DIABETES *KONGRESS* 2025

Visionen teilen, neue Perspektiven eröffnen
für Menschen mit Diabetes.

28. – 31.05.25

CityCube Berlin

Vom 28. bis 31. Mai 2025 kamen beim 59. Diabetes-Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Berlin wieder knapp 7.000 Teilnehmende aus Forschung, Praxis und Wissenschaft rund um das Thema Diabetes zusammen. Der Fokus lag auf noch nie dagewesenen Innovationen und rasanten Fortschritten in Technologie, Medikation und Digitalisierung, bei gleichzeitig stattfindendem Wandel in Richtung New Work, Themen der Finanzierung von Gesundheit und Nachwuchssorgen.

Auch Sanofi war wieder mit dabei, neben einem „Marktstand“ in der Industrie- und Ausstellungshalle mit einem Symposium zu neuen Ansätzen beim autoimmunen Beginn des Typ-1-Diabetes (T1D), einem interaktiven Workshop zu Möglichkeiten der Therapie mit Basalanaloginsulinen in besonderen Situationen des Typ-2-Diabetes (T2D) wie Niereninsuffizienz, fragile ältere Patienten u.a.m. und mit interessanten Posterpräsentationen.

Einige der Sanofi-Highlights möchten wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH • Lützowstraße 107 • 10785 Berlin

sanofi

Neue Horizonte in der Typ-1-Diabetesbehandlung: von Früherkennung bis Immunmodulation

Auf dem Symposium am 29.05.2025 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Olga Kordonouri aus Hannover wurde über die neuesten Fortschritte im Management des Typ-1-Diabetes (T1D) berichtet.

Kurz gefasst:

Kontinuierliche Forschung im Bereich T1D hat das ultimative Ziel, die Ergebnisse und Lebensqualität für Menschen mit dieser Erkrankung zu verbessern. Während die Insulintherapie weiterhin der Grundpfeiler des T1D-Managements bleibt, bieten zukünftige Ansätze Hoffnung auf alternative Strategien.

Prof. Dr. Olga Kordonouri selbst stellte die Hintergründe und Vorteile der T1D-Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen vor. Der Verlauf des T1D wird heute in Stadien eingeteilt, vom ersten Anzeichen der Autoimmunität (Stadium 1) bis hin zum Langzeitdiabetes (Stadium 4)[1]. Die Früherkennung durch Autoantikörper-Testung kann T1D bereits in den Stadien 1 und 2 identifizieren, lange bevor Symptome auftreten[2]. Vorteile der Früherkennung sind ein reduziertes Risiko für diabetische Ketoazidose (DKA) bei Diagnosestellung[3], bessere Vorbereitung für Familien[4] und die Möglichkeit zur Teilnahme an klinischen Studien[4]. Prof. Kordonouri betonte die Bedeutung von Früherkennungsprogrammen wie der Fr1da-Studie[5] und des Neugeborenenscreenings Freder1k, welches Säuglinge auf T1D-Risikogene hin untersucht[6].

PD Dr. Martin Füchtenbusch aus München stellte in Vertretung für Prof. Michael Hummel die Herausforderungen bei der Differenzialdiagnose von T1D im Erwachsenenalter dar. Knapp 60 % der T1D-Diagnosen erfolgen nach dem 18. Lebensjahr[7]. Ab dem Alter von 30 Jahren werden über 40 % der Fälle initial als Typ-2-Diabetes fehldiagnostiziert[8].
Bei Verdacht auf T1D wurde die Verwendung von C-Peptid und Autoantikörper-Tests, insbesondere GAD-Antikörper, als wichtiges diagnostisches Werkzeug hervorgehoben.

