



08.02.2023

Transkript

„Semaglutid & Co. – Diabetesspritzen zum Abnehmen?“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Anja Hilbert**
Professorin für Verhaltensmedizin und psychologische Leiterin der Adipositasambulanz, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) AdipositasErkrankungen, Universitätsklinikum Leipzig
- ▶ **Prof. Dr. Jens Aberle**
Ärztlicher Leiter des Adipositas-Centrums und Facharzt für Diabetologie und Endokrinologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), und Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft
- ▶ **PD Dr. Timo Müller**
Kommissarischer Direktor und Leiter der Abteilung für Molekulare Pharmakologie, Institut für Diabetes und Adipositas, Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt
- ▶ **Cheyenne Peters**
Volontärin in der Redaktion für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/semaglutid-co-diabetesspritzen-zum-abnehmen/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderatorin [00:00:01]

Herzlich willkommen, liebe Journalistinnen und Journalisten, zu unserem virtuellen Press Briefing hier beim Science Media Center. Wir wollen uns heute mit Medikamenten zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas beschäftigen, die ursprünglich zur Behandlung von Typ-2-Diabetes entwickelt wurden. Mein Name ist Cheyenne Peters. Ich bin Volontärin in der Redaktion für Medizin und Lebenswissenschaften hier. Ja, erst mal ein ganz herzliches Willkommen auch an unsere Expertin und die beiden Experten. Ich stell sie natürlich gleich noch mal im Detail vor. Aber erst mal schön, dass Sie da sind.

Heute soll es um diese sogenannten Abnehmspritzen gehen, die vor allem in den sozialen Medien zurzeit sehr viel Aufmerksamkeit bekommen. An vorderster Front steht dabei ein Wirkstoff namens Semaglutid. Das ist ein sogenannter GLP-1 Rezeptor Agonist. Dazu hören wir gleich noch ein bisschen was. Der ist bereits bekannt aus dem Diabetesmedikament namens Ozempic, und in Form von Wegovy ist er in erhöhter Dosis in der EU seit etwa einem Jahr auch für die Behandlung von Übergewicht und Adipositas zugelassen. Obwohl Wegovy aufgrund von Lieferproblemen des Herstellers hier zurzeit noch nicht auf dem Markt erhältlich ist, steht das Internet natürlich nicht still. Viele Menschen teilen ihre Erfahrungsberichte und auch Abnehmerfolge online. Da kommt natürlich viel aus den USA. Teilweise wird Ozempic aber auch hierzulande schon off label verschrieben, also quasi zulassungsüberschreitend, bis Wegovy dann auch wirklich hier erhältlich ist.

Ja, und heute wollen wir uns die Frage danach stellen, wie genau eine Therapie mit diesen Wirkstoffen eigentlich aussehen kann, wo die Vorteile liegen, aber natürlich auch die Nachteile gegenüber bekannten Methoden. Neben den Wirkmechanismen wollen wir uns aber auch mit den psychosozialen Faktoren beschäftigen. Also, wie muss so eine Therapie beispielsweise verhaltenstherapeutisch betreut werden? Und wie wirken solche, man könnte fast sagen, Social-Media-Trends vielleicht auch auf die Stigmatisierung von Adipositas.

Worüber genau wir sprechen, das hängt natürlich dann auch von Ihnen ab, liebe Journalistinnen und Journalisten. Deswegen meine Bitte an Sie: Nutzen Sie bitte die Fragefunktion von Zoom, um Ihre Fragen zu stellen. Dann können alle Kolleginnen und Kollegen die Fragen sehen und wir können Doppelungen einfach vermeiden. Also bitte das F&A Tool nutzen und nicht den Chat.

Dann starte ich mal eine kleine Vorstellungsrunde und beginne bei Herrn Dr. Timo Müller. Man könnte fast sagen, seine Forschung setzt auch ganz am Anfang der Therapie an, nämlich [bei] der pharmakologischen Entwicklung. Er selbst forscht in München an GLP-1 basierten Pharmakotherapien für Diabetes und Adipositas, zu denen wir nachher sicherlich auch noch kommen. Der Transparenz halber: Dr. Müller hat schon lange eine Kooperation mit Novo Nordisk. Das ist die Firma hinter Ozempic und Wegovy.

Dann begrüße ich Professor Anja Hilbert. Sie beschäftigt sich mit der Erforschung der psychosozialen Faktoren von Ess- und Gewichtsstörungen, den neuropsychologischen Grundlagen, aber auch den damit verbundenen Psychopathologien und der Stigmatisierung dieser Menschen. Sie ist zudem psychologische Psychotherapeutin und leitet die Leipziger Adipositasambulanz für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Hallo, Frau Hilbert!

Anja Hilbert [00:03:17]

Hallo, Frau Peters!



press briefing

Moderatorin [00:03:19]

Und der dritte im Bunde ist heute Professor Jens Aberle. Als Ärztlicher Leiter des Adipositas-Centrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat er täglich Patientenkontakt und er kennt sich bestens mit diversen Behandlungsmethoden bei Adipositas aus. Hallo, Herr Aberle!

Jens Aberle [00:03:34]

Hallo, Frau Peters!

Moderatorin [00:03:36]

Ja, dann habe ich jetzt fast genug gesagt. Dann starten wir mal mit einer kleinen Eingangsfrageunde, etwa fünf Minuten pro Person, und danach gehen wir dann auch direkt zu Ihren Fragen über. Herr Müller, die Europäische Arzneimittel-Agentur, die EMA, schreibt auf ihrer Website zur Wirkweise von Wegovy beziehungsweise Semaglutid: Es reguliert den Appetit, indem das Sättigungsgefühl gesteigert wird, während Nahrungsaufnahme, Hunger und das Verlangen nach Essen reduziert werden. Kann man das wirklich so einfach herunterbrechen? Was genau passiert da im Körper, das zum Gewichtsverlust führt? Und was ist daran eigentlich die Neuheit?

