, aber meist nicht lebensbedrohlich verlaufenden nicht-melanotischen Krebserkrankungen der Haut (»weißer Hautkrebs«, ICD-10: C44) nicht berücksichtigt sind.*

Μετάφρασμα: *Σύμφωνα με έρευνες του ZfKD, το 2011 προσβλήθηκαν από καρκίνο στη Γερμανία περίπου 228.000 γυναίκες και 255.000 άνδρες. Οι συχνές, αλλά συνήθως μη απειλητικές για τη ζωή, περιπτώσεις μη μελανωτικού καρκίνου του δέρματος ("βασικοκυτταρικό καρκίνωμα", ICD-10: C44) δεν λήφθηκαν υπόψιν.*

Πολιτισμικά μεταφραστικά προβλήματα:

Κάθε πολιτισμός έχει τις δικές του συνήθειες, νόρμες και συμβάσεις. Τα διαπολιτισμικά μεταφραστικά προβλήματα απορρέουν από τις διαφορές στις νόρμες και τις συμβάσεις που διέπουν τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά στους δύο εμπλεκόμενους πολιτισμούς.

(Nord 2014: 149)

Τα πολιτισμικά μεταφραστικά προβλήματα προκύπτουν σε περιπτώσεις αδυναμίας εύρεσης ισοδύναμων όρων ανάμεσα στον πολιτισμό αφετηρίας και τον πολιτισμό υποδοχής. Στην περίπτωση του εξεταζόμενου κειμένου μας οι γερμανικοί όροι, οι οποίοι δεν υφίστανται ισοδύναμα τόσο στο ιατρικό όσο και στο νομικό σύστημα της Ελλάδας είναι οι όροι *gesetzliche Krankenkassen* και *gesetzliche*

Krankenversicherung. Ακριβώς επειδή αυτοί οι όροι δεν υφίστανται ισοδύναμα στην ελληνική γλώσσα, έπειτα από εκτενή έρευνα (περιήγηση στις ελληνικές εκδόσεις των ιστοσελίδων της Κυβέρνησης της Ομοσπονδιακής Δημοκρατία της Γερμανίας²) βρήκα τις εξής αποδόσεις:

gesetzliche Krankenversicherung= εκ του νόμου προβλεπόμενη ασφάλιση ασθένειας στην Γερμανία

gesetzliche Krankenkassen= ταμεία της εκ του νομού προβλεπόμενης ασφάλισης ασθένειας

Επειδή, λοιπόν, υπάρχουν ήδη αποδόσεις των δύο εξεταζόμενων όρων στην ελληνική γλώσσα σε επίσημες ιστοσελίδες της γερμανικής Πολιτείας, οι αποδόσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν και στην συγκεκριμένη περίπτωση. Μάλιστα, προκειμένου να είναι κατανοητοί οι όροι στον ελληνόφωνο αναγνώστη της Γερμανίας, τίθενται σε παρένθεση και οι γερμανικοί όροι. Αυτή η στρατηγική χρησιμοποιήθηκε για όλους τους ειδικούς γερμανικούς όρους που ανήκουν τόσο στην ιατρική όσο και στη νομική επιστήμη. Οπότε, η εύρεση παράλληλων κειμένων αποτελεί βασικό στάδιο κατά τη μεταφραστική διαδικασία. Για το λόγο αυτό, και με βάση τις μεταφραστικές οδηγίες που μου δόθηκαν, διατήρησα όλους τους επίσημους γερμανικούς όρους που συνάντησα, διότι στη συνέχεια ο δημοσιογράφος μπορεί να εισαγάγει υπερσυνδέσμους σε αυτούς για περαιτέρω πληροφόρηση του αναγνώστη.

Γλωσσικά μεταφραστικά προβλήματα: “Μεταφραστικά προβλήματα μπορούν επίσης να προκύψουν από δομικές διαφορές στο λεξιλόγιο, τη σύνταξη και τα υπερτεμαχιακά στοιχεία των δύο γλωσσών” (Nord 2014: 150).

