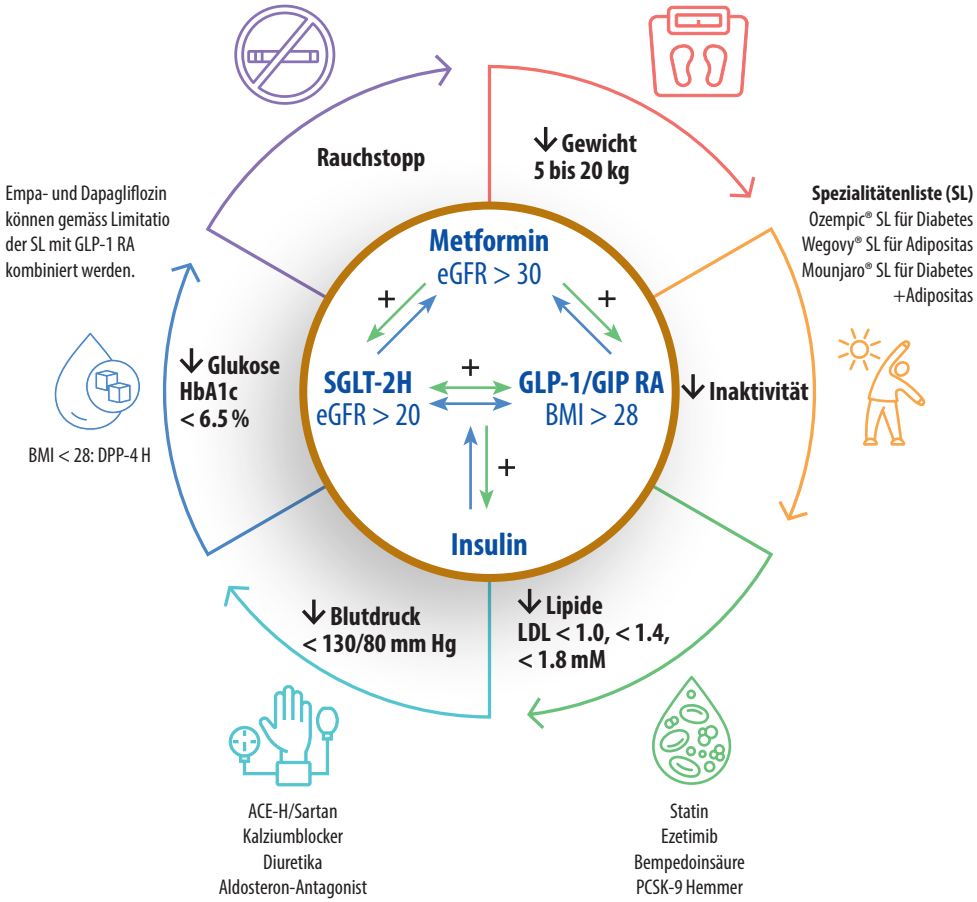
Beste Therapie Typ 2 Diabetes und Risikofaktoren



Erstveröffentlichung September 2026

Herausgegeben durch die
Schweizerische Gesellschaft für
Endokrinologie und Diabetologie – SGED

