Stiftung
Diabetes | Herz | Gefäße
in der Deutschen Diabetes Stiftung

# Cardiovascular-Kidney-Metabolic-Syndrome: alter Wein in neuen Schläuchen

D. Tschöpe

Die Stiftung Diabetes | Herz | Gefäße (DHG), ehemals „Der herzkranke Diabetiker", wurde 1999 mit der Kernbotschaft gegründet, dass der Diabetes mellitus genauso viel Gefäß- wie Stoffwechselerkrankung ist. Mit dieser Kernaussage hat die Stiftung initial Forschung an der Schnittstelle zwischen Kardiologie und Diabetologie/Endokrinologie angestoßen, Versorgungsmodelle geprägt, die Notwendigkeit interdisziplinärer Betreuungsstrukturen stets betont und insbesondere Patientinnen und Patienten konsequent auf die genannte Botschaft „Diabetes ist Stoffwechsel- und Gefäßerkrankung zugleich" hingewiesen.

## Leitlinie mit bestenfalls moderatem Innovationswert

Aktuell haben die großen amerikanischen Fachgesellschaften der Herz-Kreislauf-Medizin eine gemeinsame Verbundleitlinie zum kardiovaskulären, renalen, metabolischen (Cardiovascular-Kidney-Metabolic, CKM)-Syndrom herausgegeben (AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome), deren wesentliche Erweiterung über metabolische Risikofaktoren hinaus in einer Stadieneinteilung unter Einbezug der organischen Betroffenheit, insbesondere des Herzens und der Nieren besteht [Ndumele 2026]. Ausgehend von diesem pathophysiologischen Grundverständnis versucht die Leitlinie konkrete Handlungsempfehlungen über den gesamten Erkrankungszyklus betroffener Patienten zu geben, wobei vor allem die Einbindung prospektiver Risikoalgorithmen

