

Während sich die Diabetologen am EASD im letzten Jahr in Rom darüber stritten, inwieweit das Therapieziel möglichst tiefer Blutzuckerwerte bei Typ-2-Diabetes ihren Patienten *schaden* könnte, diskutierte man dieses Jahr in Wien, wem ein möglichst tiefer Blutzuckerwert *nützt*. Gleichgültig von welcher Seite man das Thema «Blutzuckerzielwert bei Typ-2-Diabetes» betrachtet, ein Ende der Diskussion scheint hier noch lange nicht in Sicht zu sein. Ein Grund hierfür ist vermutlich weniger die Datenlage als die Tatsache, dass es im Grunde bei Debatten wie dieser, wie so oft, nur vordergründig um irgendeinen ganz bestimmten Zahlenwert geht. Die Leidenschaft, mit der darüber in Wien gestritten wurde, legte vielmehr nahe, dass hier einmal mehr zwei prinzipiell unterschiedliche therapeutische Konzepte aufeinanderprallten.

Auf der einen Seite steht der aufklärerische Ansatz: Man erklärt jedem Patienten, welcher Grenzwert welchen Nutzen verspricht, und überlässt am Ende ihm den Entscheid, ob ihm der potenzielle Nutzen den Aufwand einer bestimmten Intervention wert ist. Hört sich gut an, ist in der Praxis aber schwierig umzusetzen. Wer kennt schon so



«Das ist eine Einladung zur Übertherapie und eine ernste Gefahr für ältere Patienten», meinte dazu Edwin A.M. Gale, Chefredaktor der Zeitschrift «Diabetologia». Er sprach sich klar für einen differenzierten und gelassenen Umgang mit dem HbA_{1c}-Wert aus: «Wenn man über 65 ist, ist der Grenzwert von 7 Prozent nicht so relevant. Wirklich wichtig ist es aber, das kardiovaskuläre Risiko zu senken, indem man den Cholesterinwert und den Blutdruck kon-

Editorial

Es geht um mehr als Grenzwerte

ganz genau die jeweilige «number needed to treat»? Und wie soll man das erst noch einem Patienten vermitteln, der möglichst klare Anweisungen haben will?

Bleibt auf der anderen Seite die auf den ersten Blick verlockend einfache Null-Toleranz-Strategie: Ein strikter Grenzwert diktiert Patienten wie Ärzten ganz genau und unmissverständlich, woran sie sich zu halten haben. Ob die Zielvorgaben unrealistisch sind oder nicht, spielt für vehemente Verfechter dieser Strategie allenfalls eine untergeordnete Rolle. Sie geben unumwunden zu, dass viele Patienten den vermeintlich idealen Wert nie erreichen werden. Im Streben danach würde sich dieser aber wenigstens in die richtige Richtung bewegen. Man mag geteilter Meinung darüber sein, ob sich Patienten gerne wie Esel behandeln lassen, denen man ein unerreichbares Rübli vor die Nase hält, um sie in Gang zu setzen. Doch die Null-Toleranz-Strategie treibt weit zweifelhaftere Blüten: In Grossbritannien ist es schon so weit, dass Hausärzte eine Prämie dafür bekommen, wenn sie bei einem Patienten den Blutzuckerwert unter einen bestimmten Grenzwert drücken.

trolliert, das würde weit mehr bringen, als sich intensiv um den Blutzuckerwert zu kümmern.» Dass sein Vortrag mit ausserordentlich lang anhaltendem Applaus belohnt wurde, sprach eindeutig dafür, dass die meisten Kolleginnen und Kollegen am Kongress seine Ansicht teilten.

Das zweite im wahrsten Sinn des Wortes aufregende Thema war die Frage, wie es um das Krebsrisiko unter Insulin(analoga)therapie bestellt ist. Nachdem bis anhin nicht öffentlich zugängliche Daten präsentiert wurden, spricht nun einiges dafür, dass Insulinanaloga nicht mit einem höheren Krebsrisiko assoziiert sind als Humaninsulin. Auch hier konnte man das Aufeinanderprallen zweier Strategien studieren: Während viele die öffentliche und transparente Diskussion sowie weitere Forschungsanstrengungen unterstützten, polterten manche, dass man darüber allenfalls in Expertenzirkeln und hinter verschlossenen Türen hätte diskutieren dürfen, um Laien wie Hausärzte nicht zu beunruhigen. Sie schienen im Zeitalter des Open Access noch nicht angekommen zu sein.

Renate Bonifer