

# Diabetes-Guideline der mednetbern AG

Das Ärztenetzwerk der Argomed Ärzte AG hat in den folgenden Seiten die Diabetes Guidelines übersichtlich dargestellt. Die vollständigen Guidelines finden sich auf [www.mednetbern.ch/guidelines-publication](http://www.mednetbern.ch/guidelines-publication).



## Guideline Diabetes mellitus Typ 2

<b>Diagnose nach ICD-10</b>	E11: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes).	
<b>Definition</b>	Chronische Hyperglykämie (ursächlich relativer Insulinmangel/Insulinresistenz), welche, zu spät diagnostiziert und/oder inadäquat behandelt, zu Organschäden führen kann: Mikroangiopathie (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie) und Makroangiopathie (Myokardinfarkt, cerebrovaskulärer Insult, periphere arterielle Verschlusskrankheit).	
<b>Case-Finding</b>	<p><b>Diabetes-Symptome vorhanden:</b> Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme.</p> <p><b>Modifizierter FINDRISK-Fragebogen</b> zur Bestimmung des 10-Jahres-Risikos in % bei asymptomatischen Erwachsenen (s. letzte Seite). Ergibt der Score &gt; 15 Punkte (Risiko &gt; 32 %) ist eine Laboruntersuchung indiziert. Für die Beantwortung des Fragebogens bedarf es einer klinischen Untersuchung (BMI/Bauchumfang).</p> <p><b>Auffällige Gelegenheitsglukose</b> (z. B. bei Laienmessungen).</p> <p><b>Prüfdiabetes ICD-10 R73:</b> Venöse Nüchternglukose: 5.6–6.9 mmol/l oder venöse Zufallsglukose 7.8–11.0 mmol/l oder HbA1c 5.7-6.4 %.</p> <p><b>Spezielle Risikofaktoren:</b> z. B. Gestationsdiabetes, Geburtsgewicht des Neugeborenen, PCO, diabetogene Medikamente.</p> <p>Zur Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 ist jeder der folgenden Labortests gültig (WHO-Kriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Venöse Nüchternglukose oder venöse Zufallsglukose im Akutfall bei symptomatischen Patienten (Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme), oder</li> <li>• HbA1c-Wert, oder</li> <li>• Oraler Glukose-toleranz-Test (OGTT): Glukosemessung nüchtern und 2 Std. nach Einnahme von 75g Glukose (wegen Nebenwirkungen nicht empfohlen bei älteren Menschen).</li> </ul>	
<b>Labor</b>	<p><b>Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt:</b></p> <p><b>! Venöse Nüchternglukose: <math>\geq 7.0</math> mmol/l oder venöse Zufallsglukose: <math>\geq 11.1</math> mmol/l, oder</b></p> <p><b>! HbA1c: <math>\geq 6.5</math> %</b></p> <p><b>! OGTT: <math>\geq 11.1</math> mmol/l nach 2 Std.</b></p> <p>Ausnahmen: falsch höhere (!) und falsch tiefer (!) HbA1c-Werte durch Alkohol- u. Opiatkonsum (!), Niereninsuffizienz (!/!), Hypertriglyceridämie (!), Hyperbilirubinämie (!), Hämoglobinopathien (!/!), Schwangerschaft (!/!), hochdosierte Einnahme von Vitamin C und E (!/!), Bluttransfusion (!), Erythropathien (!), erhöhtes Durchschnittsalter der Erythrozyten (!) (bei Eisen-, Vit-B12-Mangel), vermindertes Durchschnittsalter der Erythrozyten (!) (bei akuter Blutung, Hämolyse, Erythropoietin-Behandlung, Transfusionen, Aderlässe, behandelte Eisen-, Vit-B12-Mangel).</p>	
<b>Differentialdiagnose</b>	In atypischen Fällen an Autoimmun-Diabetes (Typ-1-Diabetes), MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), Gestationsdiabetes oder sekundären Diabetes (z. B. Hämochromatose, Pankreaspathologie, Medikamentennebenwirkungen) denken.	
<b>Assessment</b>	<p><b>Anamnese:</b> atherosklerotische Erkrankungen, Nikotin, Alkohol.</p> <p><b>Klinische Untersuchung:</b> Internistisch-neurologischer Status, inkl. Blutdruck, BMI, Fussinspektion. Ophthalmologische Untersuchung (Retinopathie).</p> <p><b>Erweiterte Labordiagnostik:</b> Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, Lipidstatus, evtl. Transferrin-Sättigung, EKG.</p>	<p><b>2. Stratifizierung des kardiovaskulären Risikos bei Diabetes</b></p> <p><b>Mässiges Risiko:</b> Diabetesdauer &lt; 10 Jahre ohne Risikofaktoren.</p> <p><b>Hohes Risiko:</b> Diabetesdauer <math>\geq 10</math> Jahre mit &lt; 3 Risikofaktoren oder mässiger Niereninsuffizienz KDIGO 3a und b (eGFR 30-59 ml/min).</p> <p><b>Sehr hohes Risiko:</b> Diabetes mit Organschäden ODER <math>\geq 3</math> Risikofaktoren (&gt; 65-j., Rauchen, Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas).</p>
<b>Behandlungsstrategie</b>	<p><b>Immer individuell</b> gemäss Erkenntnissen des Assessments. Beseitigung der Risikofaktoren zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie Verringerung der Mortalität.</p> <p>Die folgenden Schwerpunkte werden speziell berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiver Effekt durch Lifestyle-Änderungen während <b>aller</b> Krankheitsphasen: Reduktion des HbA1c-Wertes von 1–2 % ist durch Ernährungsumstellung möglich.</li> <li>• HbA1c-Zielwert gemäss Life-time-Risiko, Begleiterkrankungen. <b>Hypoglykämien unbedingt vermeiden!</b> Siehe auch: <a href="http://diabetesguide.ch">diabetesguide.ch</a>.</li> </ul> <p>&lt; 70 Jahre: &lt; 7 % / <math>\geq 70</math> Jahre: 7.0–7.5 % (8 %–8.5 % bei Frailty: gebrechliche, multimorbide hochbetagte Patient/innen).</p>	
<b>Therapieziel HbA1c</b>		