Beste Therapie Typ 2 Diabetes und Risikofaktoren 2026



↑ Kardiorenaler Schutz

↓ Apoplexie ↓ MASLD / MASH ↓ Entzündung

↓ Insulinresistenz

Ziel: Organschutz, ↓ Entzündung, ↓ Insulinresistenz

Vorgeschlagene Diabetes & Adipositas Medikamente

aufgrund Studienlage und Sicherheit der vorgeschlagenen Substanzen

Klasse und Substanzen	Markennamen	Kombination mit Metformin + andere
Biguanide		
Metformin	Glucophage® 500, 850, 1000 mg oder Generikum	
SGLT-2 Hemmer		
Empagliflozin	Jardiance® 10 mg	JardianceMet® 5/500, 5/1000 mg, Glyxambi® (+Linagliptin) 10/5 mg
Dapagliflozin	Forxiga® 10 mg	Xigduo XR® 5/500, 5/1000, 10/500, 10/1000 mg
Invokana	Invokana® 100, 300 mg	Vokanamet® 50/850, 50/1000, 150/1000 mg
Ertugliflozin	Steglatro® 5 mg	Steglujan® (+Sitagliptin) 5/100 mg
GLP-1 RA, GLP-1/GIP RA		
Semaglutid	Ozempic® DualDose 0.25 mg, 0.5 mg, FixDose 1 mg, 2 mg Rybelsus® oral 3, 7, 14 mg, Wegovy® Multi Fixdose 0.25, 0.5, 1.0, 1.7, 2.4 mg	
Tirzepatid	Mounjaro® 2.5, 5, 7.5, 10, 12.5, 15 mg	
Liraglutid	Victoza® 0.6, 1.2, 1.8 mg	
Dulaglutid	Trulicity® 0.75, 1.5 mg	
DPP-4 Hemmer		
Linagliptin	Trajenta® 5 mg (keine Anpassung Dosis an Nierenfunktion)	Jentadueto® 2.5/500, 2.5/1000 mg
Sitagliptin	Januvia® 50, 100 mg	Janumet XR® 50/1000 mg oder Generikum
Insuline ultra-lang oder koformuliert		
Degludec	Tresiba®	
Glargin 300	Toujeo®	
Aspart/Degludec	Ryzodeg®	
Insuline ultra-kurz und kurzwirksam		
Aspart	Fiasp®	
Humalog	Lyumjev®	
Aspart	NovoRapid®	
Lispro	Humalog®	
Glulisin	Apidra®	

SGED/SSED Faktoren eines guten Managements

- ☐  **Regelmässige Kontrollen von HbA1c, Lipiden, Blutdruck, eGFR und ACR (Albumin-Kreatinin-Quotient):** mindestens 1–4× /Jahr (Diabetes mellitus, Hypertonie: > 1× /Jahr, eGFR: < 60 ml/min und ACR > 3 mg/mmol: > 1× /Jahr)

- ☐  **Steigerung körperliche Aktivität:** > 150 min/Woche, optimal 300–400 min/Woche oder Schrittzähler, sehr gut > 8 000, gut 5 000–7 999, genügend 3 000–4 999, < 3 000 Schritte pro Tag ungenügend

- ☐  **Gewichtsverlust bei Übergewicht oder Adipositas**

- ☐  **Rauchstopp und regelmässige Beratung bei Rauchern:** mind. 3× /Jahr

- ☐  **Blutdruck:** gut 120–129/70–80 mm Hg, genügend < 140/90 mm Hg, falls > 130/80 mm Hg: Therapie.
Bei Symptomen und/oder Anzeichen einer Herzinsuffizienz sowie bei Diabetes ohne Symptome oder Anzeichen einer Herzinsuffizienz und ≥ 60 Jahre: Messung NT-proBNP/ BNP

- ☐  **Lipide (LDL-C):** je nach Risiko < 1.0 (extremes Risiko), 1.4 (sehr hohes Risiko, 1.8 mmol/l (hohes Risiko): ideal mit Therapie; Diabetes Typ 2: meist Patienten mit sehr hohem und hohem Risiko, aber häufig Ziel nicht erreicht oder keine Therapie, Triglyzeride > 2.0 mM zusätzlicher Risikofaktor

- ☐  **Chronische Nierenerkrankung:** mind. jährlich Kontrolle eGFR und Albuminurie (bei eGFR < 60 ml/min und ACR (Albumin/Kreatinin Quotient) > 3 mg/mmol: 2–4× /Jahr)

- ☐  **Augenuntersuchung:** mind. alle 2 Jahre, optimal 1× /Jahr oder öfter gemäss Empfehlung des Ophthalmologen

- ☐  **Fussuntersuchung:** mind. 1× /Jahr (Monofilament an 5 Stellen pro Fuss, Vibrationssinn am 1. MTP, Puls)