Χαρακτηριστική περίπτωση γλωσσικού παραδείγματος είναι η απόδοση των συντομογραφημένων λέξεων από τη γερμανική προς την ελληνική γλώσσα, λέξεις που ανήκουν είτε στο θεματικό πεδίο της ιατρικής (π.χ. ZfKD, ASR, UICC, PSA, KFRG) είτε σε εκείνο της νομικής επιστήμης (π.χ. IGEL, G-BA). Οι ελληνικές αποδόσεις των γερμανικών συντομογραφημένων λέξεων παρουσιάζονται στη συνέχεια υπό τη μορφή πίνακα.

² Πηγή: https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-gr/%CE%BF%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B5%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%B5%CE%B5/%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1?fbclid=IwAR2tAaf2U6DrqpyNUZI6tDqUodNNZKhEXe0oG_7IFS5krz9_qIez5PZCt1I (22.06.2020).

ZfKD (Zentrum für Krebsregisterdaten)	γερμανικό Κέντρο Κλινικών Δεδομένων του Καρκίνου (ZfKD)
ASR (altersstandardisierte Erkrankungsrate)	ποσοστό νοσηρότητας που οφείλεται στην ηλικία (ASR)
UICC (Union internationale contre le cancer)	UICC: Union internationale contre le cancer (Ελληνικά: Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου)
PSA (Prostata-spezifisches Antigen)	PSA (ειδικό προστατικό αντιγόνο)
IGEL (individuelle Gesundheitsleistung)	ιδιωτική παροχή υγείας [individuelle Gesundheitsleistung (IGel)]
KFRG (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz)	Ομοσπονδιακός Νόμος για την Έγκαιρη Πρόγνωση και το Μητρώο Καρκίνου - KFRG
G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)	Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή [Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)]

Η μεταφραστική στρατηγική που ακολουθήθηκε για τις συντομογραφίες UICC, IGEL και G-BA (μετάφραση του όρου με διατήρηση του ξένου όρου και της ξένης βραχυγραφίας σε παρένθεση) μόνο τυχαία δεν είναι. Όπως αναφέρει και ο Κελάνδριος (2007: 106-7):

[...] υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο όρος μεταφράζεται στα Ελληνικά και, εντός παρενθέσεως, παρατίθεται τόσο ο ξένος όρος όσο και η βραχυγραφία. Η επιλογή αυτή συνηθίζεται σε δύο περιπτώσεις: α) όταν ο όρος βρίσκεται στο στάδιο της εισαγωγής του στην ελληνική γλώσσα και δεν έχει ακόμη μεταφραστεί, οπότε η οποιαδήποτε απόπειρα μετάφρασης εμπεριέχει το στοιχείο της αβεβαιότητας και β) όταν, παρά τη βεβαιότητα ότι το κοινό-στόχος γνωρίζει τον ξένο όρο και το σημασιολογικό του περιεχόμενο, δεν είναι σίγουρο ότι ο συνδυασμός μετάφραση του όρου/αγγλική βραχυγραφία, χωρίς ταυτόχρονη παράθεση και του πρωτότυπου όρου θα εξυπηρετήσει τον επικοινωνιακό στόχο του κειμένου-στόχου.

Ένα παράδειγμα είναι το παρακάτω:

Πρωτότυπο: *Die konzeptionelle Umsetzung liegt in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der derzeit die inhaltliche Ausgestaltung der beiden künftigen Screening-Programme berät.*

Μετάφρασμα: *Η εννοιολογική εφαρμογή είναι ευθύνη της Κοινής Ομοσπονδιακής Επιτροπής [Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)], αρμοδιότητα της οποίας είναι η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης ως προς το περιεχόμενο των δύο παραπάνω μελλοντικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.*

