

Erratum

Innere Medizin 2022 · 63:1208–1209
<https://doi.org/10.1007/s00108-022-01417-6>
Online publiziert: 20. Oktober 2022
© The Author(s), under exclusive licence to
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2022



Erratum zu: Neue Aspekte der medikamentösen Nephroprotektion

Jörg Beimler

Abteilung für Nephrologie, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Erratum zu:

Innere Medizin 2022

<https://doi.org/10.1007/s00108-022-01297-w>

In der ursprünglich veröffentlichten Version des Beitrags war Tab. 1 fehlerhaft. Bitte entnehmen Sie nachfolgend die korrigierte Tab. 1.

Der Originalbeitrag wurde korrigiert.

Korrespondenzadresse

Dr. Jörg Beimler

Abteilung für Nephrologie, Medizinische
Universitätsklinik Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 162, 69120 Heidelberg,
Deutschland
joerg.beimler@med.uni-heidelberg.de

Die Online-Version des Originalartikels ist unter
<https://doi.org/10.1007/s00108-022-01297-w>
zu finden.

Tab. 1 Kardiovaskuläre und renale Endpunktstudien zu SGLT-2-Inhibitoren					
Studie	Medikament	Einschlusskriterien	T2DM (%)	Primärer Endpunkt	Sekundäre (renale) Endpunkte
EMPEROR-Reduced (n = 3730; medianes Follow-up: 1,3 Jahre)	Empagliflozin (10 mg)	eGFR: ≥ 20 ml/min Mittlere eGFR: 62 ml/min UACR: keine Daten	49,8	Kardiovaskulärer Tod oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz HR 0,75 (0,65–0,86)	Abfall der eGFR: –0,55 vs. –2,28 ml/min Kombinierter Endpunkt: +Reduktion eGFR ≥ 40 % +eGFR < 15 (Baseline > 30) ml/min +eGFR < 10 (Baseline ≤ 30) ml/min +Dialysepflichtigkeit/Transplantation HR 0,50 (0,32–0,77)
DAPA-HF (n = 4744; medianes Follow-up: 1,5 Jahre)	Dapagliflozin (10 mg)	eGFR: ≥ 30 ml/min Mittlere eGFR: 65,8 ml/min UACR: keine Daten	58,2	Kardiovaskulärer Tod oder Verschlechterung Herzinsuffizienz HR 0,74 (0,65–0,85)	Abfall der eGFR: –1,09 vs. –2,85 ml/min Kombinierter Endpunkt: +Reduktion eGFR ≥ 50 % +ESRD +Renaler Tod HR 0,71 (0,44–1,16)
DAPA-CKD ^a (n = 4304; medianes Follow-up: 2,4 Jahre)	Dapagliflozin (10 mg)	eGFR: 25–75 ml/min Mittlere eGFR: 43,1 ml/min Mediane UACR: 949 mg/g	67,5	Kombinierter Endpunkt: +Reduktion eGFR ≥ 50 % +ESRD +Renaler/kardiovaskulärer Tod HR 0,61 (0,51–0,72)	Kombinierter Endpunkt: +Kardiovaskulärer Tod +Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz HR 0,71 (0,55–0,92)
CREDESCENCE ^a (n = 4401; medianes Follow-up: 2,6 Jahre)	Canagliflozin (100 mg)	eGFR: 30–90 ml/min Mittlere eGFR: 56,2 ml/min UACR: > 300 mg/g (88 %)	100	Kombinierter Endpunkt: +Verdoppelung Kreatinin +ESRD +Renaler/kardiovaskulärer Tod HR 0,70 (0,59–0,82)	Kombinierter Endpunkt: Kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall HR 0,80 (0,67–0,95) Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz HR 0,61 (0,47–0,80) Kombinierter renaler Endpunkt: ESRD, Verdoppelung Serumkreatinin, Tod renaler Ursache HR 0,68 (0,54–0,86)

eGFR errechnete glomeruläre Filtrationsrate, *ESRD* „end-stage renal disease“, *HR* Hazard Ratio, *SGLT-2* „sodium-glucose linked transporter 2 inhibitors“, *T2DM* Diabetes mellitus Typ 2, *UACR* „urine albumin-to-creatinine ratio“ (Albumin/Kreatinin-Quotient im Urin)

^aStudie wegen Wirksamkeit frühzeitig beendet