

Newsletter Special

für Mitglieder

10.06.2022

Sonderausgabe



Weitere Informationen:

- Ozempic® ist jetzt mit neu verhandeltem Erstattungsbetrag verfügbar.
- Neuigkeiten und Wissenswertes rund um die Erkrankung sowie die Therapie des Typ 2 Diabetes finden Sie auch auf der digitalen Fortbildungsplattform von Novo Nordisk – www.novoakademie.de.
- Sie hatten zum Beispiel keine Zeit sich die **Vorträge zum DDG-Kongress** live anzuschauen? Jetzt **Symposien** im Nachgang anschauen.
- Sie wollen mehr zu Ozempic® erfahren? Informieren Sie sich [hier](#).

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als eine progrediente multifaktorielle Erkrankung erfordert Typ 2 Diabetes eine Behandlung mit Substanzen, die zusätzlich zu HbA_{1c}-Wert und Gewicht auch weitere Risiken wie kardiovaskuläre Faktoren günstig beeinflussen können.

Mit diesem Newsletter möchten wir Sie über die Therapiepotenziale von GLP-1 Rezeptoragonisten informieren.

Ihr PD Dr. Klaus Ehlenz

Typ 2 Diabetes früh und risikobezogen therapieren

2021 sind weltweit ungefähr 6,7 Millionen Menschen an den Folgen von Diabetes gestorben¹ – bei Typ 2 Diabetes führen Herzinfarkte und Schlaganfälle die Liste der häufigsten Todesursachen an.²

In aktuellen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen rücken **kardiovaskuläre Aspekte als priorisierte Endpunkte** in den Fokus der Therapie des Typ 2 Diabetes. Bei der Therapieentscheidung kann die **Berücksichtigung der klinischen Studiendaten** zu den jeweiligen Substanzen hilfreich sein.

Internationale⁵ und nationale^{3,4} Behandlungsleitlinien, wie die für Deutschland maßgebliche Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ 2 Diabetes³, geben eindeutige Empfehlungen zu einer zeitgemäßen Therapie des Typ 2 Diabetes.

Kriterien für eine leitliniengerechte Therapie des Typ 2 Diabetes:

- Entscheidend für die Therapiewahl ist das **individuelle kardiovaskuläre Risikoprofil** des Menschen mit Typ 2 Diabetes und der **Patientenwunsch**.^{3,4}
- **HbA_{1c}-Wert:** Das Therapieziel wird individuell festgelegt. Eine allgemeingültige Empfehlung für einen HbA_{1c}-Zielwert für Typ 2 Diabetes gibt es nicht. Stattdessen wird ein Zielkorridor (6,5 % – 8,5 %, bzw. 48 mmol/mol – 69 mmol/mol) angegeben, abhängig von eventuellen Begleiterkrankungen, Alter, Komedikation, den Patientenbedürfnissen, etc..^{3,4} Dabei sollte die eingesetzte Substanz auch eine **effektive Gewichtssenkung** zeigen.³
- Liegt ein **hohes Risiko** z. B. eine klinisch relevante **renale** Erkrankung vor, lautet die Therapieempfehlung individuelle Bewertung und gemeinsame Entscheidungsfindung entweder für eine Kombination aus Metformin plus SGLT-2 Inhibitor (SGLT-2i) oder GLP-1 RA mit nachgewiesenem kardiovaskulärem Nutzen oder Metformin alleine. Wird mit Metformin alleine das



Abb. 1 Übersicht: Effekte verschiedener Medikamente zur Therapie des Typ 2 Diabetes.^{3,9}

individuelle Therapieziel nach 3–6 Monaten nicht erreicht, soll ein zweites Medikament entsprechend der Effekte auf priorisierte Endpunkte (z.B. entweder ein SGLT-2i oder ein GLP-1 RA mit nachgewiesenem kardiovaskulären Nutzen) kombiniert werden.^{3,4}

- Bei einer **manifesten kardiovaskulären Erkrankung** wie beispielsweise einer atherosklerotisch bedingten kardiovaskulären Erkrankung (ASCVD) soll initial mit einer Kombinationstherapie aus Metformin und SGLT-2i oder einem GLP-1 RA wie z. B. Ozempic® (Semaglutid, 1x pro Woche)^{6,a} begonnen werden.³⁻⁵
- Für die Wahl der Therapie sind zudem die individuellen Endpunkte (Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz etc.) der Patientinnen und Patienten relevant. Der GLP-1 RA Ozempic® überzeugte in der kardiovaskulären Endpunktstudie SUSTAIN 6 bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko: Das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) wurde signifikant um -26 % gesenkt, das für nicht-tödliche Schlaganfälle sogar um -39 %.⁷ GLP-1 RA sollten bei **bestehenden ASCVD** gegeben werden. Bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und **Herzinsuffizienz** sind SGLT-2i empfohlen.⁵
- Aufgrund des nicht belegten kardiovaskulären Nutzens rücken Substanzen wie **Sulfonylharnstoffe** und **DPP-4i** in den Empfehlungen zur medikamentösen Therapie des Typ 2 Diabetes in der Patientenpopulation mit kardiovaskulären Risiken bzw. manifester kardiovaskulärer Erkrankung in den Hintergrund.^{2,3,5,8}

Übersicht: Effekte verschiedener Medikamente zur Therapie des Typ 2 Diabetes^{3,9}