Στις αποδόσεις των υπόλοιπων γερμανικών συντομογραφιών προς την ελληνική γλώσσα ακολουθήθηκε η στρατηγική της μετάφρασης του όρου με διατήρηση της ξενόγλωσσας βραχυγραφίας. Όπως αναφέρει, άλλωστε, και ο Κελάνδριος (2007: 104-105):

Η επιλογή της ξενόγλωσσας βραχυγραφίας οφείλεται, συχνά, στο ότι η μετάφρασή της είτε δυσχεραίνει την ανάγνωσή της ως αρκτικόλεξο/ακρωνυμίου είτε δεν συμφωνεί με τους φωνολογικούς κανόνες της ελληνικής είτε παράγει αποτέλεσμα το οποίο δεν πληροί τα κριτήρια της σαφήνειας και της ανακλησιμότητας, που, στην περίπτωση αυτή, αποτελούν ίσως τον καθοριστικό παράγοντα επιλογής της συντομογραφημένης μορφής.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα:

Πρωτότυπο: *Nach Berechnungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut sind in Deutschland jährlich über 17.000 Erkrankungsfälle bei Frauen und 55.000 bei Männern auf das Rauchen zurückzuführen [8].*

Μετάφρασμα: *Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του γερμανικού Κέντρου Κλινικών Δεδομένων του Καρκίνου (ZfKD) στο γερμανικό επιδημιολογικό Ινστιτούτο Ρόμπερτ Κοχ (RKI), κάθε χρόνο στη Γερμανία περισσότερα από 17.000 περιστατικά ασθενείας στις γυναίκες και 55.000 στους άνδρες οφείλονται στο κάπνισμα [8].*

Κειμενοϊδιομορφικά μεταφραστικά προβλήματα³:

Κάποια μεταφραστικά προβλήματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με ένα συγκεκριμένο κείμενο-πηγή, όπως συμβαίνει με ορισμένα σχήματα λόγου, νεολογισμούς και λογοπαίγνια. Επειδή οι λύσεις που δίνονται στα συγκεκριμένα προβλήματα δεν μπορούν να γενικευτούν και να εφαρμοστούν σε παρόμοιες περιπτώσεις, ο μεταφραστής πρέπει να είναι προετοιμασμένος να δράσει δημιουργικά.

(Nord 2014: 152)

Στο πλαίσιο της παρούσας πτυχιακής δεν συναντάμε κειμενοϊδιομορφικά προβλήματα, καθώς το κείμενο αφετηρίας, και κατ' επέκταση το κείμενο υποδοχής, εντάσσεται στη λεγόμενη ειδική μετάφραση, στην οποία η απουσία τέτοιων προβλημάτων από τα προς μετάφραση κείμενα είναι δεδομένη.

Μέσα από την ενασχόλησή μου, λοιπόν, με το παρόν κείμενο κατέληξα στο συμπέρασμα ότι ως εν δυνάμει επαγγελματίας μεταφράστρια πρέπει να με χαρακτηρίζει το δίπτυχο “λειτουργικότητα + συνέπεια”, σύμφωνα με το οποίο:

[...] ο μεταφραστής αποσκοπεί στην παραγωγή ενός λειτουργικού κειμένου υποδοχής το οποίο συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του σκοπού όπως ορίζονται από τον εμπνευστή, σεβόμενος συγχρόνως, εάν είναι απαραίτητο, τις εύλογες απαιτήσεις τόσο του συγγραφέα του πρωτότυπου κειμένου όσο και των αναγνωστών του μεταφράσματος. Στο πλαίσιο αυτό, ο μεταφραστής μπορεί να εστιάσει σε συγκεκριμένες πτυχές του κειμένου αφετηρίας και να παραβλέψει άλλες, εάν αυτό απαιτείται από τον σκοπό της μετάφρασης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ωστόσο, η συνέπειά του προς τον πομπό [του κειμένου αφετηρίας] τον υποχρεώνει να προσδιορίσει με ακρίβεια ποια σημεία του πρωτοτύπου έλαβε υπόψη του και ποια όχι.