**Basisliteratur:**

- International Diabetes Federation, 2017. IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care. [www.idf.org/e-library/guidelines/728-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html](http://www.idf.org/e-library/guidelines/728-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html)
- 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). [www.easd.org/statements.html](http://www.easd.org/statements.html)
- Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSEED) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (2020). [www.sgedsued.ch/fileadmin/user\\_upload/6\\_Diabetologie/61\\_Empfehlungen\\_Facharzt/2020\\_Swiss\\_Recomm\\_Medis\\_DE\\_def.pdf](https://www.sgedsued.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_DE_def.pdf)
- Richtlinien bezüglich Fahrtauglichkeit bei Diabetes mellitus. [https://www.sgedsued.ch/fileadmin/user\\_upload/6\\_Diabetologie/61\\_Empfehlungen\\_Facharzt/2018\\_10\\_Neue-Auto-Richtlinien\\_SGED\\_final\\_DE.pdf](https://www.sgedsued.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_final_DE.pdf)
- [www.swissmedicinfo.ch/](http://www.swissmedicinfo.ch/)
- ICD-10-GM. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003; 26: 725–731
- WHO Model List of Essential Medicines. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>

**Projektteam:** Dres. med. Amato Giani, Stefan Schäfer – Beratender Arzt; Prof. Dr. med. Beat Müller



<p><b>Therapiemassnahmen</b></p>	<p><b>Allgemeine Massnahmen</b></p>	<p><b>Lifestyle:</b> Ernährung (z. B. mediterran), Körperliche Bewegung (Ausdauertraining 30 Min. 5x/Woche), Nikotin und Alkohol stopp. BMI 20–25 kg/m<sup>2</sup> anstreben.  <b>Aufklärung zu Krankheit, Folgeerkrankungen, Therapie und Relevanz von persönlichem Engagement.</b>  <b>Vereinbarung zu Therapieziel und Therapieplan</b> mit regelmässigen Kontrollen.  <b>Selbsthilfe mobilisieren:</b> Hinweis auf Beratungs- und Rehabilitationsprogramme, z. B. www.diabetesbern.ch oder www.diafit.ch.  <b>Blutzucker selbst kontrollieren</b> bei ausgewählten Patienten: Hypoglykämie erkennen (Limitatio für Teststreifen und Sensoren).  <b>Pflegeinstruktionen:</b> Fuss-, Hautpflege, Zahnhygiene.</p>
<p><b>Pharmakotherapie</b></p>	<p><b>Therapiebeginn:</b> • In der Regel, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist.                  • Sofort bei hohen Werten (HbA1c &gt;10%) und/oder wenn kein Erfolg von einer Lifestyle-Umstellung auf die Senkung des HbA1c-Wertes zu erwarten ist.  <b>Initial:</b> • Metformin (STOPP ab KDIGO 4 = eGFR &lt; 30 ml/min; halbieren ab KDIGO 3b = eGFR 30–45 ml/min).                  Bei Unverträglichkeit von Metformin oder Niereninsuffizienz: SGLT-2-Hemmer (bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer.                  Bei kardiovaskulären Komorbiditäten frühe Kombinationstherapie Metformin PLUS SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA.                  • Insulin bei akuter Dekompensation.  <b>Add-on Therapie</b> bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie. Bei Mehrfachkombinationen Limitatio beachten.                  • SGLT-2-Hemmer bei Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko.                  • GLP-1-RA, wenn Gewichtsreduktion prioritär und/oder bei kardiovaskulärem Risiko. Kostengutsprache nötig bei Kombination von SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA.                  • DPP-4-Hemmer bei mässigem kardiovaskulärem Risiko. Geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz.                  • Basalinsulin ohne/mit schnellwirksamem (meal-time) Insulin ODER Mischinsulin.                  • Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen (SU) sollten nur noch in gut begründeten Fällen erfolgen.</p>	<p><b>Therapiebeginn:</b> • In der Regel, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist.                  • Sofort bei hohen Werten (HbA1c &gt;10%) und/oder wenn kein Erfolg von einer Lifestyle-Umstellung auf die Senkung des HbA1c-Wertes zu erwarten ist.  <b>Initial:</b> • Metformin (STOPP ab KDIGO 4 = eGFR &lt; 30 ml/min; halbieren ab KDIGO 3b = eGFR 30–45 ml/min).                  Bei Unverträglichkeit von Metformin oder Niereninsuffizienz: SGLT-2-Hemmer (bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer.                  Bei kardiovaskulären Komorbiditäten frühe Kombinationstherapie Metformin PLUS SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA.                  • Insulin bei akuter Dekompensation.  <b>Add-on Therapie</b> bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie. Bei Mehrfachkombinationen Limitatio beachten.                  • SGLT-2-Hemmer bei Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko.                  • GLP-1-RA, wenn Gewichtsreduktion prioritär und/oder bei kardiovaskulärem Risiko. Kostengutsprache nötig bei Kombination von SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA.                  • DPP-4-Hemmer bei mässigem kardiovaskulärem Risiko. Geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz.                  • Basalinsulin ohne/mit schnellwirksamem (meal-time) Insulin ODER Mischinsulin.                  • Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen (SU) sollten nur noch in gut begründeten Fällen erfolgen.</p>
<p><b>Klinik</b></p> <p>bei Niereninsuffizienz möglich                  Reduktion kardiovaskuläres Risiko                  bei Herzinsuffizienz empfehlenswert                  zu erwartende HbA1c-Senkung (Wirkungsgrad)                  Hypoglykämierisiko (kardial, Autofahren)                  Effekt auf Körpergewicht                  Applikationsart</p>	<p><b>Wirkstoffklasse</b></p> <p>Metformin                  (+) eGFR ≥ 30                  ↓</p> <p>SGLT-2-Hemmer                  (+) eGFR ≥ 30                  ↓↓</p> <p>GLP-1 RA                  +                  ↓↓</p> <p>DPP-4-Hemmer                  +                  ↔</p> <p>Insulin                  +                  ↔</p> <p>Gliclazid                  (+) eGFR ≥ 30                  ↔</p>	<p><b>Wann Weiterweisung?</b>                  Bei Nichterreichen des individuellen HbA1c-Zielwerts, sowie bei insulinbehandelten Berufsfahrern, v. a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig.</p>
<p><b>Zielwerte kardiovaskuläre Risikoprävention</b></p>	<p><b>Impfungen</b>                  Influenza, Covid-19, Pneumokokken.  <b>Invasive Therapie</b>                  Bariatrische Chirurgie.</p>	<p><b>Zielwerte kardiovaskuläre Risikoprävention</b>                  • Blutdruck: &lt; 130/90 mmHg                  • LDL-C bei Diabetes mit Endorganschäden: &lt; 1.4 mmol/L. Diabetes ohne Endorganschäden: &lt; 1.8 mmol/L. Diabetesdauer &lt; 10J. und keine Endorganschäden: &lt; 2.6 mmol/L.</p>