Timo Müller [00:04:14]

Im Grunde genommen kann man das tatsächlich [so] runterbrechen. GLP-1-Mimetika aktivieren in unserem Gehirn bestimmte neuronale Regelkreise, die im günstigsten Falle dafür zuständig sind, dass unser Hunger- und Sättigungsgefühl geregelt wird. Das heißt also, die Regulation von Hunger und Sättigung ist ein sehr komplexer neuroendokriner Vorgang, der durch ein sehr komplexes Zusammenspiel verschiedener Moleküle, sogenannter Neuropeptide, in unserem Gehirn stattfindet. Und da greift dieser Wirkstoff GLP-1 ein. Er bindet im Gehirn, genauer gesagt im Hypothalamus, an bestimmte Rezeptoren, die, wenn man sie aktiviert, dafür zuständig sind, dass unser Hungergefühl sinkt und unser Sättigungsgefühl sozusagen steigt. Und das macht GLP-1 sehr potent. Diese Neurone, die nennen sich Proopiomelanocortin, und an diese Neurone bindet das GLP-1 und aktiviert diese Neuronen.

Moderatorin [00:05:22]

Vielen Dank, Herr Müller. Dann gebe ich direkt mal weiter an Herrn Aberle. Das ist natürlich jetzt ein guter Einblick erst mal in die Funktionsweise. Für wen würde sich so eine Therapie denn eigentlich eignen? Wie kann ich mir das vorstellen, wie würde das in der Klinik tatsächlich aussehen? Und spielt das vielleicht bei Ihnen auch schon eine Rolle im Klinikalltag?

Jens Aberle [00:05:43]

Ja, das spielt schon eine große Rolle. Und für wen es sich eignet, das legt natürlich jetzt grundsätzlich erst mal die Zulassungsbehörde fest. Oder auch die Herstellerfirma, indem sie klinische Studien macht, auf die sich dann die Zulassungsbehörde, die EMA, bezieht oder auch die FDA, in Europa ist es ja nun die EMA. Und insofern kommt dieses Medikament oder kommen Medikamente zur Gewichtsreduktion in Frage. Ab einem Body-Mass-Index von 30, ab dort beginnt ja per Definition die Adipositas nach WHO-Klassifikation, oder ab einem Body-Mass-Index von 27, wenn relevante Komorbiditäten, wie Bluthochdruck oder Diabetes oder ähnliches bestehen. Dann kann man es zulassungskonform verschreiben. Es ist immer gewünscht und Voraussetzung, dass konservative Therapiemaßnahmen, Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie, was ja sehr stark



ineinandergreift, im Vorfeld durchgeführt wurden und begleitend auch eine medikamentöse Therapie flankieren. Aber grundsätzlich ist das dadurch bestimmt.

Und die Nachfrage nach diesen Medikamenten ist natürlich unglaublich groß. Sie haben das eben schon angesprochen. Es ist inzwischen sehr präsent. Und das liegt natürlich daran, dass die Medikamente effektiv sind und dass sie vielen Menschen auch helfen können, die bislang gescheitert sind an Versuchen der Gewichtsreduktion. Und das spricht sich natürlich rum. Also grundsätzlich haben wir da ganz klare Empfehlungen, die wir auch in unseren Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft so hinterlegt haben. Und danach richten wir uns in der Therapie.

Auf dem Markt gibt es jetzt schon einen GLP-1-Rezeptor Agonist, der zugelassen ist zur Therapie der Adipositas und auch verfügbar, das ist Liraglutid, als Handelsname Saxenda. Dieses Medikament ist aber im Vergleich zu dem Wegovy oder Semaglutid oder Ozempic, [das] sind ja die beiden Handelsnamen, deutlich schwächer wirksam, also etwa nur halb so stark in der Gewichtsreduktion. Man muss es täglich spritzen und nicht einmal in der Woche. Insofern ist die Tendenz eher zu den neueren Medikamenten.

Moderatorin [00:07:54]

Okay, dann vielen Dank, Herr Aberle. Und damit schließt sich meine Frage an Frau Hilbert auch direkt an. Sie hatten es gerade schon angesprochen, dass gerade die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen da auch eine Rolle spielen, denn der Gewichtsverlust durch die Spritze ist natürlich nur ein Teil der Therapie. Frau Hilbert, welche Rolle spielen diese verhaltenstherapeutischen Maßnahmen während der Behandlung von Adipositas mit diesen Medikamenten? Und wie kann ein möglichst nachhaltiger Gewichtsverlust dann auch ermöglicht werden?

Anja Hilbert [00:08:20]

Ich darf das aufgreifen, was Herr Aberle gesagt hat, also verhaltenstherapeutische Maßnahmen, also Interventionen zur Ernährung und Bewegung und Verhalten, um einfach eine Kalorienreduktion herbeizuführen und auch eine körperliche Aktivität zu steigern, sind der Standard in der Adipositas therapie immer noch, auch wenn jetzt eben glücklicherweise so potente Gewichtsreduktionsmedikamente hinzukommen. Die neuen Leitlinien befinden sich im Moment in der Konsertierung, halten [aber] auch an dem bisher beschriebenen Vorgehen weiter fest, also, dass die Basis sozusagen die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen darstellen. Und [dass], wenn diese nicht ausreichend sind bei den beschriebenen Indikationen BMI über 30 oder 27 mit Komorbiditäten, dann Medikamente hinzugenommen werden können.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen spielen auch eine große Rolle bei der Gewichtserhaltung. Man weiß aus sehr vielen Studien ohne Semaglutid noch, dass eine bessere Gewichtserhaltung gelingt, wenn man zusätzlich noch Booster Sessions erhält oder telefonisch eine Nachsorge langfristig erhält. Das heißt auch, [dass] die Adipositas mit diesem Vorgehen eben auch als chronische Gesundheitsstörung verstanden wird, auch wenn die Daten noch ausstehen.