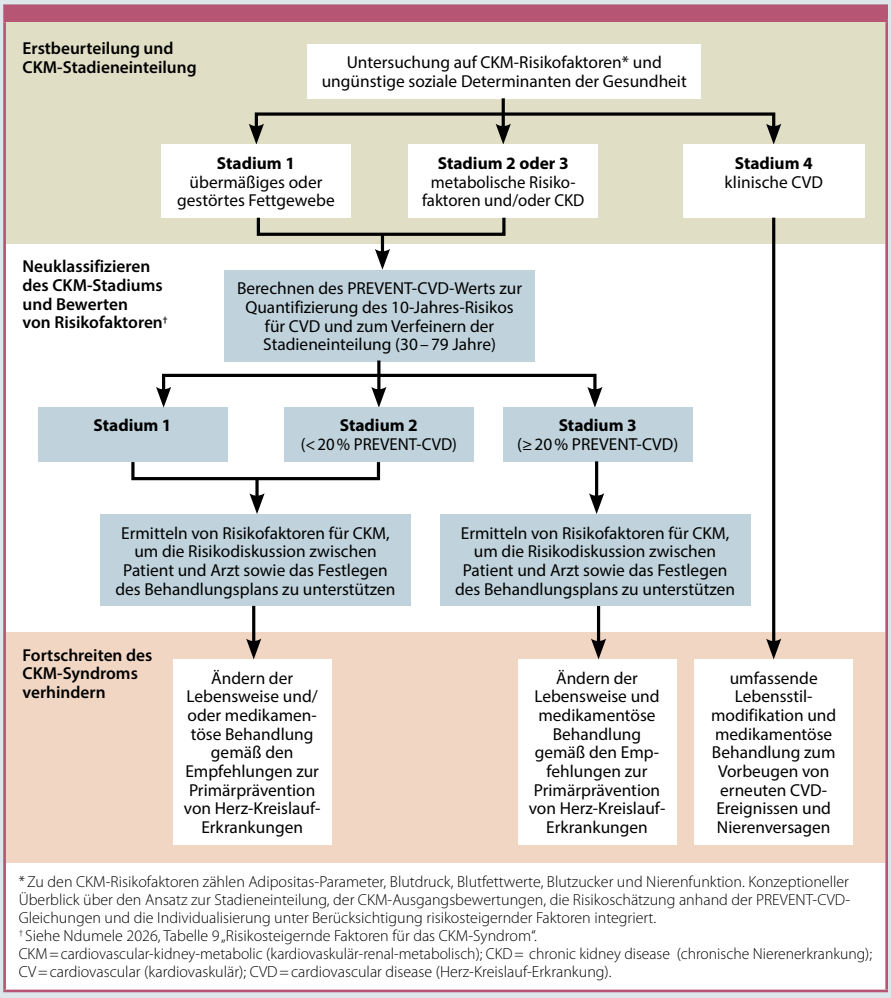



**Abb. 1: Konzeptioneller Ansatz zur Risikobewertung und -verfeinerung beim CKM-Syndrom [mod. nach Ndumele 2026]. Der systematische Ansatz zur Risikobewertung bei Patienten mit CKM-Syndrom beginnt mit der Erfassung von CKM-Risikofaktoren und der Einstufung des CKM-Syndroms. Die anschließende PREVENT-Berechnung (Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTs) hilft bei der Quantifizierung des CVD-Risikos und kann zudem dazu beitragen, bei Patienten mit metabolischen Risikofaktoren oder CKD zwischen Stadium 2 (10-Jahres-Score < 20 %) und Stadium 3 (10-Jahres-Score ≥ 20 %) zu unterscheiden. Das Vorliegen einer subklinischen CVD oder einer CKD mit sehr hohem Risiko identifiziert zudem die Personen, die sich im CKM-Stadium 3 befinden. PREVENT ist nicht indiziert für Patienten im CKM-Stadium 4 mit bestehender CVD. Bei Patienten im CKM-Stadium 1 bis 3 können risikosteigernde Faktoren, die das Fortschreiten des CKM-Stadiums beeinflussen, als zusätzliche Grundlage für die Risikogespräche zwischen Patienten und Ärzten über Nutzen und Risiken präventiver Therapien dienen.**

sowie die Einbettung von Diagnostik und Therapie in den Prozess der Basisversorgung bemerkenswert erscheint. Das Papier versteht sich als Fortschreibung bzw. als Ergänzung der 2023 von der europäischen Kardiologen-Gesellschaft (European Society of Cardiology, ESC) veröffentlichten Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes (ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology [Marx 2023]) und kommt aufgrund einer verbesserten Evidenzlage auch zu pointierten Aussagen beim Einsatz pharmakologischer Substanzen.

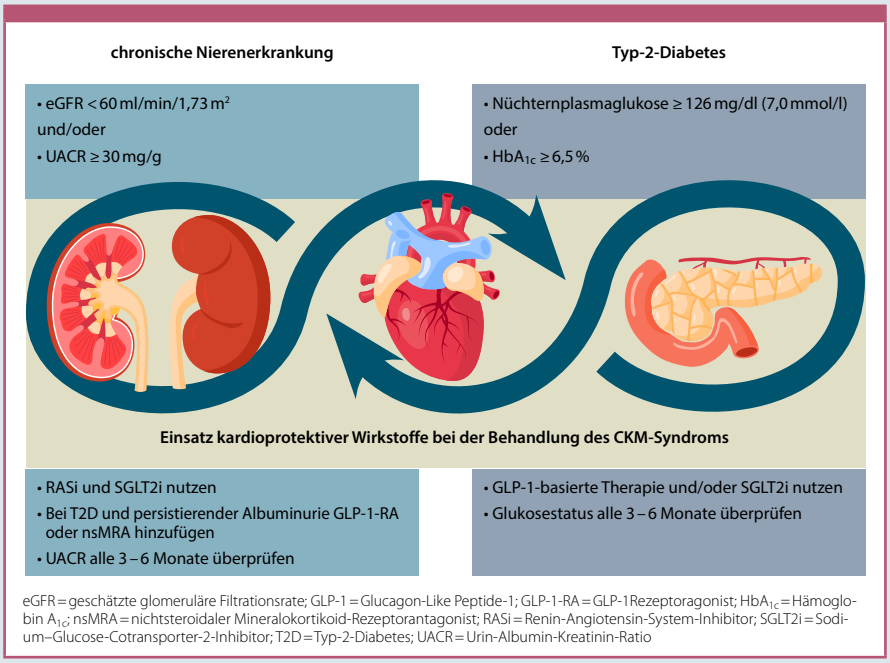
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es mehr als ein Vierteljahrhundert gedauert hat, die 1999 mit Gründung der Stiftung klinischen und pathophysiologischen Gegebenheiten in eine methodisch strukturierte Leitlinie zu fassen, die Nutzen für in der Betreuung von Menschen mit Diabetes tätige Ärzte hat. Über den edukativen Charakter der begrüßenswerten Anstrengungen muss der Innovationswert der darin enthaltenen Informationen als bestenfalls moderat eingeschätzt werden. Die Neuigkeit besteht offenkundig in der Betonung veränderter Betreuungssystematiken mit interdisziplinärem Anspruch, um im Ergebnis die Krankheitslast durch CKM-verursachte Leiden erfolgreich zu reduzieren.