Arterielle Hypertonie: ESC Guidelines 2024

Nicht erhöhter Blutdruck	Erhöhter Blutdruck	Hypertonie	Therapie
Praxis-Blutdruck Systol. Druck < 120 mm Hg und Diastol. Druck < 70 mm Hg	**Praxis-Blutdruck** Systol. Druck 120–139 mm Hg und Diastol. Druck 70–89 mm Hg	**Praxis-Blutdruck** Systol. Druck > 140 mm Hg und Diastol. Druck > 90 mm Hg	Systolisches Blutdruck-Ziel während medikamentöser Behandlung: 120–129 mm Hg
Selbstmessung Systol. Druck < 120 mm Hg und Diastol. Druck < 70 mm Hg	**Selbstmessung** Systol. Druck 120–135 mm Hg und Diastol. Druck 70–85 mm Hg	**Selbstmessung** Systol. Druck > 135 mm Hg und Diastol. Druck > 85 mm Hg	Diabetes, Prädiabetes oder Adipositas: Therapie bei Blutdruck > 130/80 mm Hg
24 Stunden Messung Systol. Druck < 115 mm Hg und Diastol. Druck < 65 mm Hg	**24 Stunden Messung** Systol. Druck 115–129 mm Hg und Diastol. Druck 65–79 mm Hg	**24 Stunden Messung** Systol. Druck > 130 mm Hg und Diastol. Druck ≥ 80 mm Hg	Ausnahme Therapieziel: Orthostase > 20 (systol.)/ >10 mm Hg (diastol) und/ oder Alter > 85 Jahre, Lebenserwartung < 3 Jahre

Werte Blutdruck-Selbstmessung zu Hause und Tageswerte während 24 Stunden Messung sind identisch.

2 verschiedene Arten von Messungen sind optimal für Therapieanpassung.

Therapie: arterielle Hypertonie

Tiefe Dosis Kombinationstherapie: 2 Medikamente
ACE-Hemmer/ARB oder Kalziumantagonisten oder Diuretika
Klasse I Empfehlung

Blutdruck nicht im Zielbereich nach 1-3 Monaten

Tiefe Dosis Tripeltherapie: 3 Medikamente
ACE-Hemmer/ARB oder Kalziumantagonisten oder Diuretika
Klasse I Empfehlung

Blutdruck nicht im Zielbereich nach 1-3 Monaten

Maximal tolerierte Dosis Tripeltherapie: 3 Medikamente
ACE-Hemmer/ARB oder Kalziumantagonisten oder Diuretika
Klasse I Empfehlung

Blutdruck nicht im Zielbereich nach 1-3 Monaten

Resistente Hypertonie
Zuweisung zu Spezialisten und Adhärenzkontrolle
Zugabe Aldosteronantagonist
Klasse IIa Empfehlung

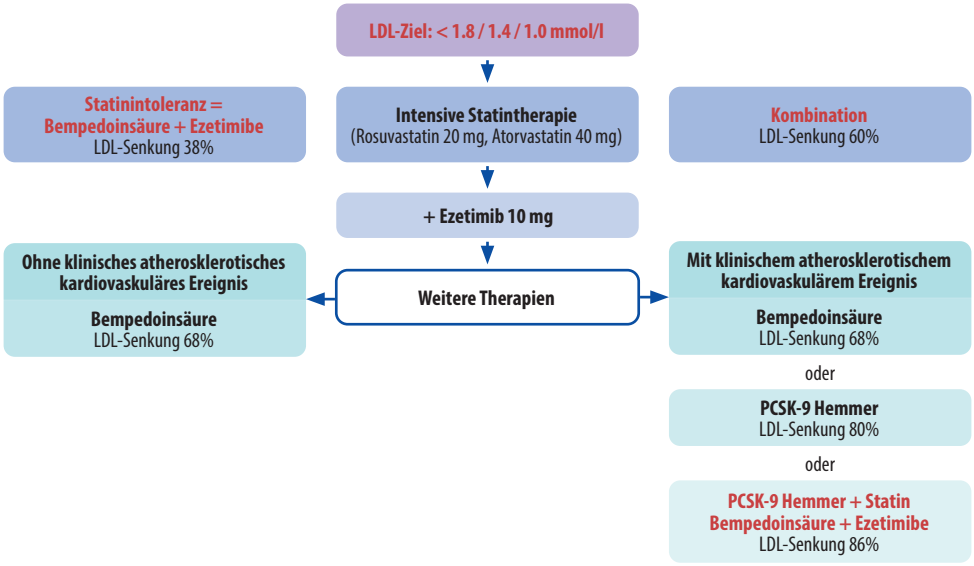
Zugabe β-Blocker, falls
Angina pectoris, nach Myokardinfarkt, HFrEF, Herzfrequenzkontrolle
Klasse I Empfehlung