<p><b>Verlaufskontrolle</b></p>	<p><b>Patient</b>                  • Adhärenz Therapieplan (Lifestyle, Medikamente, Beratungsstellen).                  • Befolgung von Pflege- und Hygienemassnahmen (Füsse, Haut, Zähne).</p>	<p><b>Verlaufskontrolle</b>                  • Adhärenz Therapieplan (Lifestyle, Medikamente, Beratungsstellen).                  • Befolgung von Pflege- und Hygienemassnahmen (Füsse, Haut, Zähne).</p>
<p><b>Wann Weiterweisung?</b></p>	<p><b>Arzt</b>                  alle 3 Monate: HbA1c, Blutdruck, BMI, Fusskontrolle (Haut, Polyneuropathie), Überprüfung Therapieadhärenz und Lifestyle.                  Jahreskontrolle mit zusätzlich Lipidstatus, Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, intermistisch-neurologische und ophthalmologische Untersuchung, Bio-psycho-sozialer Status. Kardiovaskuläres Risiko: gemäss mednetbern-Guidelines «Hyperlipidämie» und «Essentielle Hypertonie».</p>	<p><b>Arzt</b>                  alle 3 Monate: HbA1c, Blutdruck, BMI, Fusskontrolle (Haut, Polyneuropathie), Überprüfung Therapieadhärenz und Lifestyle.                  Jahreskontrolle mit zusätzlich Lipidstatus, Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, intermistisch-neurologische und ophthalmologische Untersuchung, Bio-psycho-sozialer Status. Kardiovaskuläres Risiko: gemäss mednetbern-Guidelines «Hyperlipidämie» und «Essentielle Hypertonie».</p>
<p><b>Therapie-resistenter Diabetes mellitus Typ 2</b></p>	<p><b>Ursachen</b>                  Progredienz der Diabeteserkrankung («Sekundärversagen»)                  Mangelnde Compliance (medikamentös und nicht-medikamentös).                  Neue Komorbiditäten.                  Medikamente (z. B. Kortison, Betablocker, Thiazid-Diuretika).</p>	<p><b>Ursachen</b>                  Progredienz der Diabeteserkrankung («Sekundärversagen»)                  Mangelnde Compliance (medikamentös und nicht-medikamentös).                  Neue Komorbiditäten.                  Medikamente (z. B. Kortison, Betablocker, Thiazid-Diuretika).</p>
<p><b>Arbeitsfähigkeit</b></p>	<p><b>Fahreignung</b></p>	<p><b>Arbeitsfähigkeit</b>                  Meldung an die IV zur Früherfassung und Frühintervention, bzw. für berufliche Massnahmen, wenn Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visusbeeinträchtigung, Polyneuropathie) oder drohende Hypoglykämien durch Insulintherapie (Berufsfahrer) die Ausübung des bisherigen Berufs beeinträchtigen.</p> <p><b>Fahreignung</b>                  1. Gruppe (PW, Motorrad): «Bei Vorliegen einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) muss eine stabile Blutzucker Einstellung ohne verkehrsrelevante Unter- oder Überzuckerungen vorhanden sein.» Wenn möglich keine SU oder Insulin, sonst wegen Hypoglykämierisiko Blutzuckermessung vor Antritt der Fahrt obligatorisch, ausser bei Behandlung mit tieferm Hypoglykämierisiko (analoges Basalinsulin 1x täglich oder Gliclazid oder Gliflozid allein). Massnahmen gemäss Merkblatt www.sgsm.ch.                  2. Gruppe (Lastwagen, Personentransport, Autobus): Verkehrsmittel, Diabetologe. Beruflicher Personentransport bei Insulintherapie in der Regel verboten.</p>



