

Patienten mit T2DM und ASCVD

1. Bewegung a) Ausdauer und b) dynamisches Krafttraining	<ul style="list-style-type: none"> Steigerung auf mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche (am besten 30 min täglich) Langsame Steigerung auf 10.000 Schritte täglich Training mit niedrigen Gewichten ohne Pressatmung (3 Sets à 15 Wiederholungen täglich)
2. Vermeidung von Hypoglykämien	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglykämie-induzierende Medikamente reduzieren/absetzen Durch Medikamente ohne Hypoglykämierisiko ersetzen Bei Patient mit Insulintherapie BZ-Selbstkontrolle! Art des Insulins (Wirkdauer) und Dosis überprüfen
3. Gewichtsnormalisierung	<ul style="list-style-type: none"> 5 – 7 % Gewichtsreduktion innerhalb eines Jahres (1 kg pro Monat); keine weitere Gewichtszunahme unter Insulintherapie
4. LDL-Cholesterin-Senkung	<ul style="list-style-type: none"> Ziel < 1,8 mmol/l bzw. 70 mg/dl
5. Blutdruck-Senkung	<ul style="list-style-type: none"> Ziel 130/80 mmHg (nicht < 120 mmHg systolisch!)

Metformin in der höchsten (max 3.000 mg) verträglichen Dosis (nicht bei GFR < 30 ml/min)

Gestörte Glukosetoleranz	Neu diagnostizierter T2DM	Bekannter T2DM, orale Therapie	Bekannter T2DM, Insulin
<ul style="list-style-type: none"> Gewichtsreduktion anstreben. Bei starkem Übergewicht eventuell ein GLP-1-Agonist 	<ol style="list-style-type: none"> SGLT-2-Hemmer (SGLT2i) GLP-1-Agonisten (GLP1a) DPP-4-Hemmer (DPP4i) <ul style="list-style-type: none"> bei Niereninsuffizienz bevorzugt <i>GLP1a > DPP4i > Repaglinid</i> bei systolischer Herzinsuffizienz bevorzugt <i>SGLT2i > GLP1a</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Bei HbA1c ≥ 7,5 %: Eskalation mit Hypoglykämie-vermeidenden Medikamenten 	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglykämierisiko evaluieren Insulindosis reduzieren (soweit möglich) ggf. durch insulin sparende Medikamente (SGLT2i, GLP1a, DPP4i) ersetzen oder kombinieren

Individuelles HbA1c-Ziel vereinbaren/überprüfen

- HbA1c ≥ 7,5 % – eine orale Zweifachtherapie einleiten
- HbA1c ≥ 7,5 % – unter oraler Zweifachtherapie: eine orale Dreifachtherapie in Erwägung ziehen
- HbA1c ≥ 9,0 % – Insulin in Erwägung ziehen (ggf. in Kombination mit oraler Therapie)

Empfohlene Kombinationen (Stufentherapie)

- Zweifachtherapie: Metformin + SGLT2i/GLP1a oder DPP4i
- Dreifachtherapie: Metformin + SGLT2i + GLP1a oder DPP4i
- Dreifachtherapie: Metformin + GLP1a oder DPP4i + SGLT2i

Überreicht mit freundlichen Empfehlungen

Patients with T2DM and ASCVD

1. Physical activity a) endurance and b) dynamic strength training	<ul style="list-style-type: none"> Increase to a minimum of 150 minutes physical activity per week (best: 30 min every day) Gradual progression up to 10.000 steps daily Workout training with light weights and without deep breathing (3 units, 15 repetitions each day)
2. Avoid hypoglycemic events	<ul style="list-style-type: none"> Reduce dose/discontinue hypoglycemia inducing medication Replace with medication without increased risk of hypoglycemia In patients on insulin: reinforce blood glucose self monitoring! Check use of insulin (formulation and dose)
3. Return to normal weight	<ul style="list-style-type: none"> Aim for 5 – 7 % body weight reduction within one year (1 kg / month); Ensure no further weight gain while on insulin
4. Reduction of LDL-cholesterol	<ul style="list-style-type: none"> Goal < 1,8 mmol/l or 70 mg/dl
5. Blood pressure reduction	<ul style="list-style-type: none"> Goal 130/80 mmHg (not < 120 mmHg systolic blood pressure!)

Metformin in the highest (max 3000 mg) tolerated dose (not if GFR < 30 ml/min)

Impaired glucose tolerance	Newly diagnosed T2DM	T2DM, oral medication	T2DM, insulin
<ul style="list-style-type: none"> Aim for weight reduction Consider GLP-1-agonists in patients with marked obesity 	<ol style="list-style-type: none"> SGLT-2-inhibitors (SGLT2i) GLP-1-agonists (GLP1a) DPP-4-inhibitors (DPP4i) <ul style="list-style-type: none"> In patients with CKD consider GLP1a > DPP4i > repaglinide In patients with systolic HF consider SGLT2i > GLP1a 	<ul style="list-style-type: none"> If HbA1c ≥ 7,5 %: treatment intensification using medication without increased risk of hypoglycemia 	<ul style="list-style-type: none"> Assess risk of hypoglycemia Reduce insulin dose (wherever possible) Eventually replace with/ add on an insulin sparing medication (SGLT2i, GLP1a, DPP4i)

Set/check individualized HbA1c-target

- HbA1c ≥ 7,5 % – treatment intensification with a second oral medication
- HbA1c ≥ 7,5 % – if already on dual therapy, consider a third oral medication
- HbA1c ≥ 9,0 % – consider insulin (eventually add on to oral medication)

Recommended combination therapy (stepwise approach)

- Dual therapy: metformin + SGLT2i/GLP1a or DPP4i
- Triple therapy: metformin + SGLT2i + GLP1a or DPP4i
- Triple therapy: metformin + GLP1a or DPP4i + SGLT2i

With the compliments of