(Nord 1992: 40 στο Κελάνδριας 2016: 112)

³ Ο όρος αυτός προτείνεται από τον Παναγιώτη Κελάνδρια και αποτελεί απόδοση του αγγλικού όρου *text-specific translation problems* (Κελάνδριας 2016: 142). Βλ. *ιδιάζοντα μεταφραστικά προβλήματα* (Nord 2014: 145)

Γλωσσάρι όρων:

Γερμανικός όρος

altersstandardisiert
Altersstandardisierung, die
ambulant
Bauchspeicheldrüse, die
Behandlung, die
böartig
Brustdrüse, die
Brustkrebs, der
Darmkrebs, der
Darmpolypen, die
Darmspiegelung, die
Dickdarm, der
Eierstöcke, die
Erkrankungshäufigkeit, die
Erkrankungsrate, die
Fallzahl, die
Früherkennung, die
Früherkennungsangebot, das
Gebärmutterhalskrebs, der
Gebärmutterkörper, der
Harnblase, die
Helicobacter pylori, das
Herz-Kreislauf-Erkrankung, die
Humane Papillomvirus, das
Impfung, die
Inanspruchnahme, die
Kinderkrebsregister, das
Krankenkasse, die
Krankenversicherung, die
Krebserkrankung, die
Krebsmortalität, die
Krebsplan, der
Krebstodesfälle, die
Krebstodesursache, die
Lebenserwartung, die
Leberkrebs, der
Lungenkrebs, der
Magenkrebs, der
Mastdarm, der
Neubildung, die
Neuerkrankung, die

Ελληνική απόδοση

λόγω ηλικιακής προτύπωσης
ηλικιακή προτύπωση, η
εξωνοσοκομειακός
πάγκρεας, το
θεραπεία, η
κακοήθης
μαστικός αδένας, ο
καρκίνος του μαστού, ο
καρκίνος του παχέος εντέρου, ο
πολύποδες του παχέος εντέρου, οι
Κολονοσκόπηση, η
παχύ έντερο, το
ωοθήκες, οι
συχνότητα εμφάνισης ασθενειών, η
ποσοστό νοσηρότητας, το
αριθμός περιπτώσεων, ο
έγκαιρη διάγνωση, η
εξετάσεις έγκαιρης διάγνωσης, οι
καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο
σώμα μήτρας, το
ουροδόχος κύστη, η
ελικοβακτήριο του πυλωρού, το
καρδιαγγειακό νόσημα, το
ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ο
εμβολιασμός, ο
χρήση, η
Μητρώο Παιδιών Ασθενών με Καρκίνο, το
ταμείο υγείας, το
ασφάλιση ασθένειας(ΕΚΑΑ), η
καρκίνος, ο
θνησιμότητα από καρκίνο, η
Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, το
περιπτώσεις θανάτου από καρκίνο, οι
αίτιο θανάτου, το
προσδόκιμο ζωής, το
καρκίνος του ήπατος, ο
καρκίνος του πνεύμονα, ο
καρκίνος του στομάχου, ο
ορθό, το
νεόπλασμα, το
νέο περιστατικό, το

Niere, die	νεφρό, το
Papillomvirus, das	ιός του θηλώματος, ο
Prostatakrebs, der	καρκίνος του προστάτη, ο
PSA-Test, das	εξέταση του PSA, η
Rachen, der	φάρυγγας, ο
Screening, das	προσυμπτωματικός έλεγχος, ο
Speiseröhre, die	οισοφάγος, ο
Statistisches Bundesamt, das	Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία της
Sterberate, die	Γερμανίας, η
Sterblichkeit, die	ποσοστό θνησιμότητας, το
Stuhltest, das	θνησιμότητα, η
Todesursachen, die	εξέταση κοπράνων, η
Todesursachenstatistik, die	αίτια θανάτου, η
Überdiagnose, die	στατιστική σχετικά με τις αιτίες θανάτου, η
Überlebensaussichten, die	υπερδιάγνωση, η
Überlebensraten, die	προοπτικές επιβίωσης, οι
Versorgung, die	ποσοστά επιβίωσης, τα
Vorbeugung, die	περίθαλψη, η
	πρόληψη, η