Dr. Felix Reschke aus Hannover konzentrierte sich in seinem Vortrag vor allem auf die laufende Forschung und zukünftige Entwicklungen in der Behandlung des T1D. Kombinationstherapien, die mehrere Aspekte der Immunantwort ansprechen, werden erforscht und bieten Chancen auf Krankheitsmodifikation. Die Integration von Immunmodulation mit fortschrittlichen Insulinabgabesystemen könnte umfassende Behandlungsstrategien bieten. Die frühe Diagnose von T1D eröffnet potentiell neue Präventionsmöglichkeiten in den Stadien 1 bis 3.

1. Haller MJ *et al. Horm Res Paediatr* 2024; 97:529–545
2. Insel RA *et al. Diabetes Care* 2015; 38: 1964–74
3. Hummel S *et al. Diabetologia* 2023; 66: 1633–42
4. Besser REJ *et al. Archives of Disease in Childhood* 2022;107:790-5
5. https://www.fr1da.de/ (zuletzt abgerufen am 30.05.2025)
6. https://www.helmholtz-munich.de/idf/studien/freder1k-studie (zuletzt abgerufen am 30.05.2025)
7. Stahl-Pehe A, Rosenbauer J. *Diabetologe* 2019;15:206–216
8. Muñoz C *et al. Clin Diabetes* 2019; 37: 276–81

Analoge Basalinsuline in der Praxis: Wann behandeln wir wen?

Prof. Dr. Gerhard Scholz und Prof. Dr. Thomas Ebert präsentierten im Workshop am 30.05.2025 aktuelle Erkenntnisse zur individualisierten Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes.

Kurz gefasst:

Vorstellung neuer Ansätze zur individualisierten Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes, mit Fokus auf Subtypisierung, C-Peptid-Glucose-Ratio als Entscheidungsmarker und Einsatz von Basalanaloginsulinen wie Insulin glargin 300 E/ml bei speziellen Patientengruppen.

Die Referenten stellten neue Ansätze zur Subtypisierung des Typ-2-Diabetes vor, wobei sie die Entwicklung von fünf Clustern[1] und neueren "Softclustern" bzw. Archetypen[2] für eine personalisierte Therapie erläuterten. Als besonders wichtiger Marker für Therapieentscheidungen wurde die C-Peptid-Glukose-Ratio (CGR)[3,4] hervorgehoben, die bei der Identifizierung von Patienten mit Insulinbedarf hilft. Der Workshop widmete sich auch speziellen Patientengruppen: Bei älteren Menschen zeigte Insulin glargin 300 E/ml in der ELDERLY-T-Studie eine gute Wirksamkeit mit geringerem Hypoglykämierisiko[5,6], während bei Niereninsuffizienz Analoginsuline zu besserem klinischem Outcome als Humaninsulin führen, besonders bei Dialysepatienten.[7] Insulin glargin 300 E/ml zeigte in einer Subgruppenanalyse der BRIGHT-Studie bei insulinnaiven Patient*innen eine stärkere HbA_{1c}-Senkung vs. Insulin degludec 100 E/ml ohne vermehrte Hypoglykämien.[8] Für Schwangere gibt es zwar begrenzte, aber positive Evidenz für die Sicherheit von Analoginsulinen wie Insulin glargin 300 E/ml.[9]

Praktische Therapieempfehlungen umfassten eine Basalinsulin-Startdosis von 0,1-0,2 E/kg Körpergewicht, eine strukturierte Titration nach Nüchternblutzuckerwerten und die Notwendigkeit vorsichtiger Dosisanpassungen bei schnellem Blutzuckerabfall, um nächtliche Hypoglykämien zu vermeiden. Anhand von Fallbeispielen wurde die praktische Umsetzung der basalunterstützten oralen Therapie (BOT) demonstriert, wobei die Bedeutung individueller Therapieanpassungen und regelmäßiger Blutzuckerkontrollen betont wurde.

Das Fazit des Workshops: Analoge Basalinsuline, insbesondere Insulin glargin, haben sich seit über 20 Jahren bewährt und gehören zu den "Essential Medicines", da sie eine sichere und effektive Therapie mit geringem Hypoglykämierisiko ermöglichen und gut mit anderen Antidiabetika kombinierbar sind.