Für die Gewichtserhaltungstherapie, denke ich, wird sich hier an diesem Prinzip nichts ändern. Das heißt, verhaltenstherapeutische Maßnahmen ... Vielleicht auch noch einfach zum Hintergrund: Es beinhaltet zum Beispiel, Patienten anzuleiten, ihre Ernährung gut zu beobachten, also einen Überblick zu bekommen, was sie essen, wann sie essen, wie viele Kalorien sie aufnehmen, und eben auch identifizieren [zu] können, wie man Ernährungsverhalten verändern kann. Also zum Beispiel Mahlzeiten umgestalten, moderate kalorische Restriktion herbeiführen oder körperliche Bewegung in den Lebensalltag einfügen, Ziele realistisch setzen, Patienten zum Selbstloben von kleinen Fortschritten anleiten, Problemlösungen betreiben. Und so weiter. Das sind ganz wichtige verhaltenstherapeutische Interventionen. Die sind auch in der Nachsorge wichtig, das heißt, Verhaltenstherapie vorher, währenddessen und wahrscheinlich auch nachher.



Moderatorin [00:11:02]

Ja, mit dem Nachher sprechen sie, glaube ich, auch einen ganz wichtigen Punkt an, der viele Menschen interessiert. Und zwar: Wie sieht es aus nach dem Absetzen solcher Medikamente? Also, die Studienlage, gerade die Zulassungsstudien für Adipositas, das sind Zeiträume von ungefähr 72 Wochen, 65 Wochen. Was passiert danach? Gibt es die Chance vielleicht eines Jojo-Effekts? Das ist vor allen Dingen auch etwas, was die sozialen Medien sehr stark interessiert. Oder muss ich diese Spritze eventuell sogar lebenslänglich nehmen? Herr Müller, ich sehe Sie schon nicken, wenn Sie direkt antworten möchten ...

Timo Müller [00:11:35]

Die aktuelle Datenlage schaut schon so aus, dass das eine Lebenstherapie ist. Das heißt also, ich kann natürlich primär über Daten sprechen, die ich selbst generiert habe. Und wenn wir eine Langzeitbehandlung im Nagetier machen und diese dann irgendwann beenden, dann nehmen diese Nagetiere auch relativ schnell wieder an Gewicht zu. Und das Gleiche zeigt sich auch in klinischen Studien. Auch da nehmen die Patienten kontinuierlich über die ersten ein, anderthalb Jahre ab. Und wenn man die Therapie dann absetzt, dann nehmen die auch sukzessive wieder zu. Wie schnell diese Patienten zunehmen, das weiß ganz sicher der Herr Aberle. Der sieht solche Patienten ja regelmäßig.

Jens Aberle [00:12:13]

Ich kann das nur bestätigen. Und die klinischen Daten zeigen das auch. Es gibt ja diese ... Eine Studie heißt STEP-1-Studie zu Semaglutid, die ist über zwei Jahre durchgeführt worden, und solange die Patienten die Substanz verwenden, halten sie das reduzierte Gewicht. Und auch das ist schon mal, muss man sagen, ein großer Erfolg. Aber wenn man das absetzt und die Daten sind auch publiziert, dann sieht man im Durchschnitt wieder eine Gewichtszunahme. Wobei man sagen muss, das ist immer der Durchschnitt. Wir sehen auch immer einzelne Patienten, die sozusagen die Gewichtsreduktion so positiv in ihren Lebensalltag integrieren durch Veränderung des Lebensstils nachhaltig und Erhöhung der körperlichen Aktivität, dass sie es auch ohne Medikament schaffen, das reduzierte Gewicht zu halten.

Und so muss man das natürlich versuchen zu adressieren. Denn die allermeisten Patienten sehen das erst mal als temporären Support und beginnen die Therapie nicht mit der Vorstellung, das dann lebenslang durchzuführen. Und insofern ist es, glaube ich, wichtig, auch die Lebensstilberatung, die Verhaltenstherapie während der Phase der medikamentösen Therapie, immer wieder zu adressieren und dem Patienten eine Chance zu geben, dann auch ohne Medikament das Gewicht zu halten.

Anja Hilbert [00:13:27]

Sie hatten auch nach Parallelen gefragt zur bariatrischen Chirurgie, also Schlauchmagen-Bildung oder auch Magenbypass. Mit diesem Verfahren nehmen die Patienten -- das ist ja im Moment die Ultima Ratio, die beschrieben wird in den Leitlinien für die Gewichtsreduktion -- etwa 20 bis 30 Prozent ihres Ausgangsgewichts ab. Und die meisten behalten das sehr gut bei, einige aber auch nicht. Und bis zu 15 Prozent haben einen unzureichenden Gewichtsverlust. Und hier haben dann auch verschiedene Forscher begonnen, verhaltenstherapeutische Programme zu evaluieren. Es ist noch relativ unklar, wann der beste Zeitpunkt ist: vor der OP, wann nach der OP, langfristig nach der OP? Aber insgesamt kommt man mithilfe von systematischen Reviews so zu einem verbesserten Gewichtsverlust, also um vier bis 13 Kilogramm, wenn man eben eine Erhaltungstherapie durchführt im Vergleich zur Nichtbehandlung.



Moderatorin [00:14:41]

Wir haben schon ein paar Fragen von außen bekommen. Von daher würde ich die einfach mal zitieren. Und zwar wurde gefragt, das ist vielleicht gerade für Sie, Herr Müller, interessant: Lässt sich Ozempic, also das Medikament, was eigentlich für die Diabetes entwickelt wurde, durch eine Dosisanpassung funktionsgleich als Substitut von Wegovy verwenden oder gibt es da auch Unterschiede in der Formulierung der beiden Medikamente?

Timo Müller [00:15:10]

Ja. Also beide Substanzen sind identisch. Es ist lediglich der Handelsname unterschiedlich, weil die Dosierung unterschiedlich ist. Aber grundsätzlich ist der Wirkstoff Semaglutid 100 Prozent identisch in beiden Präparaten. Das heißt, wenn Sie jetzt Ozempic nehmen und würden das in einer höheren Dosierung nehmen, dann würde die Wirkung exakt der Wirkung von Wegovy entsprechen.