Βιβλιογραφία:

A. Ξενόγλωσση

- Holz-Mänttari, Justa (1984). *Translatorisches Handeln. Theorie und Methode*. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia.
- Kelandrias, Panayotis (2008). “Towards a functional translation strategy for minor languages: the case of Greek”. *Forum* 6 (1). 75-104.
- Nord, Christiane (1992). “Text Analysis in Translator Training“. C. Dollerup & A. Loddegaard (Eds.). *Teaching Translation and Interpreting. Training, talent and Experience*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Co. 209-223.
- Nord, Christiane (2001). *Lernziel: Professionelles Übersetzen Spanisch-Deutsch. Ein Einführungskurs in 15 Lektionen*. Wilhelmsfeld: Egert.
- Reiß, Katharina (1971). *Möglichkeiten und Grenzen der Übersetzungskritik*. München: Hueber.
- Reiß, Katharina & Vermeer, Hans J. (1984). *Grundlegung einer allgemeinen Translationstheorie*. Niemeyer: Tübingen.

B. Ελληνική

- Κελάνδριας, Παναγιώτης Ι. (2007). *Η Μετάφραση των Οικονομικών Κειμένων: Μια λειτουργική προσέγγιση*. Αθήνα: Διάυλος.
- Κελάνδριας, Παναγιώτης Ι. (2016). *Λειτουργική Διδακτική της Μετάφρασης*. Αθήνα: Διάυλος.
- Κεντρωτής, Γιώργος (1996). *Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης*. Αθήνα: Διάυλος.
- Nord, Christiane (2014). *Η Μετάφραση ως στοχευμένη δραστηριότητα. Εισαγωγή στις λειτουργικές προσεγγίσεις* [Μετάφρ. Σίμος Π. Γραμμενίδης, Δέσποινα Δ. Λάμπρου]. Αθήνα: Διάυλος.
- Παριανού, Αναστασία (2007). “Η ανάγκη της λειτουργικής προσέγγισης στη μετάφραση ειδικών κειμένων”. *Ελληνική Γλώσσα και Ορολογία*. Ανακοινώσεις του Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Ορολογίας (ΕΛ.ΕΤ.Ο). Αθήνα: Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, 353–361. Διαθέσιμο στο: http://www.eleto.gr/download/Conferences/6th%20Conference/6th_30-25-ParianouAnastasiaPaper_V04.pdf (23.06.2020)
- Σαχίνης Μιχαήλ (2009). “Η διδακτική της μετάφρασης στον ελληνόφωνο χώρο: ευθυγραμμίζοντας τις ανάγκες των φοιτητών με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας”. Στη 2η Συνάντηση Ελληνόφωνων Μεταφρασεολόγων. Η μεταφρασεολογική έρευνα και η μεταφραστική πρακτική στον ελληνόφωνο χώρο.

Διαθέσιμο στο: <<https://www.frl.auth.gr/sites/metafrasi/PDF/sahinis.pdf>> (23.06.2020).

Γ. Διαδικτυακοί πόροι

- Robert Koch Institut (2015). „Wie steht es um unsere Gesundheit?“. Διαθέσιμο στο: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichtertattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile (23.06.2020)
- Ιστοσελίδα της Επιτροπής της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης για θέματα μετανάστευσης, Φορέα Ισότητας Εργαζομένων της ΕΕ. Διαθέσιμο στο: https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-gr/%CE%BF%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B5%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%B5%CE%B5/%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1?fbclid=IwAR2tAaf2U6DrqpyNUZI6tDqUodNNZKhEXe0oG_7IFS5krz9_qIez5PZCt1I (23.06.2020)