1. Ahlqvist E *et al. Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6: 361–9
2. Weselowska-Andersen A *et al. Cell Rep Med* 2022; 3: 100477
3. Fritsche A *et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2022; 130: 200–4
4. Fritsche A *et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2023; 131: 500–3
5. Rudofsky G *et al. Diabetes Technol Ther* 2025; 27 (S2): e271–2, EPV306 / #742
6. Rudofsky G *et al. Diabetes Technol Ther* 2025; 27 (S2): e272, EPV307 / #1316
7. Ebert T *et al. Am J Kidney Dis* 2024; 83: 18–27
8. Haluzík M *et al. Diabetes Obes Metab* 2020; 22: 1369–77
9. Westerbacka J *et al. Diabetes Obes Metab* 2025; 27: 2322–5

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH • Lützowstraße 107 • 10785 Berlin

Ausgewählte Posterpräsentationen

P04.01 Risiko der Entwicklung von Typ-1-Diabetes bei Personen mit anderen Autoimmunerkrankungen[1]

Kurz gefasst:

Das Testen auf Typ-1-Diabetes-Autoantikörper bei Menschen mit Zöliakie und/oder Schilddrüsenerkrankungen könnte helfen, Personen mit erhöhtem Typ-1-Diabetes-Risiko frühzeitig zu identifizieren. Diese Ergebnisse stärken die Bedeutung einer T1D-Früherkennung bei Menschen mit Autoimmunerkrankungen.

Diese retrospektive Beobachtungsstudie nutzte Daten aus der Optum Clinformatics US Health Claims Datenbank, die Informationen von Menschen aus allen 50 US-Bundesstaaten enthält. Die Studie verglich das Risiko für die Entwicklung eines Typ-1-Diabetes bei Menschen mit Zöliakie, Hyperthyreose (einschließlich Morbus Basedow) und Hypothyreose (einschließlich Hashimoto-Thyreoiditis) mit Menschen ohne Autoimmunerkrankungen. Mittels Propensity-Score-Matching wurden die Teilnehmer aus den Autoimmun-Kohorten und den Kontroll-Kohorten 1:1 auf Basis demografischer und klinischer Baseline-Merkmale abgeglichen. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug für alle Gruppen etwa 2 Jahre.

Die Studienergebnisse zeigen, dass Menschen mit den untersuchten Autoimmunerkrankungen im Vergleich zu Menschen ohne Autoimmunerkrankungen ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Typ-1-Diabetes aufwiesen. Dabei war die Zeit bis zur Entwicklung des Typ-1-Diabetes bei Menschen mit Autoimmunerkrankungen kürzer als bei Menschen ohne diese Erkrankungen. Besonders auffällig war, dass der Anteil der Menschen, die einen Typ-1-Diabetes entwickelten, am höchsten bei denjenigen war, die eine Autoimmunerkrankung hatten und unter 18 Jahre alt waren. Das Risiko für die Entwicklung eines Typ-1-Diabetes war in beiden Alters-Subgruppen (< 18 Jahre und ≥ 18 Jahre) bei allen Autoimmunerkrankungen signifikant höher als in den jeweiligen Kontrollgruppen.

1. Edelman SV *et al. Diabetologie und Stoffwechsel* 2025; 20 (S 01): P04.01, S37–S47

P04.03 Langzeit-Wirkung von C-Peptid auf klinische Ergebnisse in der schottischen Type-1-Bioresource-Kohorte[2]

Kurz gefasst:

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Bemühungen zum Erhalt der Betazellfunktion im Frühstadium der Erkrankung das langfristige Risiko für schwere akute und chronische Komplikationen von Typ-1-Diabetes erheblich beeinflussen könnten.