Moderatorin [00:15:35]

Und wie kommt das zustande? Also bei dem Diabetesmedikament ist, glaub ich, die maximale Dosierung etwa ein Milligramm pro Woche, und bei Wegovy sind es maximal 2,4 Milligramm pro Woche. Warum sind da solche Unterschiede in der Dosierung?

Timo Müller [00:15:51]

Das liegt einfach daran, dass diese GLP-1-Mimetika in der Peripherie, also im peripheren Gewebe primär im Pankreas die Insulinsekretion stimulieren und gleichzeitig die Sekretion von Glucagon inhibieren. Und das bedingt dann über periphere Mechanismen die Verbesserung des Zuckerstoffwechsels, während eine deutlich höhere Dosierung notwendig ist, um auch den GLP-1-Rezeptor im Gehirn anzusprechen. Und das ist wiederum notwendig, um das Körpergewicht zu senken. Also, wir brauchen etwa die doppelte Dosis im Gehirn, um den GLP-1-Rezeptor im Gehirn anzusprechen, um das Körpergewicht zu senken, im Verhältnis zu der Dosis, die notwendig ist, um den Typ-2-Diabetes zu behandeln.

Moderatorin [00:16:39]

Wir haben jetzt schon zweimal die Frage bekommen, wie es denn mit Nebenwirkungen aussieht. Herr Aberle, Sie sind da in der Klinik, wahrscheinlich kennen Sie sich da gut aus. Was sagen die Studien? Was sagen Sie?

Jens Aberle [00:16:50]

Ja, also klar, Nebenwirkungen gibt es immer. Wobei man sagen muss, dass die jetzt beim Semaglutid verhältnismäßig überschaubar sind. Fast alle Patienten erleben da eine gewisse Übelkeit zu Beginn. Das liegt auch am Wirkmechanismus im Zentralnervensystem. Aber das ist überschaubar. Und das ist aber auch der Grund, weshalb man die Dosierung langsam steigert. Unsere Patienten beginnen immer mit 0,25 Milligramm für einen Monat, dann 0,5, dann ein Milligramm. Also man titriert das langsam nach oben, damit die Übelkeit nicht zu dominant wird. Aber das ist bei den wenigsten Patienten tatsächlich ein Grund, die Medikation zu beenden.

Es gibt noch ein paar andere Nebenwirkungen, die man beachten muss. Es gibt zum Beispiel ein gewisses Risiko für Gallensteinbildung, das auftreten kann durch die Gewichtsreduktion per se, auch durch die schnelle Gewichtsreduktion. Aber substanziale Nebenwirkungen treten selten auf. Und



wenn, dann ist es vor allem die Übelkeit. Insofern schlägt in der Risiko-Nutzen-Abwägung, das ist ja auch das, was die Behörden machen, das Pendel eindeutig zugunsten des Nutzens aus.

Moderatorin [00:18:00]

Es passt ganz gut zu dem Thema als kurze Zwischenfrage noch einmal. Liraglutid ist ja auch ein Medikament, was schon lange genutzt wird. Wo liegt da eigentlich der Unterschied, und wie kann man das Laien verständlich erklären? Das war eine Frage, die auch gestellt wurde. Herr Müller vielleicht?

Timo Müller [00:18:17]

Das ist sicher eine Frage, die sehr gut in meinen Forschungsbereich passt. Also die Moleküle Liraglutid und Semaglutid sind sehr, sehr ähnlich. Der einzige Unterschied ist eigentlich der, dass nur eine einzige Aminosäure geändert wurde in Semaglutide. Und diese Aminosäure ist dafür zuständig, oder die Veränderung dieser Aminosäure ist dafür zuständig, dass ein bestimmtes Enzym, das normalerweise das GLP-1 degradiert, dann nicht mehr angreifen kann.

Und der zweite Unterschied ist, dass die Halbwertszeit von Liraglutid deutlich unterschiedlich ist im Vergleich zu Semaglutid. Herr Aberle hat das eben korrekt gesagt, Liraglutid hat eine Halbwertszeit von zwölf Stunden. Das ist dadurch bedingt, dass eine Fettsäure, eine C16-Fettsäure, an dieses GLP-1-Molekül angehängt wird. Und diese bindet in der Zirkulation an Albumin. Und Albumin hat eine sehr lange Halbwertszeit, und dadurch wird die Auswaschung über die Niere sozusagen verzögert. Und diese C16-Fettsäure, die Liraglutid hat, die ist im Semaglutid durch eine C18-Fettsäure ersetzt worden. Und diese Fettsäure führt dazu, dass das Molekül deutlich länger und deutlich stärker an das Albumin bindet, und dadurch wird die Halbwertszeit von zwölf Stunden im Liraglutid auf 160 Stunden bei Semaglutid erhöht. Das ist der einzige Unterschied.

Moderatorin [00:19:48]

Okay. Jetzt gehen wir mal so ein bisschen vielleicht zu Ihnen rüber, Frau Hilbert. Und zwar ist es ja jetzt auch gar nichts Neues, dass Adipositas medikamentös ... oder dass es chirurgische Behandlungsmöglichkeiten gibt. Dann kommt ja oft dieser überspitzte Ratschlag -- das ist jetzt auch eine Frage der Kolleginnen und Kollegen -- bei Übergewicht hilft einfach Sport oder eine Diätdisziplin, was auch immer da geraten wird. Ist dieser Erfolg von Semaglutid nun eine Bestätigung dafür? Oder ist das vielleicht eher eine Widerlegung dieses Ratschlags? Also was passiert da vielleicht auch mit der Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas?

Anja Hilbert [00:20:26]

Ich denke, einfache Ratschläge, das weiß man aus der Präventionsforschung, die wirken eigentlich eher Stigma fördernd. Adipositas, das wissen wir, ist eine der am pervasivsten stigmatisierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Und das hat viele, viele Folgen für die Betroffenen. Es findet in allen möglichen Lebensbereichen statt. Der Kern der Stigmatisierung, der besteht eigentlich darin, dass man den stigmatisierten Menschen mit Adipositas zuschreibt, sie seien selbst an ihrem Übergewicht schuld und sie müssten sich doch einfach nur ein bisschen anstrengen, dann würde das alles schon wieder. Das ist aber wirklich bei weitem nicht so. Ich denke auch, dass die medizinische psychologische Community dies immer mehr anerkennt, dass es sehr schwer ist, Gewicht zu verlieren und vor allem aber auch verlorenes Gewicht zu halten.

