

# Blutzuckerkontrolle und mehr: Kardiovaskuläre Vorteile

Unterstützt durch einen  
Bildungszuschuss von  
Novo Nordisk A/S

**Radcliffe**  
Medical Education

## Belege aus Herz-Kreislauf-Ergebnis-Studien

HKES zur Verwendung von GLP-1 RA haben eine **signifikante Reduktion von 3-Punkte-MACE** gezeigt - MI, Schlaganfall und HK-Tod<sup>1</sup>

### LEADER<sup>2</sup>

Liraglutid besser als Placebo für die Zeit bis 3-Punkte-MACE bei T2DM mit etablierter HKE, CNI oder  $\geq 60$  Jahre mit HK-Risiko

### SUSTAIN-6<sup>3</sup>

Semaglutid besser als Placebo für die Zeit bis 3-Punkte-MACE bei T2DM mit etablierter HKE, CNI oder  $\geq 60$  Jahre mit HK-Risiko

### HARMONY<sup>4</sup>

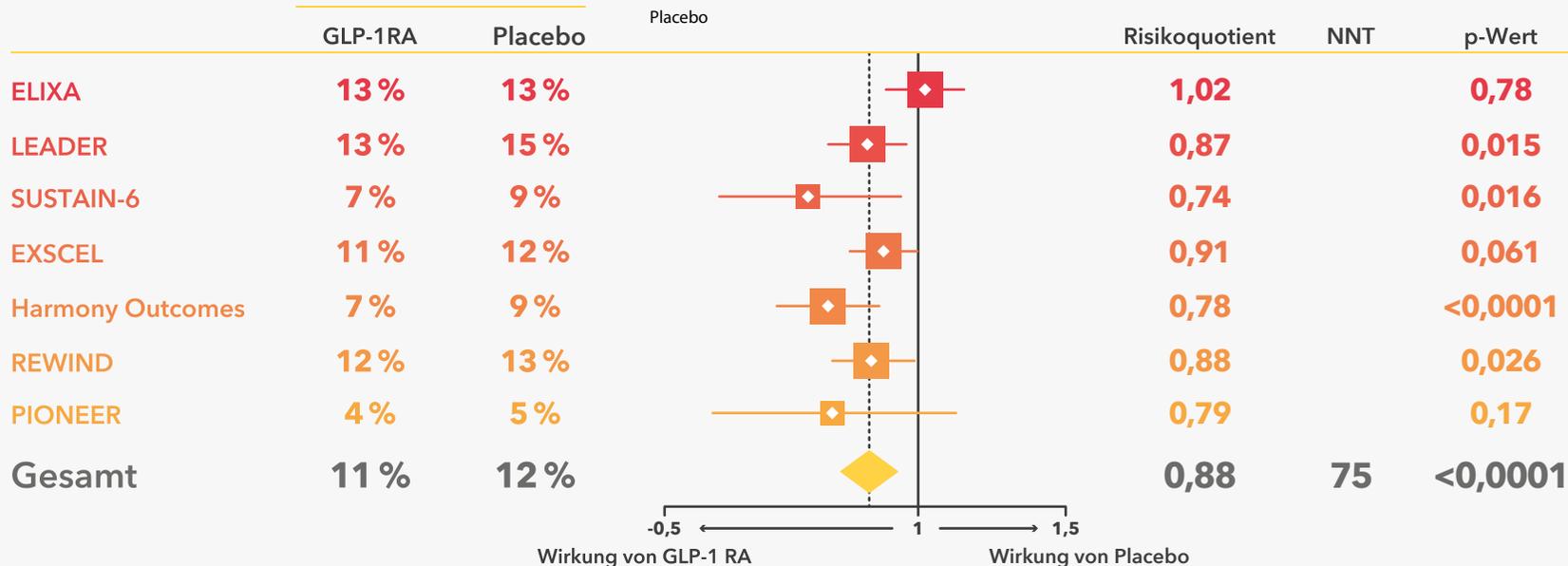
Albiglutid besser als Placebo für die Zeit bis 3-Punkte-MACE bei T2DM mit etablierter HKE, Alter  $\geq 40$  Jahre

