

Lernerfolgskontrolle (Fragen 1–10)

1. Die aktuellen Glukosesensoren messen ...

- ... im venösen Blut
- ... im arteriellen Blut
- ... im Kapillarblut
- ... in interstitieller Flüssigkeit
- ... die gleichen Werte wie in der Fingerbeere.

2. Die sensorunterstützte Pumpentherapie (SuP) kann durch automatische Anpassung Folgendes verhindern:

- Eine Hyperglykämie
- Eine Ketoazidose
- Eine Hypoglykämie
- Eine Hyperkapnie
- Eine Hypoxie

3. Ein CGM misst oder berechnet nicht ...

- ... den aktuellen Gewebezucker.
- ... den Glukoseanstieg oder -abfall.
- ... die Glukosekurve den letzten Stunden.
- ... die Zeit im Zielbereich (TiR).
- ... die Ketonkörper im Gewebe.

4. Welche Aussage zum Thema Diabetes und Sport ist richtig?

- Bewegung erhöht die Diabetesinzidenz.
- Vor und nach dem Sport sollte mindestens 1 Liter Cola getrunken werden.
- Marathonlauf ist sinnvoll bei Patienten mit DFS.
- Typ-1-Diabetiker sollten vor dem Sport immer das Insulin absetzen.
- Bewegung und verminderte Kohlenhydrataufnahme (Lifestyleänderung) reduzieren die Diabetesinzidenz.

5. Welche Aussage zum Thema Diabetes und Sport ist richtig?

- Vor Aufnahme eines Sportprogrammes bedarf es nie einer kardiovaskulären Untersuchung.
- Die Trainingspulsbestimmung sollte individuell bestimmt werden.
- Der anzustrebende Trainingspuls ist immer $180 + \text{Lebensalter}$.
- Die optimale Trainingszeit ist 150 min/Tag.
- Die Karvonen-Formel hilft nicht bei der Ermittlung des Trainingspulses.

6. Welche Aussage zum Thema Diabetes und Sport ist richtig?

- Blutzuckermessungen sind nicht sinnvoll bei insulinpflichtigen Diabetikern vor dem Sport.
- Blutzuckermessungen sind nicht sinnvoll bei insulinpflichtigen Diabetikern nach dem Sport.
- Beim Sport sollte immer ein SOS-Sportset (Traubenzucker, Softdrinks) mitgeführt werden.
- Der optimale Blutzuckerausgangswert vor dem Sport liegt zwischen 70 und 90 mg/dl.
- Hypoglykämien kommen bei Typ-2-Diabetikern nicht vor.

7. Welche Aussage zu SGLT2-Hemmern ist richtig?

- Sie dürfen nicht mit Metformin kombiniert werden.
- Die signifikante Reduktion der Gesamtmortalität ist ein Klasseneffekt.
- Empagliflozin und Dapagliflozin führen bei Typ-2-Diabetikern zu einer signifikanten Reduktion von stationär behandlungspflichtiger Herzinsuffizienz.
- Die Ausscheidung von Glukose über die Niere unter SGLT2-Hemmern ist unabhängig von der glomerulären Filtrationsrate.
- In der Langzeitbeobachtung lässt sich mit SGLT2-Hemmern im Mittel eine Senkung des HbA1c um mindestens 3%-Punkte erreichen.

8. Welche Aussage zu GLP1-Analoga ist richtig?

- Sie dürfen nicht mit Insulin kombiniert werden.
- Wegen ihrer kurzen Halbwertszeit müssen sie grundsätzlich zweimal täglich subkutan injiziert werden.
- Das Risiko für eine Hypoglykämie ist wesentlich höher als unter Insulintherapie.
- Für Liraglutid konnte in der LEADER-Studie eine signifikante Senkung des Kombinationsendpunktes Tod/Myokardinfarkt/Schlaganfall gezeigt werden.
- Typisch für alle GLP1-Analoga ist eine ausgeprägte nephroprotektive Wirkung.

9. Welche Aussage zur Sekundärprävention chronischer Koronarsyndrome beim Diabetiker ist richtig ?

- Aspirin in niedriger Dosierung ist ein wesentlicher Bestandteil der antithrombotischen Therapie.
- Die Einnahme von Betablockern ist dauerhaft und unabhängig von der linksventrikulären Pumpfunktion empfohlen.
- Der Zielwert von LDL-Cholesterin von 70 mg/dl sollte nicht unterschritten werden.
- Unabhängig von einer eventuell bestehenden arteriellen Hypertonie sollte dauerhaft ein ACE-Hemmer eingenommen werden.
- Jeder Patient nach einem akuten Koronarsyndrom sollte mit einem PCSK9-Inhibitor behandelt werden.

10) Welche Aussage zur antithrombotischen Therapie beim akuten Koronarsyndrom ist richtig?

- Eine „duale“ Therapie bzw. „dual pathway“-Therapie bezeichnet die Kombination aus oraler Antikoagulation mit einem ADP-Rezeptorantagonisten (aufgrund des geringeren Blutungsrisikos in diesem Fall Clopidogrel). Ziel ist hierbei, eine Triple-Therapie, die zusätzlich Aspirin beinhalten würde, zu vermeiden.
- Bei allen Patienten mit akutem Koronarsyndrom sollte eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung (DAPT) bereits durch den Notarzt erfolgen.
- Aspirin muss, um besser zu wirken, ausschließlich intravenös verabreicht werden. Bei Lieferengpässen der intravenösen Zubereitung von Aspirin ist daher mit einer Gefährdung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom zu rechnen.
- Die Bezeichnung „antithrombotische Therapie“ bezieht sich ausschließlich auf die Thrombozytenaggregationshemmung und nicht auf die Antikoagulation.
- Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die Marcumar einnehmen, können erst dann einer interventionellen Behandlung zugeführt werden, wenn die INR <2,0 ist.