## Medikamente

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave / Nebenwirkungen
<b>Biguanid</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Metformin (Glucophage®) (WHO) 1500–2000 (–3000) mg 0.30			First-Line-Therapie	Überempfindlichkeit gegen Metformin oder einem der Hilfsstoffe. Diabetische Ketoazidose, diabetisches Koma und Präkoma. Nierensuffizienz (eGFR 30–45 ml/min Dosisreduktion, STOPP < 30 ml/min). Nierenfunktionsstörung bei Dehydratation (Diarrhö, wiederholtes Erbrechen), schwere Infektionen, hohes Fieber, schwere hypoxische Zustände, jodhaltige Kontrastmittel. Cave Alkohol, Schwangerschaft, Stillzeit.
<b>SGLT2-Hemmer</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Empagliflozin (Jardiance®) 10 mg 1.89	Dapagliflozin (Forxiga®) 5–10 mg 1.88	Canagliflozin (Invokana®) 100 mg 1.85	Vorteile bei Herzinsuffizienz, chron. Nierenerkrankung, Übergewicht. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich. Limitationen gemäss Spezialitätenliste (SL).	Genital- und Harnwegsinfektionen, Polyurie, Volumendepletion, Hypotension, Schwindel, LDL-Cholesterin und Kreatinin können steigen. Risiko für Amputation und Fraktur erhöht (Canagliflozin). Schwangerschaft und Stillzeit.
<b>GLP1-Rezeptor-Agonisten</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Liraglutid (Victoza® s.c.) 0.6–1.8 mg 7.50	Semaaglutid (Ozempic® s.c., Rybelsus® per os) 4.50	Dulaglutid (Trulicity® s.c.) 6.20	Kein Hypoglykämierisiko. Vorteile bei Übergewicht. Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Semaaglutid: 1x/Woche sc. oder tgl. p.o. Liraglutid: tgl. sc., Fixkombination mit Insulinanalogon erhältlich (Xultophy®).	Teuer. Instruktion, Gastrointestinale Nebenwirkungen. Schwangerschaft und Stillzeit.
<b>DPP4-Hemmer</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Sitagliptin (Januvia®) 100 mg 1.69	Linagliptin (Trajenta®) 5 mg 1.74		Bei Niereninsuffizienz möglich. Dosisreduktion bei Sitagliptin nötig. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich.	Selten Urtikaria und Angiooedem. Schwangerschaft und Stillzeit.
<b>Sulfonylharnstoffe (SU)</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Gliclazid (mikronisiert) Diamicon® (WHO) 30–120 mg 0.25 – 0.80			Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z.B. Autofahrer)	Überempfindlichkeit, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetisches Präkoma und Koma, diabetische Ketoazidose, Jugenddiabetes. Kontraindiziert bei schwerer Leber- oder Niereninsuffizienz, Miconazol-Behandlung. Schwangerschaft und Stillzeit. Schwere Störungen der Nebennieren- oder Schilddrüse. Hypoglykämierisiko.
<b>Insulin (Basalinsulin) und Langwirksame Insulinanaloga</b> Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Glargin (Lantus®, Toujeo®) 30–100 I.E. 1.75–5.75	Degludec (Tresiba®) 30–100 I.E. 2.25–7.40	Huminsulin Basal NPH® Lilly (WHO) 30–100 I.E. 1.15–3.70	Standard. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko, Fahreignung.
<b>Mischinsuline</b> Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog Mix®NPH) 30–100 I.E. 1.45–4.80	Degludec/Aspart (Ryzodec®) 30–100 I.E. 1.80–6.00		Standard, 2 Tagesdosen. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
<b>Kurz und rasch wirksame Insulinanaloga</b> Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Aspart (Fiasp®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Glulisin (Apidra®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Immer in Kombination mit langwirksamen Insulinanaloga oder Basalinsulin. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.

### in Spezialfällen

<b>Glinide (Sulfonylharnstoffanaloge)</b>	Repaglinid (NovoNorm®)	Nateglinid (Starlix®)	Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z.B. Autofahrer).	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
<b>Glitazone</b>	Pioglitazon (Actos®)		Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Geringes Hypoglykämierisiko.	Gewichtszunahme. Herzinsuffizienz. Frakturen.
<b>Alpha-Glukosidasehemmer</b>	Acarbose (Glucobay®)		Kardiovaskuläre Sicherheit.	Gastrointestinale Nebenwirkungen.