### REWIND<sup>5</sup>

Dulaglutid besser als Placebo für die Zeit bis 3-Punkte-MACE bei T2DM T2DM mit niedrigem HK-Risiko

Die **Metaanalyse von HKES<sup>6</sup>** zeigte, dass trotz unterschiedlicher Patientenpopulationen und Medikamentenformulierungen ein klinisch bedeutsamer und **statistisch signifikanter Nutzen in Bezug auf 3-Punkte-MACE** bestand

### Drei-Punkte-MACE %



Nach Kristensen, S. L. et al. 2019

Zu den **zusätzlichen Vorteilen** gehören ein geringeres Risiko der Krankenhauseinweisung mit HI, verbesserte Nierenergebnisse und Trends in Richtung einer Reduktion schwerer Nierenereignisse

**Wie können wir die Ergebnisse bei Patienten mit hohem HK-Risiko optimieren?**



Trotz überzeugender Daten und universalen Empfehlungen in Richtlinien **erhalten die meisten Patienten diese Therapien nicht**



In einer großen Registratur in den USA erhielten **weniger als 10 %** der Patienten **SGLT-2i** oder **GLP-1 RA** und **weniger als 7 %** eine optimale, richtlinienorientierte Therapie<sup>7</sup>

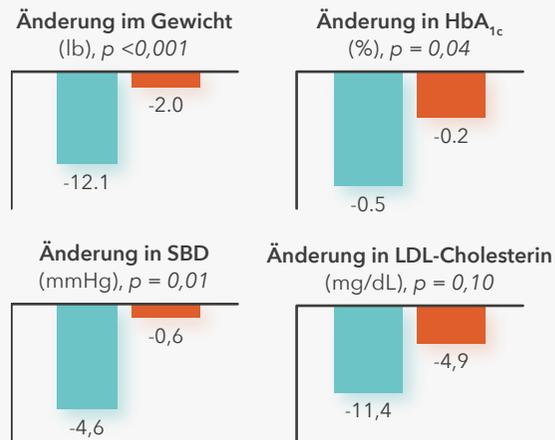


Eine patientenorientierte, umfassende Risikoreduzierung durch **multidisziplinäre Teams** führt zu einer **optimalen Therapie** und **besseren Behandlungsergebnissen**

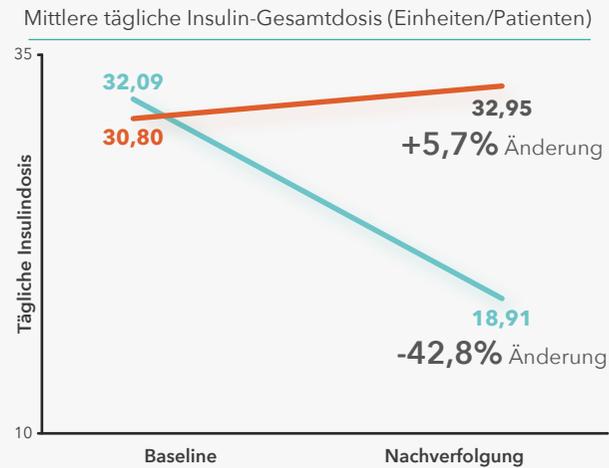
## Welche Wirkung hat kollaborative Betreuung auf Ergebnisse?