	Kardiovaskulärer Endpunkt MACE = CV-Tod, Schlaganfall, Myokardinfarkt	Hypoglykämien	Gewicht	Blutzucker (HbA _{1c} -Wert)	Anmerkungen
Metformin					
	▼	■	■	▼▼	Risiko der Laktatazidose. Bei Therapiebeginn Magen-Darm-Beschwerden möglich.
Gliflozine (SGLT-2 Inhibitoren)					
Empagliflozin	▼	■	▼	▼▼	Risiko genitaler Infektionen, atypischer Ketoazidose, Fournier-Gangrän. Bei Krankheit (sick-days) pausieren.
Dapagliflozin	■	■	▼	▼▼	
Glutide (GLP-1 Rezeptoragonisten)					
Exenatid	■	■	▼	▼▼	Bei Therapiebeginn gastrointestinale Nebenwirkungen möglich. Medikamente werden gespritzt, z. B. Semaglutid einmal pro Woche im Fertigpen.
Semaglutid	▼	■	▼	▼▼	
Lixisenatid	■	■	▼	▼▼	
Dulaglutid	▼	■	▼	▼▼	
Gliptine (DPP-4 Hemmer)					
	■	■	■	▼	Risiko für Pankreatitis, entzündliche Darmerkrankungen.
Sulfonylharnstoffe					
	■	▲▲	▲	▼▼	Risiko schwerer, prolongierter Hypoglykämien.

Legende: ▼ senkt | ▼▼ senkt stark | ■ neutral oder nicht untersucht | ▲ erhöht | ▲▲ erhöht stark

Modifiziert nach: 1. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, März 2021, <https://www.patienten-information.de/patientenregister/diabetes-medikamente>, abgerufen am 19.05.2022.
2. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes. Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr. NV1-001, abgerufen am 19.05.2022.

360°-Video-Reise zur Atherosklerose

Sie wollen mehr rund um Atherosklerose und den Zusammenhang mit Typ 2 Diabetes und GLP-1 RA erfahren? Erleben Sie jetzt eine 360° Reise durch das Gefäßsystem – klicken Sie [hier](#) oder auf das Bild unten.



NOVO NORDISK PHARMA GMBH
Brucknerstraße 1
55127 Mainz
Germany
www.novonordisk.de

Pflichttext Ozempic®

Link auf

https://www.novonordiskpro.de/content/dam/Germany/AFFILIATE/www-novonordiskpro-de/de_de/diabetes/bt/BT_Ozempic.pdf

Für die dargestellten Inhalte ist der genannte Unternehmer verantwortlich.

Sollten Sie unser Newsletterformat künftig nicht mehr nutzen wollen, so senden Sie uns einfach eine Nachricht an info@diabetologen-hessen.de

GLP-1 RA – gibt es Unterschiede?

Auch wenn es sich bei vielen der multifaktoriellen Wirkungen der GLP-1 RA (glukoseabhängige Blutzuckersenkung, HbA_{1c}-Reduktion, reduzierter Appetit, reduziertes Körpergewicht, Einfluss auf Blutdruck und Lipidstoffwechsel) um Klasseneffekte handelt, gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen verfügbaren Substanzen¹⁰:

In der Studie SUSTAIN 7 konnte der GLP-1 RA Semaglutid (0,5 mg und 1,0 mg) im Vergleich zu Dulaglutid (0,75 mg und 1,5 mg) den HbA_{1c}-Wert als auch das Gewicht signifikant senken^{11,b,c} und folglich mit einer effektiveren Blutzucker- und Gewichtsreduktion punkten, die das Potenzial hat, langfristig einen Unterschied zu machen.

Quellen:

1. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: <https://www.diabetesatlas.org> (abgerufen am 05.05.2022)
2. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022; <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht> (abgerufen am 05.05.2022)
3. Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes 2021, 2. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr. nvl-001, Teilpublikation der Langfassung
4. Landgraf R et al. Diabetologie 2021;16(Suppl. 2):S168-206
5. Buse JB et al. Diabetologia 2020;63:221–28
6. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand
7. Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:1834-1844; untersucht wurden Typ 2 Diabetiker mit hohem kardiovaskulären Risiko. Primärer kombinierter Endpunkt war die Zeit der Randomisierung bis zum ersten Auftreten eines schweren unerwünschten kardiovaskulären Ereignisses (MACE): kardiovaskulärer Tod, nicht-tödlicher Myokardinfarkt oder nicht-tödlicher Schlaganfall. Die Studie war als Nichtunterlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie gepowert, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert.
8. ADA Standards of Medical Care in Diabetes 2022, Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):144–17
9. Patientenblatt zur NVL Typ 2 Diabetes, Übersicht Wirkweise Diabetes-Medikamente, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, März 2021, <https://www.patienten-information.de/patientenblaetter/diabetes-medikamente> (abgerufen am 08.05.2022)
10. Nauck MA et al. Mol Metab 2021;46:101102
11. Pratley RE et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6:275-286
12. Zinman B et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7:356–367
13. Lingvay I et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7:834–844
14. Capehorn MS et al. Diabetes Metab 2020;46:100–109

^a Ozempic® ist zugelassen zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist oder zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.⁶

^b Die Studien SUSTAIN 1–5 und 7–10 untersuchten die Wirkung von Semaglutid im direkten Vergleich zu Placebo^{6,12}, Sitagliptin⁶, Depot-Exenatid⁶, Insulin glargin⁶, Canagliflozin¹³, Liraglutid¹⁴ und Dulaglutid⁶ (Vergleichspräparate). Semaglutid zeigte eine statistisch überlegene und klinisch bedeutsame Senkung des HbA_{1c}-Werts und des Körpergewichts für bis zu zwei Jahre.⁶

^c In SUSTAIN 7 wurden die zum Studienzeitraum zugelassenen Standarddosierungen von Ozempic® (0,5 mg und 1 mg) mit Dulaglutid (0,75 mg und 1,5 mg) Head-to-Head verglichen.¹¹