

Stefan Neuner-Jehle

Redaktioneller Kommentar

Zum Artikel von Giani A et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk:
Neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zum Diabetes mellitus Typ 2 [1]

Internationale Guidelines auf lokale Verhältnisse zu adaptieren ist eine wichtige Aufgabe, der sich Amato Giani und Kollegen in ihrem Netzwerk schon wiederholt gewidmet haben [2, 3]. Sie erfüllen damit den Anspruch, diese «grossen» Leitlinien nicht 1:1 zu übernehmen, sondern mit der kumulativen Erfahrung von lokalen Fachkollegen und Patienten (!) zu diskutieren und zu einem Konsens zu finden, der die Bezeichnung *mindline* (als Antipode zu *guideline*) verdient [4, 5].

Im vorliegenden Artikel kreierten Giani et al. eine *mednetbern*-Leitlinie, die Zielwerte bei und den Umgang mit Diabetes mellitus festlegt. Ich rechne es dem Autor hoch an, dass er sich in der redaktionellen Bearbeitung auf eine Diskussion der Grenzwerte eingelassen und nicht nur den Artikel-Text, sondern auch die Leitlinie selbst angepasst hat. Es geht darum, wo der HbA1c-Zielwert anzusetzen ist: Sind 7,0–7,5% adäquat, wie sie internationale Fachgesellschaften neuerdings vorschlagen (wobei der Zielwert bisher unter 7% gelegen hatte)? Nach den Resultaten von Currie et al. [6] besteht bei Patienten über 50 Jahren eine U-förmige Mortalitätskurve mit dem Tiefpunkt bei einem HbA1c von 7,5%, und bei Östgren et al. ist das Risiko bei durchschnittlich 65-jährigen Patienten beim HbA1c-Wert von 7% minimal [7]. Tiefer ist nicht besser, sondern mit erhöhter Mortalität verbunden (sowohl bei Insulintherapierten wie auch peroral therapierten Patienten)! Die Mortalität (und bei Östgren auch die kombinierte Ereignisrate) waren z. B. bei Insulintherapierten Patienten bei einem HbA1c von 8% praktisch gleich wie bei 6%. Natürlich kann man methodische Mängel bemühen, z.B. dass diese Studien Kohortenanalysen und keine randomisiert-kontrollierte Trials waren. Dennoch bleibt die Aussage valide, und entspricht auch unserem gesunden Menschenverstand: Ein 40-Jähriger soll «schärfer» eingestellt werden, durchaus in Rich-

tung 6–6,5% (ausser wenn Hypos auftreten!), hingegen genügt beim 75-jährigen oder älteren Diabetiker ein HbA1c-Zielwert von knapp 8% völlig, besonders wenn er/sie polymorbide ist oder eine bescheidene Restlebenserwartung hat. Die *mednetbern*-Leitlinie hat diese Flexibilität nun integriert – individualisierte Medizin, die einer Netzwerk-Leitlinie gut ansteht.

Literatur

- 1 Giani A, et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk: Neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zum Diabetes mellitus Typ 2. *PrimaryCare* 2014;14(17):271–5.
- 2 Giani A et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – die Erarbeitung von Guidelines. *PrimaryCare*. 2011;11(16):282–284.
- 3 Giani A et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zur Hyperlipidämie. *PrimaryCare* 2014;14(1):7–10.
- 4 Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed «mindlines»? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329(7473):1013.
- 5 Neuner-Jehle S. Die neuen Guidelines: Mindlines! *PrimaryCare*. 2014;14(1):1.
- 6 Currie CJ et al. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2010;375:481–489.
- 7 Östgren CJ et al. Associations of HbA1c and educational level with risk of cardiovascular events in 32 871 drug-treated patients with Type 2 diabetes: a cohort study in primary care. *Diabet Med*. 2013;30(5):170–177.

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH, Facharzt für Innere Medizin FMH
Institut für Hausarztmedizin
Pestalozzistrasse 24
8091 Zürich
sneuner[at]bluewin.ch