

Therapieansätze bei Adipositas und Schlafapnoe: besser schlafen, gesünder leben



Adipositas und obstruktive Schlafapnoe (OSA) stehen in einer engen Wechselbeziehung und verstärken sich gegenseitig. Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) gilt als wichtigster Risikofaktor für die Entwicklung einer OSA.¹ Bis zu 90 % der Menschen mit schwerer Adipositas ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) sind von einer OSA betroffen.² Dabei wird die Atmung durch eine partielle Verengung der oberen Atemwege eingeschränkt, begünstigt durch überschüssiges Fettgewebe im Hals- und Rachenbereich.³ Die nächtlichen Atemaussetzer verursachen Schlafmangel und hormonelle Dysbalancen, die wiederum die Gewichtszunahme fördern und den Gewichtsverlust erschweren.⁴

Ein Alltag mit Hürden

Die Kombination aus Übergewicht und Schlafstörungen führt häufig zu übermäßiger Tagesmüdigkeit, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und verringerter Stressresistenz. Mit zunehmender Erschöpfung fällt besonders die Bewältigung alltäglicher Aufgaben immer schwerer und das Gefühl, sozial ausgeschlossen zu sein, nimmt zu. Im Alltag bedeuten diese Einschränkungen einen erheblichen Verlust an Lebensqualität. Neben einem erhöhten Risiko für Depressionen ist bei OSA zudem das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Typ-2-Diabetes erhöht.^{5, 6}

Die Behandlung der OSA erfolgt in der Regel symptomatisch mittels fester Atemmaske mit Atemwegsüberdruck (PAP-Therapie).² Diese Therapie wird jedoch von über einem Viertel der Patient:innen vorzeitig abgebrochen. Zudem wird die erforderliche nächtliche Tragedauer oftmals nicht erreicht.⁷ Eine alternative therapeutische Strategie, die die bidirektionale Rolle der Adipositas als Ursache und gleichzeitig Risikofaktor der OSA ins Visier nimmt, ist eine medikamentöse Gewichtsreduktion.⁸

Eine Therapie mit Weitblick

Mit dem GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten Mounjaro[®],* (Tirzepatid) steht Menschen mit Adipositas und OSA eine medikamentöse Therapie zur Verfügung, die eine signifikante und nachhaltige Gewichtsreduktion unterstützt und damit auch kausal auf die OSA wirkt (Abbildung 1). Für die Betroffenen kann eine Gewichtsreduktion ein wichtiger Schritt zu mehr Wohlbefinden und einem gesünderen Leben sein.

