

Neben der medizinisch-somatischen Nachbehandlung ist auch die soziale und berufliche Rehabilitation von großer Bedeutung, um die Lebensqualität für den Krebskranken ebenso wie für seine Familie zu erhöhen. Für den Krebskranken bedeutet ja der Aufenthalt in der Klinik ebenso wie in der ambulanten Nachsorge häufig eine erhebliche Milieuveränderung. Vordringlich ist daher, daß alle dem Kranken so menschlich wie möglich begegnen. Hier dürfte, zusätzlich zum Aufgabenbereich des behandelnden Arztes, für den begabten und erfahrenen Psychosomatiker oder Psychologen ein das somatische Behandlungsziel sinnvoll ergänzendes Aufgabefeld vorhanden sein.

Zur Vertiefung des fachbezogenen Wissens um den Krebs besteht in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (ähnlich wie in der Inneren Medizin, der Radiologie, der Pädiatrie usw.) seit 1976 eine chirurgische onkologische Arbeitsgemeinschaft. Interdisziplinäre Symposien und Richtlinien zur standardisierten Diagnostik und Therapie sind wesentliche Instrumente in diesem Aufgabenbereich. Ob ein onkologischer Chirurg als eigener Facharzt etabliert werden soll, ist in den USA noch nicht endgültig beschlossen und wird auch bei uns vorerst noch zurückhaltend beurteilt. Der Allgemeinchirurg soll vielmehr der Krebschirurg schlechthin bleiben,

Weiterbildung in chirurgischer Onkologie	
1	Epidemiologie und Tumorpathologie
2	Tumor-Klassifikation (TNM, Dukes usw.)
3	Onkologischer Arbeitskreis
4	Multidisziplinäre Therapieplanung
5	Diagnostik und Differentialdiagnose
6	Organbezogene, stadiengerechte Chirurgie
7	Rezidiv- und Metastasen Chirurgie
8	Beurteilung adjuvanter Radio- und Chemotherapie
9	Statistik und Dokumentation
10	Nachsorge und Rehabilitation

Tabelle 4

sofern der Tumor nicht ein Organ betrifft, dessen routinemäßige Fürsorge bei einem anderen Spezialchirurgen (Neurochirurg, Urologe, Gynäkologe u. a.) liegt. Trotzdem scheint es nützlich, auch in der Bundesrepublik Deutschland den Allgemeinchirurgen eine spezielle onkologische Abrundung ihres Könnens zu ermöglichen. Gedacht wird an

eine 1- bis 2jährige Zusatzausbildung, in der einmal Kenntnisse in der operativen Technik der häufigsten Organtumoren speziell unterrichtet und weiterhin interdisziplinäre Erfahrungen entsprechend dem in Tabelle 4 wiedergegebenen Katalog vermittelt werden. Ziel dieser onkologischen Weiterbildung für eine interessierte Zahl von Allgemeinchirurgen ist die Verbesserung der gesamten Krebs therapie, die selbst jedoch keineswegs monopolisiert werden soll.

Hinsichtlich der anzustrebenden interdisziplinären Krebs therapie steht es zu erwarten, daß Chirurgen mit intensiveren onkologischen Kenntnissen besonders zu entsprechender Kooperation mit Kollegen anderer Fachgebiete geeignet sind. Das heißt, es würde erreicht, daß die Behandlung des Krebskranken nicht ausschließlich dem Wissen des mehr oder weniger zufällig gewählten erstbehandelnden Arztes überlassen bleibt, sondern vielmehr durch interdisziplinäre Kooperation ihre Korrektur in Richtung des jeweils therapeutischen Optimums finden würde.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med.
Dr. h. c. mult. Fritz Linder,
em. Direktor der
Chirurgischen Universitätsklinik
Kirschnerstraße 1
6900 Heidelberg 3

FÜR SIE GELESEN

Wachstumsrate des kolorektalen Karzinoms

An der Adenom-Karzinom-Sequenz des kolorektalen Karzinoms bestehen kaum noch Zweifel, wobei es sicher einige Adenome gibt, die nicht maligne entarten. Über die Wachstumsrate des kolorektalen Karzinoms gibt es nur vage Vorstellungen; die Autoren haben deshalb die Tumorverdopplungszeit anhand von

Röntgenbildern bei 27 Karzinompatienten ermittelt, wobei der durchschnittliche Durchmesser bei der Erstuntersuchung 35 mm, bei der Nachfolgeuntersuchung 65 mm betrug bei einem durchschnittlichen Intervall von 11 Monaten. In 23 Fällen konnte der Tumor operativ entfernt und histologisch analysiert werden. Das durchschnittliche Tumorstadium betrug 0,083 mm pro Tag bei einer Variationsbreite von 0,008 bis 0,262 mm pro Tag. Die

Tumorverdopplungszeit wurde mit 130 Tagen bestimmt, wobei auch hier eine außerordentlich große Schwankungsbreite mit 53 bis 1570 Tagen ermittelt wurde. Je weniger differenziert der Tumor war, desto höher lag die lineare Wachstumsrate (über 0,1 mm pro Tag). W

Bolin, S., Nilsson, E., Shödhall, R.: Carcinoma of the Colon and Rectum Growth Rate, Ann. Surg. 198 (1983) 151-158, Departments of Surgery and Diagnostic Radiology, University Hospital, Linköping, Schweden