



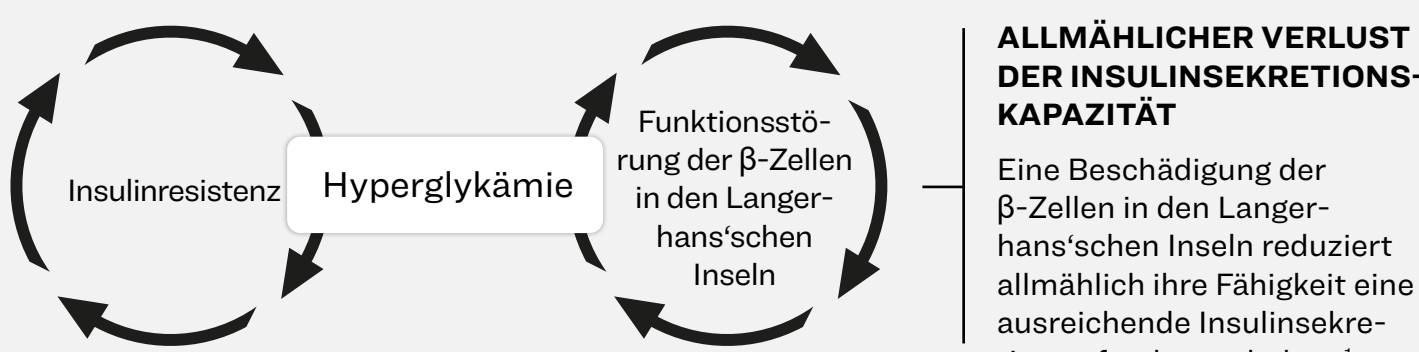
FÜR EINEN STABILEREN THERAPIEVERLAUF

*Weniger Belastung.
Mehr Freiraum.*

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Insulin: Schlüssel zur Stabilisierung des T2D-Behandlungsverlaufs

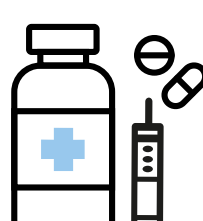
T2D ist eine fortschreitende Stoffwechselerkrankung MIT EINEM ZUNEHMENDEM BEDARF FÜR EINEN Ausgleich des Insulinmangels¹⁻³



ALLMÄHLICHER VERLUST DER INSULINSEKRETIONS-KAPAZITÄT

Eine Beschädigung der β-Zellen in den Langerhans'schen Inseln reduziert allmählich ihre Fähigkeit eine ausreichende Insulinsekretion aufrechtzuerhalten.¹

Die fortschreitende Verschlechterung der Insulinsekretion führt zum Versagen nicht-insulinbasierter Therapien und macht eine Insulinintensivierung bei Patient:innen mit T2D erforderlich.²



Mindestens **20 % – 25 %** der Patient:innen mit T2D benötigen irgendwann eine Insulintherapie.³

Wann WIRD BASALINSULIN *eine Notwendigkeit?*⁴⁻⁸

Chronische Hyperglykämie geht mit mikro- und makrovaskulären Komplikationen, einer verminderten Lebensqualität und vorzeitiger Sterblichkeit einher.⁴

EMPFEHLUNGEN DER ADA/EASD ZU BI:⁵⁻⁸



UMGEHENDE INITIIERUNG, unabhängig von der Hintergrundtherapie oder dem Krankheitsstadium

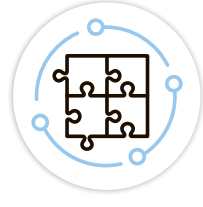
Initiierung bei folgenden Umständen:

- symptomatische Hyperglykämie
- Glukose im Blut ≥ 300 mg/dl ($\geq 16,7$ mmol/l)
- HbA1c > 10 % (> 86 mmol/mol)



BEI NACHLASSEN DER WIRKSAMKEIT/ VERTRÄGLICHKEIT des aktuellen Behandlungsplans mit anderen nicht-insulinbasierten Therapien

Initiierung, wenn eine Behandlung mit mehreren nicht-insulinbasierten Therapien, einschließlich GLP-1-RA oder GIP/GLP-1-RA, nicht ausreicht, um den HbA1c-Wert zu senken.



