

Mit Mounjaro® zu mehr Gesundheit – Erfahrungen aus der Praxis



Inkretinbasierte Medikamente haben in den letzten Jahren die Behandlung metabolischer Erkrankungen revolutioniert. Allen voran der GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist Mounjaro® ^{1,*a} (Tirzepatid), der sowohl für die Behandlung des Typ-2-Diabetes als auch der Adipositas* zugelassen ist. Die starke Wirksamkeit, die Mounjaro® in puncto Blutzucker und Gewicht in klinischen Studien an den Tag gelegt hat, zeigt sich auch in der Praxis.

Aus Sicht der Allgemeinmedizinerin Dr. Petra Sandow, Berlin, spiegeln sich die Vorteile der Mounjaro®-Therapie im Praxisalltag wider: „Menschen mit Typ-2-Diabetes schauen nach zwei Dingen: Zum einen auf den HbA_{1c}-Wert – das haben sie jahrelang gelernt. Das zweite ist das Gewicht. 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, gesünder zu leben, weil sie merken, dass sie etwas verändern können.“

Typ-2-Diabetes: Der Standard für mehr Gesundheit

Mounjaro® erweitert die Therapielandschaft bei Typ-2-Diabetes, indem es den HbA_{1c}-Wert und das Körpergewicht unübertroffen stark senkt und auch positive Effekte auf kardiovaskuläre Risikofaktoren zeigt.^{1,2} Im SURPASS-Studienprogramm erreichten Menschen unter Mounjaro® eine HbA_{1c}-Reduktion um bis zu 2,5 %^{b,c} sowie eine Gewichtsreduktion^d um bis zu 13 %^{b,e}. Dabei war

Mounjaro® allen Vergleichssubstanzen überlegen, darunter Basalinsuline und der GLP-1-Rezeptor-Agonist Semaglutid 1 mg.¹

DDG Praxisempfehlung Typ-2-Diabetes

Beim Vergleich der metabolischen Effekte war Tirzepatid Semaglutid nicht unterlegen, sondern überlegen in Bezug auf Reduktion des HbA_{1c}-Werts und des Körpergewichts.³ Auch mit Blick auf kardiovaskuläre Risikoparameter zeigte Mounjaro® in klinischen Studien positive Effekte und führte zur Reduktion von Blutdruck^{1, f}, Triglyzeride^{1, g} und Taillenumfang^{4, h}.

Adipositas-Therapie: Positive Effekte auf Begleit- und Folgeerkrankungen

Mit Mounjaro®^a ist erstmals eine medikamentöse Therapie verfügbar, die bei Erwachsenen mit Adipositas* kausal auf die Begleiterkrankung einer mittelschweren bis schwerem obstruktivem Schlafapnoe (OSA) einwirkt, indem sie einen Gewichtsverlust induziert. Das belegt die Phase-III-Studie SURMOUNT-OSA: „Unter Mounjaro® reduzierte sich die Anzahl der Atmungsstörungen pro Stunde deutlich und führte bei 50 % der Teilnehmendenⁱ zu einer milden asymptomatischen OSA oder einer OSA-Remission“, betont Prof. Christoph Schöbel, Essen. Zusätzlich verbesserten sich die subjektive Schlafqualität^j, die nächtliche Sauerstoffversorgung und der systolische Blutdruck^{k, 5}.

Die hohe therapeutische Relevanz von Mounjaro® für die Behandlung der Adipositas* und ihrer Folgen zeigt auch die Studie SURMOUNT-1¹, in der es nach 72 Wochen zu einer signifikanten Gewichtsreduktion von durchschnittlich 22,5 %^m sowie positiven kardiometabolischen Effekten kam.^{1, 6} „Bei fast 95 % der Studienteilnehmenden wurde unter Mounjaro® eine Rückkehr zur Normoglykämie beobachtet“, unterstreicht PD Dr. Tim Hollstein, Kiel.

Sie möchten mehr über die Mounjaro®-Therapie im Praxisalltag erfahren? Indikationsspezifische Fallbeispiele geben interessante Einblicke: [Hier weiterlesen!](#)

PP-TR-DE-3045

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.

^b Mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen.

^c Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

^d Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.²

^e Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.^b

^f Beobachtet in placebokontrollierten Phase-III-Studien mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg).¹

^g Beobachtet in der SURPASS-2-Studie mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg) vs. Semaglutid 1 mg.¹

^h Beobachtet in der SURPASS-2-Studie mit Mounjaro® (5 mg, 10 mg, 15 mg) vs. Semaglutid 1 mg.⁴

ⁱ Mit PAP-Therapie unter Mounjaro® (Maximal tolerierte Dosis: 10 oder 15 mg) erreichten 50,2 % der Erwachsenen mit mittelschwerer-schwerer OSA und einem BMI ≥ 30 kg/m² einen AHI < 5 oder AHI 5-14 mit ESS ≤ 10 . p < 0,001, für Multiplizität adjustiert. Treatment-Regimen Estimand, mITT-Population, MMRM-Analyse. AHI: Apnoe-Hypopnoe-Index ESS: Epworth Sleepiness Scale.

^j Gepoolte Analyse der validierten Fragebögen PROMIS-Kurzform zur schlafbedingten Beeinträchtigung bzw. zur Schlafstörung.⁵

^k In Woche 48 bestimmt.⁵

^l Die Studie SURMOUNT-1 schloss 2.539 Erwachsene mit Adipositas (BMI-Wert ≥ 30 kg/m²) oder Übergewicht (BMI-Wert ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m²) mit mindestens einer gewichtsbedingten Komorbidität (ausgenommen Typ-2-Diabetes) ein.^{1, 6} Alle Studienteilnehmenden erhielten eine Lebensstilintervention, einschließlich kalorienreduzierter Ernährung und gesteigerter körperlicher Aktivität.⁶

^m Prozentuale Gewichtsreduktion vom Ausgangsgewicht unter Mounjaro® 15 mg nach 72 Wochen. Unter Placebo Gewichtsreduktion um 2,4 % (-2,4 kg) in diesem Zeitraum. Bei kalorienreduzierter Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität.¹

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

2. Frias JP, et al. N Engl J Med 2021; 385(6): 503-515.

3. Gallwitz B, et al. Diabetol Stoffwechs 2024; 19: S186-S202.

4. Supplemental Material. Supplement to: Frias JF, et al. N Engl J Med. 2021; 386(6): 503-515.

5. Malhotra A, et al. N Engl J Med. 2024; 391: 1193-1205.

6. Jastreboff AM, et al. N Engl J Med. 2022; 387(3): 205-216.