

Mehr erreichen bei Typ-2-Diabetes in der hausärztlichen Praxis



Bei der leitliniengerechten Therapie des Typ-2-Diabetes spielt die Verbesserung von kardiometabolischen und renalen Risikofaktoren eine entscheidende Rolle. Wir sprachen mit Dr. Petra Sandow, Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Berlin, über ihre Therapiestrategie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Adipositas schätzt sie als Hauptrisikofaktor ein und sie berichtet von ihren praktischen Erfahrungen mit Mounjaro^{®1,*a} (Tirzepatid).

Was sind für Sie wichtige Zielparameter bei der Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes?

Der Blick auf die Behandlung des Typ-2-Diabetes ist heute anders als noch vor ein paar Jahren: Es geht heute nicht mehr allein um die Zielwerterreichung beim Blutzucker. Die meisten Patientinnen und Patienten haben ein kardiovaskuläres und/oder renales Risiko und sind übergewichtig. Daher sollten wir vor der Therapieentscheidung auch auf diese Risikofaktoren schauen. Wir benötigen moderne Therapien, um diese nachhaltig beeinflussen zu können.

Eine Monotherapie mit Metformin reicht in den allermeisten Fällen von Typ-2-Diabetes nicht. Ist das Gewicht im Normbereich, wähle ich direkt zu Beginn der Therapie als zweite Substanz einen SGLT-2-Hemmer. Sind die Betroffenen stark übergewichtig oder sogar adipös, kommt Metformin

zusammen mit einer injektiblen Inkretintherapie zum Einsatz und je nach Risikoprofil ergänzend noch ein SGLT-2-Inhibitor. Wenn wir neben den kardiovaskulären und renalen Risikofaktoren zusätzlich das Gewicht beeinflussen können, verbessern wir die gesamte Stoffwechsellage und die Lebensqualität der Menschen.



Dr. Petra Sandow ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Nach klinischer Tätigkeit in der Gynäkologie und Inneren Medizin ist sie seit mehr als 30 Jahren als Hausärztin in einer eigenen Praxis in Berlin-Charlottenburg niedergelassen.

Warum ist das Gewicht ein so wichtiger Parameter?

Die Adipositas ist der Hauptrisikofaktor für viele Komorbiditäten wie kardiovaskuläre und renale Erkrankungen – unabhängig vom Diabetes. Darüber hinaus verschlechtert die Adipositas auch die Blutzuckereinstellung. Es ist ein Teufelskreis: Je mehr Adipozyten, desto höher der Blutzucker, desto mehr Inflammation, desto mehr Folgeerkrankungen. Es wäre daher wunderbar, wenn wir alle unsere Patientinnen und Patienten in den normalgewichtigen Bereich überführen könnten. Dann ließen sich neben dem Blutzucker viele kardiometabolische Risikofaktoren wie Lipide oder Blutdruck verbessern.

Wie wird die von Ihnen geschilderte Therapiestrategie nach Ihrer Erfahrung bislang in der hausärztlichen Versorgung umgesetzt?

Ich erlebe, dass in unserem Gesundheitssystem in der Diabetesversorgung sehr auf das Geld geschaut wird. Und ich weiß, dass gerade in der hausärztlichen Praxis gerne die alten, häufig generischen Präparate zum Einsatz kommen, um das Budget nicht zu belasten. Aber: Auch wir Hausärztinnen und Hausärzte müssen den Facharztstandard halten. Wir sollten schauen, was die Leitlinien sagen und was heute wissenschaftlicher Konsens bei der Diabetesbehandlung ist. Bei allem Kostenbewusstsein sind wir verpflichtet, den medizinischen Standard einzuhalten, um die bestmöglichen Ergebnisse für unsere Patientinnen und Patienten zu erreichen. Dazu gehört es auch, die Betroffenen früh, von Beginn an therapeutisch gut einzustellen. Denn bevor ein Mensch mit Typ-2-Diabetes zu uns in die Praxis kommt und im Labor auffällig wird, wurde der Körper schon einige Jahre vermehrt belastet. Wir können viel für die Betroffenen tun und das müssen wir auch.

Wenn wir auf moderne Medikamente, wie z. B. Mounjaro®, schauen: Was können Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen raten, die bislang mit der Verordnung zurückhaltend waren?

Ich hoffe, dass wir die weit verbreitete diffuse Angst vor Prüfungen und Regressen irgendwann aus den Köpfen bekommen. Es gibt heute in der Regel nur Regresse, wenn ich Medikamente verordnet habe, die für die Behandlung nicht indiziert sind. Ich kann verordnen, was ich medizinisch für richtig und angezeigt halte, wenn ich begründen kann, warum ich das tue. Für Mounjaro® haben wir Daten, die untermauern, dass sich bei Menschen mit Diabetes die Zielparameter verbessern und dass sie davon profitieren, wenn sie ihr Gewicht reduzieren. Die Stoffwechsel-Situation verbessert sich, inkl. kardiovaskulärer Risikofaktoren. Und es gibt den Patientinnen und Patienten einen unglaublichen Motivationsschub, wenn sie merken, wie ihnen die Therapie hilft, Gewicht zu verlieren.

Was ist in punkto Wirtschaftlichkeit bei einer Therapie mit Mounjaro® zu beachten?

