

Screening auf Diabetes Typ 2 ... bringt nichts

Screening for Diabetes Type 2 – Futile!

In a study with a large UK sample, screening for type 2 diabetes in patients at increased risk was not associated with a reduction in all-cause, cardiovascular, or diabetes-related mortality within 10 years. The benefits of screening might be smaller than expected.

Wissenschaftler aus Cambridge und London luden 138 hausärztliche Praxen zur Teilnahme an einer clusterrandomisierten Studie ein (d.h., dass primär nicht individuelle Patienten, sondern

tienten (Alter: 40–69 Jahre, erhöhtes Diabetesrisiko) letztlich 15.874 Patienten teil.

Um das o.g. erhöhte Diabetesrisiko zu bestimmen, wurden Patienten in den Praxen der Screening-Gruppe über die EDV (gemäß Alter, Geschlecht, BMI sowie Verordnungen von Steroiden und Antihypertensiva) einem Risikoscore zugeordnet.

Die 15.874 Patienten (Screening-Gruppe: 11.737; Kontrollgruppe: 4.137 Patienten) wurden annähernd zehn Jah-

auch Nichteilnehmer eingeschlossen wurden, was die Aussagekraft der Studie deutlich erhöht. Alle als Diabetiker identifizierten Patienten wurden nach wissenschaftlichem Standard behandelt.

Während der Nachverfolgungszeit (11-2001 bis 11-2011) verstarben in der Screening-Gruppe 1.532, in der Kontrollgruppe 377 Patienten. Die Resultate können Sie in der Tabelle ersehen (keine signifikanten Unterschiede, auch nicht in den Untergruppen kardiovaskuläre oder tumorbedingte Sterblichkeit).

Dies ist – auch nach bestem Wissen der Autoren – die erste randomisierte Studie, welche die Auswirkungen eines Diabetes Typ 2-Screeningprogramms auf die Bevölkerungsmortalität untersuchte. Gemäß den angegebenen Interessenkonflikten (zwei der neun Autoren erhielten Vortragshonorare bzw. Reisekostenunterstützung von Eli Lilly bzw. Novo Nordisk) kann die Publikation als weitgehend industrieunabhängig angesehen werden.

Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2012; 380:1741–8

	No-screening control group			Screening group			Hazard ratio (95% CI)*
	Number of deaths	Person-years of follow-up	Rate per 1000 person-years (95% CI)	Number of deaths	Person-years of follow up	Rate per 1000 person-years (95% CI)	
All-cause mortality	377	38 126	9.89 (8.94–10.94)	1532	145 930	10.50 (9.99–11.04)	1.06 (0.90–1.25)
Cardiovascular mortality	124	38 126	3.25 (2.73–3.88)	482	145 930	3.30 (3.02–3.61)	1.02 (0.75–1.38)
Cancer mortality	169	38 126	4.43 (3.81–5.15)	697	145 930	4.78 (4.43–5.14)	1.08 (0.90–1.30)
Other causes of death	84	38 126	2.20 (1.78–2.73)	353	145 930	2.42 (2.18–2.68)	1.10 (0.87–1.39)

*Accounting for clustering.

Tabelle Todesfall-Inzidenz und hazard ratio für beide Vergleichsgruppen in der ADDITION-Cambridge-Studie [*Lancet* 2012; 380: 1744]

ganze Praxen miteinander verglichen wurden). In den dann tatsächlich randomisierten Praxen nahmen von den ursprünglich ausgewählten 20.184 Pa-

re lang nachverfolgt. Primärer harter Endpunkt war die Gesamtmortalität. Die Datenanalyse erfolgte nach dem intention-to-treat-Prinzip. Das heißt, dass

Prof. Ian McWinney im Alter von 85 Jahren gestorben

Prof. Ian McWinney, the „Father“ of Canadian Family Medicine, Died in September 2012

Ian McWinney ist bereits im September 2012 gestorben. Er galt als Vater der kanadischen Allgemeinmedizin. 1926 im englischen Burnley geboren, wanderte er mit 42 Jahren nach London/Ontario aus, wo er den ersten kanadischen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der University of Western Ontario erhielt.

Sein Lehrbuch „A Textbook of Family Medicine“ erschien initial 1981 und zuletzt 2009 bei Oxford University Press. Wer einen limitierten Blick in die Auflage von 1997 werfen will, kann das bei Google Books unter books.google.de/books tun.