Natürlich wirft die Erfindung von solchen Medikamenten, die zu einem so großen Gewichtsverlust führen, auch die Frage auf: Was ist eigentlich wirksam in Bezug auf das Gewicht? Wie muss man



sich die Körpergewichtsregulation vorstellen? Und welchen Einfluss hat man tatsächlich, mit Verhaltensmöglichkeiten darauf einzuwirken? Und diese sind offensichtlich nicht so groß.

Trotzdem, Sie fragten noch nach Stigmatisierung. Ich glaube, die Einführung dieser Medikamente hat ganz, ganz viele verschiedene Konsequenzen, mögliche Konsequenzen, muss ich sagen. Ich habe gestern noch mal geguckt in der Literatur: Stigma und Semaglutid oder GLP-1, da gibt es wirklich überhaupt nichts an Forschung. Man kann sich vorstellen, dass immer, wenn man vermittelt bekommt, es ist doch einfach, erhöht das den gesellschaftlichen Druck in Richtung Schlankheit. Dann hat man diejenigen, die schön abnehmen, wie Elon Musk zum Beispiel es berichtet, da wird sich die empfundene oder auch Selbststigmatisierung natürlich reduzieren. Also wenn mehr Menschen so gut abnehmen können, wird sich die Stigmatisierung verringern. Aber gleichzeitig wird es ja auch immer noch Personen geben, die das Medikament nicht einnehmen können oder wollen oder es auch nicht bekommen können. Es vielleicht sich auch nicht leisten können, wenn das nicht von [den] Krankenkassen getragen wird. Und ich denke, diese geraten unter einen erhöhten gesellschaftlichen Druck, das heißt, sie werden wahrscheinlich mehr Stigmatisierung empfinden. Selbststigmatisierung bleibt.

Moderatorin [00:23:27]

Sie haben das gerade schon mit den Krankenkassen angesprochen. Das ist vielleicht ein spannender Punkt und auch eine Frage, die von außen gestellt wurde. In Deutschland ist es ja so, dass Semaglutid noch als sogenanntes Lifestyle Medikament geführt wird. Das ist kein Begriff, den ich mir gerade ausgedacht habe. Das wird so im Sozialgesetzbuch tatsächlich geschrieben. Darunter fallen mehrere Medikamente, die vor allen Dingen ja zur Selbstoptimierung gedacht sind. Und da fällt Semaglutid als Abnehmmedikament auch drunter. Wie ist das jetzt in Deutschland? Vielleicht Herr Aberle, Sie kennen sich da wahrscheinlich im Patientenkontakt auch sehr gut aus. Glauben Sie, dass das in Deutschland von den Kassen übernommen wird, so wie es ja in der Schweiz schon ist? Und kennen Sie da vielleicht schon den Zeithorizont?

Jens Aberle [00:24:12]

Na ja, das ist ja im Moment noch spekulativ. Aber in dem Feld ist gerade sehr viel Dynamik. Das kann man vielleicht so sagen. Sie haben völlig recht, im Moment greift noch der Paragraph 34 vom SGB 5, und der schließt Medikamente zur Gewichtsreduktion von der Erstattung aus. Also das ist nicht mal schlechter Wille oder nicht vorhandener Wille der Krankenversicherung. Sie dürfen es schlichtweg nicht übernehmen.

Und das steht im Widerspruch zur Anerkennung von Adipositas als Erkrankung nicht nur von den Fachgesellschaften, sondern auch [vom] Deutschen Bundestag seit 2020. Der Deutsche Bundestag hat den GBA ja auch beauftragt, ein Disease-Management-Programm, ein DMP für Adipositas zu entwickeln, was wir gerade entwerfen. Jetzt haben wir auf der einen Seite die Anerkennung von Adipositas als Erkrankung und eine riesige, riesige Menge von Patienten, die darunter leiden. Auf der anderen Seite werden Therapiemaßnahmen zur Adipositas nicht erstattet von den Krankenversicherungen. Das betrifft nicht nur die Medikamente, sondern auch so banale Dinge wie Ernährungsberatung oder Basistherapie, wenn man so will. Auch die sind nicht so einfach verordnungsfähig. Und da ist einfach ein schreiender Bedarf zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Adipositas.

Die Deutsche Adipositas Gesellschaft setzt sich da auch sehr viel für ein. Da gibt es auch viele Informationen auf der Homepage, und da ist viel Dynamik in dem Feld. Vielleicht kann man das so umschreiben: Es gibt hier eine ganze Reihe von Gesprächen mit Mitgliedern des Gesundheitsausschusses, die auch sehr intensiv zuhören. Und wir sehen das, wie Sie gesagt haben, auch in der Schweiz, in England, dass für bestimmte Indikationen, häufig BMI ab 35, Medikamente erstattet



werden, manchmal auch in England, über einen Zeitraum von zwei Jahren. Aber da gibt es sozusagen eine Öffnung. Und wir hoffen, dass das vielleicht in einem Zeitfenster von ein, anderthalb Jahren in Deutschland auch so sein könnte.

Moderatorin [00:26:11]

Sie haben gerade schon andere Therapien angesprochen. Etwas, das man kennt, ist die sogenannten Magen-OP oder der Magen-Bypass. Da gibt es, glaube ich, auch verschiedene Arten. Viele Patienten haben die Hoffnung, diese OP, die ja durchaus auch ein großer Eingriff ist, durch diese medikamentösen Therapien umgehen zu können. Da ist die Frage aufgekommen, ob solche Medikamente wirklich eine Alternative darstellen können und wenn ja, für wen vielleicht? Herr Aberle, aber Sie können vielleicht einfach direkt weitermachen.

