

## Blutzucker-Selbstkontrolle

echte Insulinmangeldiabetiker tatsächlich mit Hilfe einer derartigen Selbstkontrolle wesentlich besser geführt werden können als bisher, dann dürfte diese Zahl noch einmal eine Reduktion auf etwa ein Viertel erreichen.

Nehmen wir alle Diabetiker zusammen, so hieße das, daß kaum mehr als 1 Prozent aller Zuckerkranken für die Anschaffung eines derartigen Gerätes in Frage kommen. Selbst wenn wir die bisher noch nie bewiesene Zahl von 3 Millionen Diabetikern in der Bundesrepublik Deutschland ansetzen, so hieße das, daß in ganz Deutschland theoretisch (!) nicht mehr als 30 000 derartiger Geräte nach und nach angeschafft werden müßten. Sollte das eine untragbare Belastung der Krankenkassen, und zwar der Gesamtheit aller Krankenkassen, darstellen? Für die behandelnden Ärzte stellt die Selbstkontrolle des Diabetikers zwar eine wesentliche Hilfe, aber auch eine erhebliche Belastung dar. Hinzu kommt die wohl nicht zu vernachlässigende Tatsache, daß dem betreffenden Arzt ja wohl die Einnahme durch die Blutzuckerbestimmung entgeht, wenn der Patient eine ganze Serie von Blutzuckermeßwerten in die Sprechstunde mitbringt. Seine Aufgabe ist dann die der Kontrolle der Technik des Patienten, gegebenenfalls seines Apparates, durch die in seinem Labor etablierten Methoden. Ein längeres Gespräch, Einweisung, Training, Rückfragen direkter und telefonischer Art sind auf gar keinen Fall zu vermeiden. Die Mehrarbeit schlägt bisher einfach nicht zu Buche. Nimmt man alles dies zusammen, dann ist es schwer verständlich, wenn ein tatsächlich echter Fortschritt der Therapie des schweren insulinbedürftigen Diabetikers nicht voll ausgenutzt werden kann. Hier sollte man die getroffenen Entscheidungen noch einmal überdenken; und glücklicherweise gibt es Anhaltspunkte dafür, daß auf der Ebene des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen diese Frage derzeit erörtert wird.

Abschließend noch ein Wort zu der rechtlichen Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes, falls bei der Selbstbestimmung des Blutzuckers durch den Patienten Fehler auftreten sollten. Diese Frage ist sicher sehr heikel und eng gekoppelt an die derzeit im Vordergrund des Interesses stehende Diskussion der Möglichkeit der Häufung von Hypoglykämien unter intensivierter konventioneller oder Pumpen-Insulin-Therapie. Nach unserer Erfahrung hilft hier nur eine direkte exakte Absprache mit dem betreuten Patienten. Wir haben uns sogar in der entsprechenden Gruppe eine direkte telefonische, 24 Stunden arbeitende Anrufmöglichkeit durch Anschaffung einer Telefoninformation „Eurosignal“ geschaffen, um jederzeit angesprochen werden zu können. In der Praxis müßten hier mehrere Ärzte zusammenarbeiten. Bei allfälligen Zwischenfällen wäre die Verantwortlichkeit des Arztes sicher nicht größer als die, die früher bereits bestand, als der Patient mit Hilfe der Bestimmung des Urinzuckers oder der Ausscheidung von Aceton im Urin ebenfalls durch die Eigenkontrolle an der Therapie beteiligt war.

Professor Dr. med.  
Dr. h. c. mult. E. F. Pfeiffer  
Dr. med. U. Hedderich  
Zentrum für Innere Medizin  
Universität Ulm  
Steinhövelstraße 9  
7900 Ulm (Donau)

II. Die Rechts-sachlage ist klar. Eine telefonisch erteilte Auskunft des Arztes bzw. ein telefonisch erteilter therapeutischer Ratschlag, der ohne Untersuchung des Patienten gegeben wurde, ist immer brisant. Meines Erachtens trägt das sich daraus ergebende Risiko der Arzt, auch wenn beispielsweise wie hier die Blutzuckerbestimmung der Patient selbst durchführte.

Professor Dr. med. H.-J. Wagner  
Institut für Rechtsmedizin  
der Universität des Saarlandes  
6650 Homburg/Saar

## FÜR SIE GELESEN

### Welche Therapie beim metastasierenden Mammakarzinom?

Die Wahl der Behandlungsmethode bei metastasierendem Mammakarzinom ist verwirrend und kontrovers und wird durch die Anzahl der verfügbaren Verfahren weiter erschwert.

In der Vergangenheit wurden Regeln zur Anwendung der Verfahren in einer „Kaskade“ operativer Behandlungsmethoden und medikamentöser Therapien aufgestellt.

Die Wahl der Therapie hängt von der Wirksamkeit und der Toxizität der verfügbaren Medikamente ab.

Weiterhin muß immer die Eignung des einzelnen Patienten für eine bestimmte Therapie berücksichtigt werden, da keine dieser Behandlungsmethoden kurativ ist und da alle Nebenwirkungen haben.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß die Wahl der Therapie bei metastasierendem Mammakarzinom jedoch nicht die zwischen Hormon- oder Chemotherapie oder etwa zwischen der einen oder anderen Hormonbehandlung ist.

Viele Patienten reagieren auf eine oder auf alle anwendbaren Therapien.

Der Kliniker muß jedoch in der Lage sein, die für den einzelnen Patienten geeignete Aufeinanderfolge der einzelnen Therapien mit dem Ziel einer maximalen Tumorreaktion, die bei minimalen Nebenwirkungen so lange wie möglich anhält, auszuwählen. Dpe

Williams, C., Buchanan, R.: Choosing treatment for metastatic breast cancer, British Medical Journal **285** (1982) 1444-1445, CRC Medical Oncology Unit, Southampton General Hospital, Southampton SO9 4XY