## Konditionale Effektstärke bei Mehrfachbetroffenheit kaum berücksichtigt

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der ursprüngliche Begriff des metabolischen Syndroms vor fast 40 Jahren von M. Gerald Reaven unter dem Namen „Syndrom X“ eingeführt wurde. Ursprünglich handelt es sich um die Beschreibung des engen Zusammenhangs zwischen Insulinresistenz, Übergewicht, Glukosetoleranzstörung und Hypertonie. Mit dieser syndromalen Beschreibung wurde sehr bald die epidemiologische Verbindung zwischen metabolischer Dysfunktion und organischen Endpunkten, insbesondere im Herz-Kreislauf-System, festgestellt. Die zunächst strittige Einstufung des metabolischen Syndroms als eigenständige Erkrankung wurde unter dem Eindruck epidemiologischer Zahlen durch den Begriff des kardiometabolischen Syndroms ersetzt und in der Breite akzeptiert. Die Landesärztekammer Sachsen entwickelte bereits im Jahr 2007 eine Praxisleitlinie zum metabolisch-vaskulären Syndrom als Grundlage einer umfassenden Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten hinsichtlich Stoffwechsel und vaskulären Organschäden [Sächsische Landesärztekammer 2007]. Die jetzt vorgelegten Leitlinien rücken klinisch Herz und Nieren in den Mittelpunkt, berücksichtigen aber zu wenig die konditionale Effektstärke bei Mehrfachbetroffenheit der Erkrankten. Wer herzkranke Diabetespatienten mit Nierenfunktionsstörungen und peripherer arterieller Verschlusskrankheit (einschließlich des diabetischen Fußsyndroms) behandelt hat, musste oft genug erleben, dass der eigentliche Endpunkt der tödliche Schlaganfall war.

## Herausforderung: minimale Morbidität über Lebensspanne

Die klinische Dynamik der Betroffenheit bei Erkrankten hat sich in den zurückliegenden 25 Jahren verändert. Mit wachsender Erkenntnis der Zusammenhänge und punktueller Optimierung in der fachübergreifenden Betreuung hat sich die kardiometabolische Gesundheit verbessert; in einigen Studien ist die kardiovaskuläre Mortalität sogar nachweislich gesunken. Menschen mit Diabetes (über-)leben heute länger, der Anteil der Komorbiditäten steigt. Dies eröffnet ein weiteres Themenfeld, auf das die Stiftung DHG (Diabetes | Herz | Gefäße) seit geraumer Zeit aufmerksam macht. Erfolgreiche Prävention im Bereich der Kardiometabolik führt zwar zu positiven Effekten bei der Lebenserwartung von Patienten, erhöht allerdings deutlich die Gefahr neurokognitiver Defizite, vor allem der Demenz, in zivilisatorischen Gesellschaften. So wird es also künftig darum gehen müssen, nicht nur Herz und Nieren, sondern eben auch die Hirngesundheit durch Einbezug der metabolischen Medizin zunehmend in den Mittelpunkt zu stellen.




eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; GLP-1 = Glucagon-Like Peptide-1; GLP-1-RA = GLP-1Rezeptoragonist; $HbA_{1c}$ = Hämoglobin $A_{1c}$; nsMRA = nichtsteroidaler Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist; RASi = Renin-Angiotensin-System-Inhibitor; SGLT2i = Sodium–Glucose-Cotransporter-2-Inhibitor; T2D = Typ-2-Diabetes; UACR = Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio

marina_ua - stock.adobe.com

**Abb. 2: Kardioprotektion bei CKM-Sydrom [mod. nach Panjrath 2026].**

### DIE STIFTUNG DHG (DIABETES I HERZ I GEFÄSSE)

wurde 1999 mit dem Auftrag gegründet, zum Krankheitsverständnis beizutragen, Menschen über das Herz- und Gefäßrisiko aufzuklären und den Dialog zwischen behandelnden Ärzten über Fachgrenzen hinaus zu fördern. Fünf Endokrinologen/Diabetologen, sechs Kardiologen und vier Neurologen gehören zum Team. Die Expertinnen und Experten der gemeinnützigen Stiftung engagieren sich ehrenamtlich und halten an den Prinzipien Wissenschaftlichkeit, Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit fest. Ziel der Stiftung ist es auch, Forschung voranzubringen und die Versorgung zu verbessern.