Jens Aberle [00:26:44]

Wenn wir uns die Studien angucken und wir sehen, dass Medikamente [eine] Gewichtsreduktion von 20-22, vielleicht in Zukunft 25 Prozent machen - Herr Müller muss das noch vorstellen, wenn Sie uns das zur Verfügung stellen demnächst -, dann kommt man natürlich sehr, sehr nah an die Effektivität von Operationen zur Gewichtsreduktion. Das heißt, ja die Antwort ist völlig klar. Das wird eine ganze Reihe von Patienten zunächst mal von den Operationen abhalten, sofern die Medikamente dann irgendwann erstattungsfähig werden.

Trotzdem gibt es natürlich einige substanzielle Unterschiede. Die Operationen sind eine in Anführungsstrichen gewünschte dauerhafte Lösung, die ohne tägliche oder wöchentliche Medikationseinnahme zur Gewichtsreduktion [führt] und dann vielleicht auch noch ein bisschen effektiver [ist], mit 30-35 Prozent Gewichtsreduktion. Das ist dann ein ganz persönliches Ermessen der Patienten: Was möchte ich lieber? Da wird es sicherlich für die einen und für die anderen Patientengruppen Bedarf geben. Aber ein Teil der Patienten wird sicherlich dann nicht mehr operiert werden müssen.

Moderatorin [00:27:55]

Dann gebe ich an Herrn Müller noch einmal zurück. Und zwar wurde noch mal die Frage zur doppelten Dosis von Wegovy gestellt. Wir hatten ja gerade schon kurz darüber gesprochen, es quasi nur eine Nachfrage: Ist die höhere Dosis nur deshalb nötig, um über die Blut-Hirn-Schranke zu kommen? Oder sind für die Wirkung im Gehirn per se höhere Konzentrationen nötig?

Timo Müller [00:28:16]

Es ist für die Behandlung von Adipositas grundsätzlich etwa die zweifache Dosis notwendig im Verhältnis zu der Dosis, die wir für den Typ-2-Diabetes benutzen. Liraglutid und auch Semaglutid sind nicht in der Lage, die Blut-Hirn-Schranke zu überschreiten. Aber es gibt bestimmte Regionen - und das sind gerade die Regionen im Gehirn, die für die Regulation der Nahrungsaufnahme zuständig sind -, die das auch nicht brauchen. Es gibt bestimmte Regionen wie den Hypothalamus oder auch bestimmte Regionen im Hirnstamm, die auch von der Blutzirkulation erreicht [werden], ohne dass die Medikamente die Blut-Hirn-Schranke durchschreiten müssen. Und da gehört Semaglutid [und] auch Liraglutid dazu.

Moderatorin [00:28:57]

Okay, dann kommen wir mal zu Ihrer Forschung. Das ist vielleicht für Sie jetzt auch interessant. Sie forschen an einem dualen Konzept. Man kennt das vielleicht schon unter dem Namen Tirzepatid.



Das ist auch ein Wirkstoff, der auf den GLP-1-Rezeptor wirkt, aber gleichzeitig noch auf einen anderen. Vielleicht können Sie einmal kurz die Unterschiede zwischen Tirzepatid und Semaglutid beschreiben und vor allen Dingen auch den Unterschied in den Effektstärken.

Timo Müller [00:29:30]

Das Konzept, das wir damals entwickelt haben - publiziert haben wir das 2013, also ziemlich genau vor zehn Jahren -, basierte darauf, dass wir die Sequenz... [Satz bricht ab] Das Molekül GLP-1 besteht aus bestimmten Aminosäuren und diese Aminosäuren sind sehr ähnlich zu einem anderen Hormon, das ebenfalls im Pankreas die Insulinsekretion stimuliert: das Glukose-abhängige insulinotrope Polypeptid. Das ist ein komplizierter Name, Abkürzung GIP.

Wenn man die Sequenz dieser beiden Hormone, GLP-1 und GIP, sozusagen fusioniert, [so] dass man ein Molekül hat, das gleichzeitig an den Rezeptoren für GLP-1 und für GIP bindet und diese Rezeptoren aktiviert, dann führt das zu einer deutlich stärkeren Wirkung - nicht nur auf [...] die Regulation des Blutzuckers, sondern auch auf die auf die Regulation der Nahrungsaufnahme. [...]

Der Gewichtsverlust mit diesem sogenannten dualen Agonisten ist dann noch mal deutlich stärker im Verhältnis zu GLP-1 allein. Das Medikament - oder dieses Konzept, das wir entwickelt haben - wurde von verschiedenen Pharmafirmen aufgegriffen. Die prominenteste ist die Firma Eli Lilly. Die haben dann ihren eigenen dualen Agonisten basierend auf unserem Konzept entwickelt. Und dieses Medikament ist mittlerweile in den USA für die Behandlung von Typ-2-Diabetes zugelassen.

Für die Behandlung der Adipositas ist die Zulassung ausstehend, aber beantragt. Es wird sicherlich auch zeitnah bei uns in Deutschland zugelassen werden und die Wirkung auf das Körpergewicht ist noch mal deutlich stärker im Verhältnis zu Semaglutid. Hier reden wir im Durchschnitt und nach [einer] etwa 70-wöchigen Behandlung [von] ungefähr 22-23 Prozent - wobei sehr, sehr viele dieser Patienten mehr als 25 Prozent Gewicht verlieren.

Moderatorin [00:31:29]

Wir sehen also, da ist viel Forschung im Kommen da wird noch einiges passieren. Wenn die Studien in den USA schon laufen, dann wird es sicherlich auch hier bald eine größere Rolle spielen. Das führt natürlich dazu, dass das Interesse immer weiter steigt, nicht nur an dem einen Wirkstoff, sondern auch an verschiedenen Wirkstoffgruppen. Und das interessiert gerade durch die sozialen Medien zunehmend auch Menschen, die nur etwas mollig sind, die vielleicht über die Feiertage ein bisschen viel zugenommen haben, die [aber] gar nicht in dieses Schema Adipositas oder diesen BMI über 27 mit Begleiterkrankungen - wie Sie das vorhin erläutert hatten, Herr Aberle -, fallen. Würde diese Substanz da auch wirken? Gibt es da Risiken? Vielleicht Herr Aberle.