Mounjaro[®] überzeugt in klinischen Studien

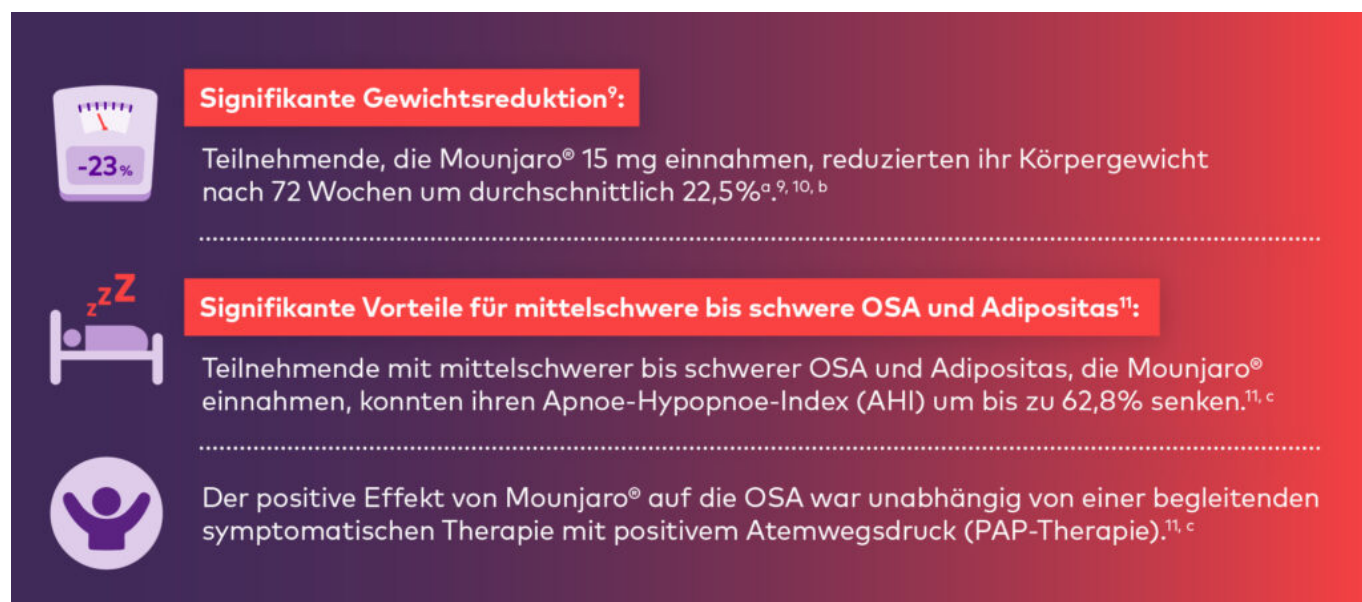


Abb. 1: Mounjaro[®] bei OSA und Adipositas (OSA: obstruktive Schlafapnoe; PAP: Positive Airway Pressure)

Spürbar mehr Lebensqualität im Alltag

In der Studie SURMOUNT-OSA stand die deutliche Reduktion des Körpergewichts unter Mounjaro[®] im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Schlafapnoe. Zudem ging die Gewichtsreduktion auch mit der Verbesserung kardiovaskulärer Risikofaktoren einher, wie dem systolischen Blutdruck^d, der OSA-bezogenen hypoxischen Belastung und dem hochsensitiven C-reaktiven Protein (hsCRP).¹¹ Damit bietet Mounjaro[®] Menschen mit Adipositas und OSA einen umfassenden Therapieansatz.

Besser schlafen, erholt aufwachen und aktiv am sozialen und beruflichen Leben teilnehmen – für Menschen mit Adipositas und OSA kann die Therapie mit Mounjaro[®] daher ein wichtiger Schritt hin zu mehr Lebensqualität sein.

Sie möchten mehr über Mounjaro[®] erfahren? [Im Video](#) erfahren Sie mehr über den innovativen Wirkansatz!

Mit freundlicher Unterstützung durch Lilly Deutschland GmbH

Fußnoten:

* Mounjaro® (Tirzepatid) 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 (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus).⁹

a $p < 0,001$ für Überlegenheit gegenüber Placebo, adjustiert für Multiplizität.

b 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.^{8,9}

c Mit PAP-Therapie unter Mounjaro® MTD (Maximal tolerierte Dosis: 10 oder 15 mg) erreichten 50,2 % der Erwachsenen mit mittelschwerer-schwerer OSA und einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ einen AHI < 5 (Remission) oder AHI 5-14 mit ESS ≤ 10 (asymptomatischer Verlauf). $p < 0,001$, für Multiplizität adjustiert. Treatment-Regimen Estimand, mITT-Population, MMRM-Analyse. AHI: Apnoe-Hypopnoe-Index; ESS: Epworth Sleepiness Scale.¹⁰

d In Woche 48 bestimmt.¹⁰

Quellen:

1. Lopez PP, et al.: Am Surg. 2008; 74(9): 834-838.
2. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). S3-Leitlinie „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“. AWMF-Registernummer 063-001. Gültig bis: 22.12.2021 (in Überarbeitung), letzte Teil-Aktualisierung: 09.01.2023.
3. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, et al. Lancet Respir Med. 2019;7(8):687-698.
4. Pugliese G, Barrea L, Laudisio D, et al. Curr Obes Rep. 2020;9(1):30-38.
5. Knauert M, Naik S, Gillespie MB, et al. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2025;1(1):17-27.
6. Sarkar P, Mukherjee S, Chai-Coetzer C, et al. J Thorac Dis 2018;10(Suppl 34):S4189-S4200.
7. Stuck BA, Schöbel C, Wiater A, et al. Deutsches Ärzteblatt 2021;118(19-20): A996-A1000.
8. Shah NM, Kaltsakas G. Breathe. 2023;19(1):220263.
9. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand.
10. Jastreboff AM, et al.: N Engl J Med. 2022; 387(3): 205-216.
11. Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I, et al. N Engl J Med. 2024;391:1193-1205.

Fachinformation: <https://www.fachinfo.de/fi/pdf/023865>

Bildhinweis: shutterstock.com/[DG FotoStock](#)