Lipide: ESC/EAS Guidelines 2025

Risiko/ LDL-C Ziel	Score/Score OP	Kriterien
Tiefes Risiko **LDL-C Ziel: < 3 mmol/l**	< 2%	-
Mittleres Risiko **LDL-C Ziel: < 2.6 mmol/l**	2 - < 10%	Junge Patienten (T1D < 35 J., T2D < 50 J. und Diabetesdauer < 10 J.), ohne zusätzliche RF
Hohes Risiko **LDL-C Ziel: < 1.8 mmol/l**	10 - < 20%,	Familiäre HC ohne RF, mässige CKD (30-59 ml/min), stark erhöhte RF (TC > 8 mM, LDL-C > 4.9 mM, Blutdruck > 180/110 mm Hg), **Diabetes ohne Folgekomplikationen (FK) mit Diabetesdauer ≥ 10 J. oder zusatzliche RF**
Sehr hohes Risiko **LDL-C Ziel: < 1.4 mmol/l**	> 20%	Kardiovaskuläre Erkrankung (sekundäre Prävention), familiäre HC mit kvK und RF, schwere CKD (< 30 ml/min), **Diabetes mit FK und ≥ 3 RF oder T1D mit Diabetesdauer ≥ 20 J.**
Extremes Risiko **LDL-C Ziel: < 1.0 mmol/l**	-	KvK und rezidiv. Ereignis unter max. Statinen, Polyvaskuläre Erkrankung: KHK und PAVK (sekundäre Prävention)

Therapie: Dyslipidämie bei Typ 2 Diabetes

bei hohem, sehr hohem und extremem Risiko inklusive Limitationen Spezialitätenliste



Chronische Nierenkrankheit: KDIGO 2022 und 2024

CKD = eGFR <60 ml/min/1.73 m²
für >3 Monate[1]

und
oder

CKD = Albuminurie.
UACR > 3 mg/mmol
für > 3 Monate[1]

Albuminurie-Kategorien (UACR, mg/mmol)

eGFR (ml/min/1.73 m²)		**A1** Normal < 3	**A2** Mikroalbuminurie 3–30	**A3** Makroalbuminurie > 30
G1	≥ 90			
G2	60–89			
G3a	45–59			
G3b	30–44			
G4	15–29			

- Tiefes Risiko*
- Mittleres Risiko
- Hohes Risiko
- Sehr hohes Risiko

* Wenn keine anderen Marker einer Nierenerkrankung, keine CKD.

Therapie: chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Therapie CKD und Diabetes

Erstlinien-Therapie

SGLT-2 H. (falls eGFR ≥ 20, bis Dialyse oder Tx)

Metformin (falls eGFR ≥ 30)

Zusätzliche risikobasierte Therapie

GLP-1 RA

Nichtsteroidaler MRA (Finerenon) falls Mikroalbuminurie und normales Kalium

Insulin, um HbA1c Ziel zu erreichen

Therapie Hypertonie

RAS-Hemmer max. tolerierte Dosis (falls HT)

Calcium B. ± Diuretikum (Erreichen BD Ziel)

Steroidaler MRA für resistente HT, falls eGFR ≥ 45

Therapie Hyperlipidämie

Statin Bempedoinsäure

Ezetimib, PCSK-9H, Icasopent-Ethyl (↓Lipid und Kv Risiko)