Es ist wichtig, begründen zu können, warum ich mich für die Therapie entschieden habe. Dafür gibt es für Mounjaro® in den Leitlinien und durch Studiendaten gute Argumente. In der Praxissoftware lässt sich das leicht dokumentieren: Ich muss nur den bisher unzureichend eingestellten Diabetes und dazu möglichst vorhandene Begleiterkrankungen wie beispielsweise die Adipositas verschlüsseln und meine dementsprechenden Therapieziele dokumentiert haben.

Bei welchen Patientinnen und Patienten entscheiden Sie sich für eine Behandlung mit Mounjaro®?

Das sind zuallererst Menschen mit unzureichend eingestelltem Diabetes mellitus Typ 2 und Übergewicht bzw. Adipositas. Hier gebe ich Mounjaro® als zweite Medikation zum Metformin, direkt zu Beginn der Therapie. In dem Moment, wenn er oder sie kardiovaskuläre oder renale Erkrankungen hat, kommt ergänzend ein SGLT-2-Hemmer zu Einsatz. Mit Mounjaro® erzielen wir noch Vorteile über den Tellerrand hinaus: Die Leberwerte lassen sich verbessern und es gibt positive Effekte auf die Schlafapnoe, was ich faszinierend finde.

Und wie beurteilen Sie die Verträglichkeit von Mounjaro®?

Wir erzielen mit dem GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten, der zwei Inkretine vereint, eine bessere Wirkung in puncto HbA_{1c}-Wert und Körpergewicht als mit einem reinen GLP-1-Rezeptor-Agonisten ohne Zunahme der Nebenwirkungen.¹ Ich habe sogar den Eindruck, dass die Übelkeit zu Beginn der Therapie mit Mounjaro® geringer ist. Grundsätzlich sehe ich die möglicherweise auftretende Übelkeit nicht als großes Problem. Ich habe niemanden erlebt, der die Therapie gestartet und wieder beendet hat, um das mal so auf den Punkt zu bringen.

Wie nehmen Sie die Menschen beim Einstieg in die Therapie mit?

Wichtig ist, in der niedrigsten Dosis von 2,5 mg für 4 Wochen zu starten. Nach vier Wochen bestelle ich die Patientin oder den Patienten zum Kontrolltermin ein und frage: Wie geht es Ihnen damit? Geht es gut, dann steigern wir die Dosis. Andernfalls lässt sich die Einstiegsdosis auch verlängern. Nach meinen Erfahrungen verschwindet die Übelkeit bei den wenigen davon betroffenen Menschen nach einigen wenigen Injektionen bei einem überwiegenden Großteil wieder. Wenn ich außerdem erkläre, dass eine auftretende Übelkeit auch ein Anzeichen für die Wirkung der Therapie ist, dann bleiben die Patientinnen und Patienten auch dran. Unsere Aufgabe ist es, dies positiv im Patientengespräch zu kommunizieren. Das geht sogar so weit, dass Patientinnen und Patienten, die keine Übelkeit bekommen – die gibt es auch gar nicht so selten – kommen und sagen: „Ich glaube, bei mir wirkt das nicht. Mir ist nicht schlecht geworden.“ Also, es liegt an unserer Kommunikation, mit welcher Haltung die Menschen die Therapie annehmen. Wer mir dann sagt, für diese Gespräche würde die Zeit im Praxisalltag fehlen, dem kann ich nur entgegenen: Macht es am Anfang einmal ausführlich, dann läuft die Therapie umso reibungsloser und dies spart am Ende Zeit.

Welche Erfahrungen haben Sie rund um die Therapie mit Mounjaro® gemacht und welche Rückmeldungen geben Ihnen Patientinnen und Patienten?

Menschen mit Diabetes schauen nach zwei Dingen: Zum einen auf den HbA_{1c}-Wert – das haben sie jahrelang gelernt. Wenn man nach einem Vierteljahr eine Kontrolle macht und der Wert um 0,8 oder 0,9 Prozentpunkte gesunken ist, dann ist das ein riesiger Erfolg. Auch wenn die Zielwerte nicht allein ausschlaggebend sind, brauchen wir eine gute Blutzuckereinstellung zur Vermeidung mikrovaskulärer Komplikationen. Das zweite ist das Gewicht. Wenn beispielsweise ein Patient nach vier Wochen kommt und sagt: „Ich habe drei Kilo abgenommen. Das versuche ich seit Jahren und Jahrzehnten und nie hat sich irgendwas getan.“ Diese strahlenden Gesichter, wie toll ist das? Ich verordne Mounjaro® nicht primär wegen der Gewichtsreduktion, aber wenn die Patientinnen und Patienten registrieren, da tut sich was, ändert sich plötzlich im Leben ganz viel. Ich erlebe, dass die Menschen auf einmal anfangen, selbst gesünder zu leben, weil sie merken, dass sie doch etwas verändern können.

PP-TR-DE-3200

Mit freundlicher Unterstützung durch Lilly Deutschland GmbH

Quellen und Fußnoten

* Mounjaro® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus; sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus).¹

^a WHO ATC-Code: A10BX16.

1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. <https://www.fachinfo.de/fi/pdf/023865>