Nur so wird das von Geriatern zu Recht eingeforderte Modell der minimalen Morbidität über eine Gesamtlebensspanne zugunsten der Patienten klinisch interpretiert werden können. Hier liegt die eigentliche Aufgabe der innovativen Weiterentwicklung der vorgestellten Zusammenhänge. Herzkranke Diabetespatienten müssen als Hochrisikopopulation für demenzielle Erkrankungen erkannt und primär in entsprechenden Interventionsansätzen berücksichtigt werden. Die Stiftung DHG (Diabetes | Herz | Gefäße) wird diesen Prozess wie bisher mit der gebotenen Interdisziplinarität, aber vor allem auch mit neurologischer Fachexpertise begleiten.

**Literatur**


1. Magliano DJ, Morton JI, Chen L, Sacre JW, Salim A, Gong JY, Carstensen B, Gregg EW, Arffman M, Booth GL, Ter Braake JG, Chu LM, Eeg-Olofsson K, Eliasson B, Fleetwood K, Fosse-Edorh S, Garbuviene M, Guion M, Ha KH, Kaul P, Ke C, Keskimäki I, Kim DJ, Laurberg T, Støvring H, Vos RC, Wild SH, Shaw JE. Trends in cause-specific mortality among people with and without diabetes in high-income settings: a multinational, population-based study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2026 May;14(5):380-389. doi: 10.1016/S2213-8587(25)00398-5
2. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, Christodorescu RM, Crawford C, Di Angelantonio E, Eliasson B, Espinola-Klein C, Fauchier L, Halle M, Herrington WG, Kautzky-Willer A, Lambrinou E, Lesiak M, Lettino M, McGuire DK, Mullens W, Rocca B, Sattar N; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140. doi: 10.1093/eurheartj/ehad192 (letzter Zugriff 13.09.2026)
3. Ndumele CE, Rodriguez F, Dixon DL, Khan SS, Mukherjee D, Bajaj M, Bangalore S, Bozkurt B, Breathett K, Clarke SL, de Boer IH, Ellison DH, Evangelista LS, Heffron SP, Kazi DS, Kulshreshtha A, Lingvay I, Low Wang CC, Mercado CA, Morton JM, Neeland IJ, Pagidipati N, Powell-Wiley TM, Rangaswami J, Rao G, Reza N, Saeed A, St Peter W, Starks JB, Sterling M, Talbot AW, Tran AH, Tuttle KR, VanWagner LB, Vest AR, Virani SS. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2026 Jun 9;87(22S):e1889-e2007. doi: 10.1016/j.jacc.2026.03.056
4. Panjrath GS, Cibotti-Sun M, Moore MM, Nazir NT, Oliver-McNeil SM, Pinney S, Rodriguez F, Ndumele CE. 2026 ACC Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome Guideline-at-a-Glance. J Am Coll Cardiol. 2026 Aug 4;88(5):583-588. doi: 10.1016/j.jacc.2026.05.008
5. Sächsische Landesärztekammer. Fachkommission Diabetes Sachsen. Practical Guideline Metabolic Vascular Syndrome 1st edition: 2007; 2nd edition: 2013
6. Schulze J, Rothe U. Leitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom - Ein gutes Beispiel für eine evidenzbasierte, praxisorientierte, interkollegiale Zusammenarbeit. Diabetes aktuell 2008; 6(1):30-32. doi: 10.1055/s-2008-1064939




Stefanie Sudek-Mensch/Stiftung DHG


**Korrespondenzadresse**
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe
Vorsitzender der Stiftung DHG
c/o Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ)
Auf'm Hennekamp 65
40225 Düsseldorf
E-Mail: diethelm.tschoepe@stiftung-dhg.de