Therapie: Herzinsuffizienz

HFrEF	HFpEF
LVEF < 50%	LVEF ≥ 50%
• **ACE-i/ARB/ARNI** • **Beta-Blocker** • **Mineralokortikoid-RA** • **Dapa-/Empagliflozin** • **Schleifendiuretika** (Flüssigkeitsansammlung) **Klasse I**	• **Dapa-/Empagliflozin** • **Mineralokortikoid-RA** • **Schleifendiuretika** (Flüssigkeitsansammlung) **Klasse I**
• **Digoxin** (LVEF > 45%) **Klasse IIa**	• **Semaglutid/ Tirzepatid** (Adipositas + LVEF > 45%) **Klasse IIa**
• **Vericiguat** (Verquvo®) (LVEF < 45%) **Klasse IIb**	• **ACE-i/ARB/ARNI Klasse IIb**

Kardiovaskulärer Risikoscore
(beeinflussbare Risikofaktoren)

Punktezahl	HbA1c (%) 1–4×/Jahr	Rauchen	Blutdruck (mm Hg) 1–4×/Jahr	LDL-C (mmol/l) 1–2×/Jahr	ACR (mg/mmol) 1–2×/Jahr	eGFR (ml/min) 1–4×/Jahr	BMI	Gewicht (kg) bei BMI > 25	Schritte/Tag	Retinopathie Neuropathie ≥ 1×/Jahr
0	≥ 8.0	> 5 Zig/Tag	≥ 140/90	≥ 1.5 > ZW	> 300	< 15	> 35	Zunahme	< 3 000	Erblindung/proliferative Retinopathie VS + MF: 0
1	7.0–7.9	< 5 Zig/Tag	130–139/ 81–89	0.6–1.5 > ZW	31–300	15–29	31–35	0–4.9	3 000– 4 999	Schwere nicht proliferative Retinopathie VS 1–2/8
2	5.7–6.9	Ex-Raucher	120–129/ 70–80	0.1–0.5 > ZW	3 bis 30	30–59	25–30	5–9.9	5 000– 7 999	Nicht proliferative Retinopathie VS: 3–6/8
3	< 5.7	Nichtraucher	< 120/70	≤ Zielwert	< 3	≥ 60	< 25	≥ 10 oder BMI < 25	≥ 8 000	Keine Retinopathie oder Neuropathie

Sehr gut:	**25-30 Punkte**
Gut:	**19-24 Punkte**
Genügend:	**13-18 Punkte**
Ungenügend:	**< 13 Punkte**

LDL-C Zielwert: < 1.0 mM: extremes Risiko, < 1.4 mM: sehr hohes Risiko, < 1.8 mM: hohes Risiko

Wenn bestimmte Werte nicht gemessen: 0 Punkte
Retinopathie und Neuropathie gleichwertig (Bestimmung ASR, Vibrationssinn (VS) am 1. MTP und Monofilament (MF)

CKD: chronische Nierenkrankheit; **eGFR:** geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **GFR:** glomeruläre Filtrationsrate; **T2D:** Typ 2 Diabetes; **UACR:** Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin.

Referenzen

• Gastaldi G, et al. Swiss Med Wkly. 2023;153:40060 • SGED Kriterien für ein „gutes" Disease Management / Diabetes in der Grundversorgung.https://www.sgedssed.ch/diabetologie/praxis-tools-fuer-die-grundversorgung • McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018 • Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46:4359–4378 • Rossing P, et al. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102:990–999 • Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024 Apr;105(4S):S117-S314 • Køber L, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28:ehag100 • McEvoy JW, et al. PREVENT equations for cardiovascular disease risk prediction in primary care. Eur Heart J. 2024;45:3912–4018 • Bourke E, et al. Prev Med Rep. 2024;46:102866 • Tadisghi I, et al. PLoS Med. 2025;22(11):e1004561 • PREVENT™ Online Calculator. American Heart Association. https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator • SCORE2 Diabetes Risk Calculator. AGLA. https://agla.ch/de/rechner-und-tools/esc-score2-diabetes-rechner.

SGED SSED
Platinum Partners
2026

Abbott
AMGEN
ascendis pharma
AstraZeneca
Lilly
Boehringer Ingelheim
Roche
Rhythm
sanofi
novo nordisk

SGED - SSED | Rütistrasse 3a | CH-5400 Baden | Tel. 056 552 02 60 | office@sgedssed.ch