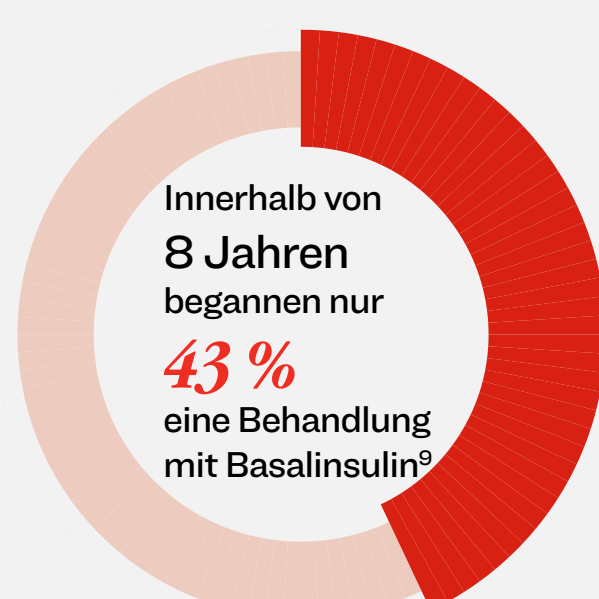
KOMBINATIONSTHERAPIE

Die Insulintherapie sollte in Kombination mit anderen nicht-insulinbasierten Therapien initiiert werden, da dies die Blutzuckerkontrolle verbessern und gleichzeitig das Auftreten von Hypoglykämien und Gewichtszunahmen minimieren kann.

Trotz EMPFEHLUNGEN, WIRD INSULIN *nicht ausreichend angewendet*⁹

In einer retrospektiven Kohortenstudie mit 14.083 Personen mit T2D, die für eine Behandlung mit BI in Frage kamen:^{9*}

- 1 HbA1c-Wert zwischen 7,0 % und 9,5 %
- 2 Anwendung von bereits ≥ 2 anderen GLD



BARRIEREN BEI DER INSULINANWENDUNG²

Eine Reihe von Faktoren auf Ebene der Patient:innen und der HCPs trägt dazu bei, dass Insulin zu selten angewendet wird:

Faktoren auf Patientenebene:

- Gefühl des Scheiterns
- Angst vor Hypoglykämie oder Gewichtszunahme
- Insulin-Behandlungsschemata werden als komplex empfunden
- Mangelndes Wissen oder fehlende Diabetes-Aufklärung



Faktoren auf HCP-Ebene:

- Bedenken hinsichtlich der Patientenakzeptanz
- Bedenken hinsichtlich Hypoglykämie oder Gewichtszunahme
- Insulin-Behandlungsschemata werden als komplex empfunden
- Zeitmangel in Beratungsgesprächen
- Mangelnde Erfahrung des Gesundheitsteams

*Retrospektive Studie, die administrative Gesundheitsdaten von 14.083 Personen mit T2D und einem HbA1c-Wert zwischen 7,0 % und 9,5 %, die bereits mindestens 2 andere GLD einnahmen, aus Alberta, Kanada, aus dem Zeitraum vom 1. April 2011 bis zum 31. März 2019 auswertete. Die maximale Nachbeobachtungsdauer betrug 8 Jahre.⁹

Überwinden der KLINISCHEN LÜCKE BEI DER *verzögerten Insulinanwendung*

T2D ist eine fortschreitende Stoffwechselerkrankung, die eine kontinuierliche Anpassung der Behandlung erfordert, um die glykämischen Zielwerte aufrechtzuerhalten.^{5,9}



Eine rechtzeitige Insulin-Initiierung ist unerlässlich bei schwerer Hyperglykämie oder wenn andere nicht-insulinbasierte Therapien nicht mehr wirksam oder gut verträglich sind.⁵⁻⁷

Helfen Sie Ihren Patient:innen, auf dem richtigen Weg zu bleiben:

Rechtzeitige Anwendung von Insulin bei der T2D-Behandlung

Abkürzungen:

ADA = American Diabetes Association (Amerikanische Diabetes-Vereinigung); BI = Basalinsulin; EASD = European Association for the Study of Diabetes (Europäische Gesellschaft für Diabetesforschung); GIP = glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid; GLD = Glucose-Lowering Drug (blutzuckersenkendes Medikament); GLP-1 RA = Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist (Glucagon-ähnlicher Peptid-1-Rezeptoragonist); HbA1c = Hämoglobin A1c; HCP = Healthcare Provider (Gesundheitsdienstleister); T2D = Typ-2-Diabetes.

Quellen:

1. Lu X, et al. Signal Transduct Target Ther. 2024;9(1):262.
2. Galdón Sanz-Pastor A, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2024;15:1366368.
3. Trevisan R, Conti M, Ciardullo S. Diabetologia. 2024;67(8):1480-1492.
4. Khunti K et al. Diabetologia. 2025;68(1):17-28.
5. Davies MJ, et al. Diabetes Care. 2022;45(11):2753-2786.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S158-S178.
7. Samson SL, et al. Endocr Pract. 2023;29(5):305-340.
8. Bolli GB, et al. Diabetes Care. 2025;48(5):671-681.
9. Senior P, et al. Can J Diabetes. 2024;48(6):379-386.e6.