Die vorliegende longitudinale Beobachtungsstudie des Scottish Diabetes Research Network Type 1 Bioresource untersuchte den Zusammenhang zwischen C-Peptid-Spiegeln und diabetischen Komplikationen. Die Studie erfasste dabei sowohl glykämische Ergebnisse (HbA_{1c}, diabetische Ketoazidose, schwere Hypoglykämien) als auch chronische Komplikationen wie Retinopathie, Nierenerkrankung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eingeschlossen wurden Patienten mit T1D-Diagnose ab 16 Jahren, die innerhalb eines Jahres nach Diagnose mit Insulin behandelt wurden und bei denen eine C-Peptid-Messung bei Studienaufnahme vorlag. Die Nachbeobachtungszeit betrug im Median etwa 11 Jahre.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein höheres Baseline-C-Peptid mit einer geringeren Inzidenz von diabetischer Ketoazidose, schweren Hypoglykämien sowie Retinopathie oder Makulopathie assoziiert war. Interessanterweise führten bereits niedrige C-Peptid-Spiegel (5 bis 30 pmol/l) zu signifikanten Unterschieden bei diesen Komplikationen. Zudem war ein höheres Baseline-C-Peptid mit einem niedrigeren HbA_{1c}-Wert verbunden, was auf ein besseres Blutzuckermanagement hindeutet. Es fand sich jedoch keine Assoziation mit makrovaskulären Ereignissen. Bemerkenswert ist auch, dass das aktuelle C-Peptid zu einem bestimmten Zeitpunkt während des Follow-ups signifikant invers mit nachfolgenden Ereignissen assoziiert war. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung des C-Peptid-Spiegels und seiner Aufrechterhaltung für die glykämische Kontrolle bei Typ-1-Diabetes.

2. Mellor JH *et al. Diabetologie und Stoffwechsel* 2025; 20 (S 01): P04.03, S38–S39

P04.10 Wirksamkeit und Sicherheit von Insulin glargin 300 E/ml bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes: Eine Beobachtungsstudie (ELDERLY-T)[3]

Kurz gefasst:

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Einleitung oder Umstellung auf eine Gla-300-Therapie eine wirksame und sichere therapeutische Option für ältere Erwachsene ab 75 Jahren mit Typ-2-Diabetes darstellt, um glykämische Ziele zu erreichen.

Die ELDERLY-T-Studie (NCT05607160) war eine prospektive, nicht-interventionelle, multizentrische Beobachtungsstudie, die von Oktober 2022 bis Dezember 2023 in Deutschland und der Schweiz durchgeführt wurde. Sie untersuchte die Wirksamkeit und Sicherheit von Insulin glargin 300 E/ml (Gla-300) bei Menschen ab 75 Jahren mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes. Der primäre Endpunkt war der Anteil der Teilnehmer, die innerhalb von 6 Monaten ihr individuelles HbA_{1c}-Ziel erreichten. Sekundäre Endpunkte umfassten die Erreichung des Nüchternblutzuckerziels und Sicherheitsaspekte.

Die individuellen HbA_{1c}-Zielwerte wurden von 28,6 % derTeilnehmer, die neu mit Basalinsulin begannen (BI-Neu-Gruppe), sowie von 34,4 % derjenigen, die von einem anderen Basalinsulin auf Gla-300 wechselten (BI-Wechsel-Gruppe), innerhalb von 6 Monaten erreicht. Die mittleren HbA_{1c}-Werte sanken in beiden Gruppen signifikant, mit einer Reduzierung von –1,4 % in der BI-Neu-Gruppe und –1,2 % in der BI-Wechsel-Gruppe ($p < 0,001$). Dies deutet auf eine konsistente Verbesserung der Blutzuckerkontrolle hin, auch ohne vordefinierte Titrationsalgorithmen. Bemerkenswert ist, dass während der gesamten Studiendauer keine schweren Hypoglykämien gemeldet wurden.