Über einen Zeitraum von 3 bis 4 Monaten führte ein kollaborativer Ansatz in einem spezialisierten KMZ zu<sup>8</sup>

### • signifikante Reduktion der wichtigsten Risikofaktoren

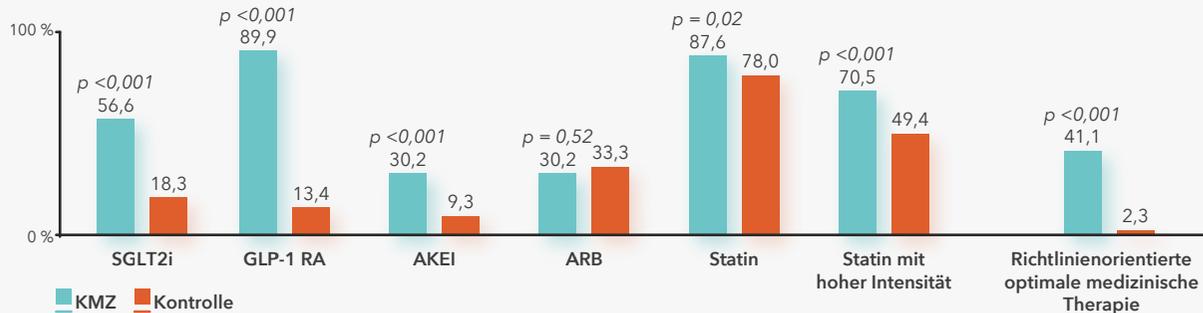


### • deutliche Reduktion des Insulinbedarfs



### • bessere Einhaltung von richtlinienorientierten Therapien

- fast **20-fache** Verbesserung in der kombinierten Messung optimaler medizinischer Therapie nach den Richtlinien



## Was ist umfassende, kollaborative Betreuung?

### Wichtiges Unterstützungspersonal

- Gestützt auf präventive Kardiologie in Zusammenarbeit mit Endokrinologie und Primärversorgung
- Unterstützungspersonal, einschließlich Anbieter fortschrittlicher Praktiken, Nurse-Navigators und andere in HKE und T2DM geschulte Mitarbeiter
- Zu den wichtigsten Mitarbeitern gehören zertifizierte DM-Pädagogen, Ernährungsberater und Apotheker



### Umfassende Behandlungspläne

- Bei jedem Termin können sowohl HK- als auch DM-bezogene Aspekte der Versorgung besprochen werden
- Es wird ein umfassender Behandlungsplan entwickelt und auf einzelne Patienten zugeschnitten, mit dem Hauptziel einer aggressiven Reduktion sekundärer Risiken

**Abkürzungen:** ACEI, angiotensin-konvertierende Enzymhemmer; ARB, Angiotensin-Rezeptorblocker; CNI, chronische Niereninsuffizienz; DM, Diabetes mellitus; GLP-1 RA, Rezeptoragonist für glucagon-ähnliches Peptid 1; HbA<sub>1c</sub>, Hämoglobin A<sub>1c</sub>; HI, Herzinsuffizienz; HK, Herz-Kreislauf; HKE, Herz-Kreislauf-Erkrankung; HKES, Herz-Kreislauf-Ergebnis-Studie; KMZ, kardiometabolisches Zentrum; LDL-C, Lipoprotein-Cholesterin mit niedriger Dichte; MACE, Major Adverse Cardiac Event (schweres unerwünschtes Koronareignis); MI, Myokardinfarkt; NNT, Number Needed to Treat; SBD, systolischer Blutdruck; SGLT2i, Natrium-Glucose-Cotransporter-2-Inhibitor; T2DM, Diabetes mellitus Typ 2.

**Bibliographie:** 1. Drucker, D. J. *Cell Metab* 2016; 24: 15-30. 2. Marso, S. P. et al. *N Engl J Med* 2016; 375: 311-322. 3. Marso, S. P. et al. *N Engl J Med* 2016; 375: 1834-1844. 4. Hernandez, A. F. et al. *Lancet* 2018; 392: 1519-1529. 5. Gerstein HC et al. *Lancet* 6. Kristensen SL et al. *Lancet Diabetes*(QGRFULQRO) 7. Arnold SV et al. *Circulation* 8. Thomas et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*