Jens Aberle [00:32:11]

Na also, wirken tut sie auch. Die Frage ist nur, ob das sinnvoll ist. Medizinisch und auch was die Versorgung angeht mit Medikamenten. Aber funktionieren tut das. Selbst wenn man Menschen mit einem BMI von unter 27 behandelt, dann reduzieren die ihr Gewicht. Das ist dann natürlich absolut nicht mehr so viel, weil das geht ja immer nach Prozent der Gewichtsreduktion. Und wenn das Ausgangsgewicht geringer ist, dann ist selbst bei ähnlichen Prozent die absolute Gewichtsreduktion nicht mehr so viel, aber es funktioniert trotzdem.

Und natürlich ist das Körpergewicht nicht immer nur gekoppelt an die Grenzen der WHO. Also wo fühle ich mich wohl, wo fühle ich mich übergewichtig? Da kann Frau Hilbert bestimmt Monologe halten von mehreren Stunden, was gesundes Körpergewicht ist oder was das eigene empfundene, gesunde und gute Körpergewicht ist. Insofern gibt es durchaus Nachfrage und immer wieder



press briefing

Patienten, die auch mit niedrigeren BMI-Stufen zu uns kamen und den Wunsch nach Behandlung haben.

Moderatorin [00:33:17]

Dann würde ich Ihnen Frau Hilbert die Frage quasi auch noch mal stellen. Wie groß ist denn die Gefahr, dass das ja als Lifestyle Medikament genutzt wird und vielleicht dieser ganzen ärztlichen Betreuung so ein bisschen entflüchtet? Und wie kann man diesem Missbrauch denn vielleicht auch vorbeugen?

Anja Hilbert [00:33:32]

Also ich denke, das ist ein großes Problem, weil viele Menschen natürlich denken, sehen: Ja, da gibt es diese Pille und da muss ich mich auch nicht mehr groß anstrengen. Sie möchten das nehmen und bekommen können und sobald es erhältlich sein wird, werden sich sicher viele überlegen, ob sie sich das leisten können. Der Preis könnte sie noch abschrecken. Und ich denke, es ist ganz wichtig zu betonen, dass es kein Lifestyle-Medikament ist. Im Moment ist es das nicht. Es soll ärztlich verordnet werden nach bestimmter Indikation und eben die Einnahme muss auch überwacht werden.

Es gibt auch Nebenwirkungen. Das ist denke ich wichtig immer wieder zu betonen. Aber ich denke man wird sehen, dass immer mehr Patienten oder manchmal Patienten, also Menschen mit Übergewicht, die gar nicht abnehmen müssten, sich diesem zuwenden. Ich sehe das immer so ein bisschen ähnlich wie die Trends zum Fettabsaugen oder plastischer Chirurgie. Das wird sich, denke ich, auf Dauer nicht wirklich verhindern lassen.

Moderatorin [00:34:49]

Ja, Herr Müller, gerne dazu.

Timo Müller [00:34:51]

Ja, vielen Dank. Also eine Sache, die sich in den Mausstudien sehr schön experimentell nachweisen lässt, ist, dass der Gewichtsverlust dieser GLP-1-Mimetika umso größer ist, je mehr Fettmasse die Maus oder die Nagetiere haben. Wir haben bei uns Studien gemacht, wo wir verschiedene Grade der Adipositas sozusagen im Tiermodell nachgebildet haben, und haben dann geschaut, wie effektiv wirken denn nun diese Medikamente? Und es ist de facto so, dass der Gewichtsverlust stark rapide nachlässt, je weniger Körperfett das Tier hat. Das heißt, wenn ich jetzt in ein Tier rein-gehe, das ein ganz normales Körpergewicht hat, eine mit Kohlenhydrat gefütterte Maus, dann führt dieses GLP-1 eigentlich fast gar nicht zu einem Gewichtsverlust.

Also das sind relativ sichere Medikamente, auch der Effekt auf den Blutzucker funktioniert eigentlich nur unter Bedingungen, wo der Blutzucker erhöht ist. Wenn der Blutzucker normal ist, ist GLP-1 nicht mehr in der Lage, die Insulinsekretion zu stimulieren. Deswegen können dieses Medikament auch adipöse Patienten nehmen, die an keinem Typ-2-Diabetes leiden. Also im Gegensatz zu vielen anderen Medikamenten in der Adipositas-Historie ist GLP-1 ein relativ sicheres Medikament, weil es einfach aufhört zu wirken, wenn man es nicht mehr braucht.



press briefing

Moderatorin [00:36:16]

Es kam gerade eine kurze Nachfrage zu dem, was Sie gesagt hatten, Frau Hilbert. Sie hatten gesagt, viele Menschen würden überlegen, ob sie es sich leisten könnten. Aber es müsste schon ärztlich verordnet werden. Das ist richtig, oder?

Anja Hilbert [00:36:29]

Ja, so ist es im Moment von der EMA zugelassen. Also aus meiner Sicht muss das so gemacht werden, dass es kein na ja, kein pflanzliches Stärkungsmittel irgendwie, was in den Apotheken, over the counter verkauft wird.

Moderatorin [00:36:47]

Okay, das ist vielleicht auch eine passende Frage, die auch noch reinkam, und zwar mal rein hypothetisch. Also angenommen, es gäbe jetzt Patienten und Patientinnen, die sich ein Rezept für Wegovy ausstellen lassen würden, ohne vielleicht die Absicht zu haben, ihren Lebensstil zu ändern, also wirklich dann diese verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu machen und das so ein bisschen als easy way out behandeln könnten, kann natürlich immer passieren. Gäbe es Mechanismen vielleicht auch im Gesundheitssystem, die dem Ganzen entgegenwirken könnten? Herr Aberle, Frau Hilbert, ich weiß nicht, wer zuerst antworten mag.