3. Rudofsky G *et al. Diabetologie und Stoffwechsel* 2025; 20 (S 01): P04.10, S42

P04.11 Patientenberichtete Behandlungsergebnisse (PRO) bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes unter einer Therapie mit Insulin glargin 300 E/ml (ELDERLY-T-Studie)[4]

Kurz gefasst:

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Behandlung mit Insulin glargin 300 E/ml nicht nur einen positiven Einfluss auf den Blutzuckerspiegel hat, sondern auch die Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes verbessert.

In der ELDERLY-T-Studie wurden nicht nur Glykämie-Parameter untersucht, sondern auch patientenberichtete Behandlungsergebnisse – bei Menschen ab 75 Jahren mit Typ-2-Diabetes unter Therapie mit Insulin glargin 300 E/ml. Die Behandlungszufriedenheit wurde mittels des DTSQs-Fragebogens erfasst, die Lebensqualität durch den ELDERLY-Fragebogen und die geriatrische Depression anhand des GDS-4-Fragebogens.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Verbesserung der Behandlungszufriedenheit in beiden Studiengruppen: Bei Insulin-naiven Patienten stieg der DTSQs-Score von 22,6 auf 30,5 Punkte und bei Patienten, die von einem anderen Basalinsulin wechselten, von 22,8 auf 30,5 Punkte (beide $p = 0{,}0001$). Auch die diabetesbezogene Lebensqualität verbesserte sich deutlich, mit einem Anstieg des ELDERLY-Scores von 27,4 auf 31,6 Punkte in der Insulin-naiven Gruppe und von 25,6 auf 29,7 Punkte in der Wechselgruppe (beide $p < 0{,}001$). Die geriatrische Depressionsskala zeigte ebenfalls Verbesserungen, wobei die Reduktion in der Wechselgruppe statistisch signifikant war ($p = 0{,}025$). Diese Ergebnisse aus der realen Versorgung bei Menschen ab 75 Jahren deuten auf eine verbesserte Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität bei geringerer Depressivität hin.

4. Rudofsky G *et al. Diabetologie und Stoffwechsel* 2025; 20 (S 01): P04.11, S42–S43

Toujeo® 300 Einheiten/ml SoloStar®, Injektionslösung in einem Fertigpen
Toujeo® 300 Einheiten/ml DoubleStar®, Injektionslösung in einem Fertigpen
Wirkstoff: Insulin glargin. **Zusammens.:** 300 Einheiten Insulin glargin/ml (entsprechend 10,91 mg**) SoloStar-Pen:** Ein Pen enthält 1,5 ml Injektionslösung, entsprechend 450 Einheiten. **DoubleStar-Pen:** Ein Pen enthält 3 ml Injektionslösung, entsprechend 900 Einheiten. Sonst. Bestandt.: Zinkchlorid, Metacresol (Ph.Eur.), Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.-Geb.:** Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 6 Jahren. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen d. Wirkstoff/sonstige Bestandt. Warnhinw. u. Vorsichtsm.: Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur in diesem Pen anwenden, sonst kann schwere Überdosierung auftreten. Nur klare und farblose Lösungen verwenden. Nebenwirk.: Immunsyst.: Selten allerg. Reaktionen. Stoffwechsel/Ernährungsstör.: Sehr häufig Hypoglykämie. Nervensyst.: Sehr selten Geschmacksstör. Augen: Selten Sehstörungen, Retinopathie. Haut/Unterhautzellgeweb.: Häufig Lipohypertrophie, gelegentl. Lipoatrophie, nicht bekannt kutane Amyloidose. Skelettmusk./Bindegew./Knochen: Sehr selten Myalgie. Allg./Verabr.ort: Häufig Reakt. a. d. Einstichstelle, selten Ödeme. **Verschreibungspflichtig.**
Zulassungsinhaber: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, D 65926 Frankfurt am Main, Deutschland
Stand: November 2023

MAT-DE-2502220-1.0-06/2025