Anja Hilbert [00:37:23]

Also das weiß Herr Müller wahrscheinlich besser. Es gibt ja einige von den Diabetes-Studien haben ein wenig Verhaltenstherapie oder bis gar keine mit drin. Deswegen würde ich davon ausgehen, dass es auch wirkt ohne Verhaltenstherapie.

Timo Müller [00:37:44]

Verzeihung, Sie haben völlig recht. Also, die präklinischen Studien, die man durchführt, die kommen ja normalerweise nicht mit einer Verhaltenstherapie. Das heißt wir beobachten die Maus, während die Maus weiterhin ad libitum, also ohne Restriktionen der Nahrungsaufnahme, weiterhin mit einer sehr fettreichen Diät gefüttert wird. Das heißt, diese Maus, obwohl sie ausschließlich Zugang zu fettreicher Diät hat, nimmt substanzuell an Körpergewicht ab. Das reflektiert wahrscheinlich das in der Situation in der Klinik wahrscheinlich die Umstellung des Lebensstils zusätzlich noch einen positiven Effekt hat, aber nicht ausschlaggebend ist dafür, dass das Medikament Gewicht reduziert.

Moderatorin [00:38:32]

Wir bleiben mal ein bisschen bei der Studienlage, [...] und zwar ist es ja so, dass für Wegovy in den USA auch schon Studien mit Heranwachsenden, also 12- bis 18-jährigen Patienten und Patientinnen durchgeführt wurden. Und es wurde auch von der FDA zugelassen. Also in den USA ist für Heranwachsende Wegovy durchaus schon eine Therapieoption. Hier in Deutschland ist das noch nicht der Fall. Es wird explizit gesagt, es gibt da noch nicht genug Ergebnisse. Jetzt ist aber gerade durch Social Media natürlich eine jüngere Generation angesprochen. Was ist denn da vielleicht auch zu der Gefahr, bei der Anwendung von Nicht-Erwachsenen zu sagen? Frau Hilbert...



Anja Hilbert [00:39:11]

Na ja, Jugendliche gelten allgemein aus psychologischer Sicht als eine besondere Risikogruppe für die Entwicklung von psychischen Störungen. Und man muss natürlich sagen, dass wahrscheinlich der gesellschaftliche Druck steigt, wenn so ein Medikament verfügbar ist. Das ist so ein bisschen ähnlich wie das, was ich vorhin gesagt habe. Also diejenigen, die das Medikament dann bekommen können, bei denen wird sich das Wohlbefinden steigern, das muss man wirklich sagen. Die psychischen Effekte sind sehr deutlich nachgewiesen: Lebensqualität verbessert sich, Stimmung verbessert sich, Kontrolle des Essverhaltens gelingt besser, das Craving – also das Suchen nach Nahrung, Essbedürfnis, nimmt ab. Das bedeutet also: Den Jugendlichen wird es besser gehen. Dabei sinkt dann auch wahrscheinlich das Essstörungen-Risiko, wenn sie nicht mehr so viel Nahrungsbedürfnis empfinden, zum Beispiel sich keine Essanfälle entwickeln können.

Die Frage ist dann natürlich bei den Jugendlichen, die nicht an das Medikament kommen können: Wird sich das (ähnlich) als Benachteiligung in umgekehrter Richtung ausschlagen können. Das ist aber wirklich jetzt spekulativ, was ich sage. Also Forschung gibt es dazu gar keine.

Moderatorin [00:40:43]

Herr Aberle, vielleicht spielt es bei Ihnen, gerade bei jüngeren Menschen schon eine Rolle, das Medikament?

Jens Aberle [00:40:47]

Also Semaglutid war ja bis jetzt tatsächlich erst ab 18 zugelassen, oder ist es in Europa immer noch – die Veränderung nach der STEP-TEENS Studie ist ja aber von der FDA ja auch gerade ein paar Wochen alt. So dass Semaglutid jetzt bei unter 18-jährigen im Moment noch keine Rolle spielt. Allerdings ist das Medikament schon zugelassen ab zwölf und das wird tatsächlich vereinzelt auch eingesetzt bei Jugendlichen. Das sind aber, muss man sagen, dann ganz spezielle Indikationen, die uns üblicherweise aus der Kinderklinik zugewiesen werden, bei adipösen, deutlich adipösen Jugendlichen über der 97ten Perzentile, viele, die mit konservativen Maßnahmen keinen Erfolg haben.

Und wenn man sich vorstellt, was auch im Klassenverband, also mit diesen Menschen oder mit diesen Kindern, Jugendlichen passieren kann, dann kann man da natürlich auch durchaus positive Effekte erreichen. Aber das machen wir uns nicht leicht, das ist immer im Dialog mit den Kindern und Jugendpsychiatern und auch mit den Kinderärzten natürlich, aber das findet auch statt. Also die Therapie wird auch immer mal wieder initiiert.

Moderatorin [00:41:56]

Okay, wir haben jetzt nur noch ein paar Minuten übrig, deswegen würde ich ein paar spezifische Fragen quasi kurz und knapp noch mal in die Runde werfen. [...] Es wurde gefragt: Gerade in der hohen Dosis - gibt es vermehrte Risikosignale für Pankreatitis?

Timo Müller [00:42:16]

Herr Aberle?

Jens Aberle [00:42:19]

Also, die Pankreatitis ist eine der potenziellen Nebenwirkungen, die auftreten kann, das erhöhte Risiko ist minimal, und wenn Pankreatitiden auftreten, in den Studien, dann ist es in den meisten



press briefing

Fällen, 8 von 10, durch Gallensteine bedingt, dass man sagen kann, ganz, ganz, ganz kleines Signal, aber klinisch nicht relevant, weil es extrem selten ist.

Moderatorin [00:42:45]

Herr Aberle, vielen Dank. Dann gebe ich einmal zu Ihnen. Herr Müller: Wird bevorzugt das viszerale, hormonell aktive Fett reduziert, und in welchem Anteil zum gesamten Körperfett?

Timo Müller [00:42:57]

Das ist eine gute Frage, also da muss ich sagen, haben wir jetzt präklinisch relativ wenig Daten, weil wir primär, wenn wir solche Studien machen, immer nur den Gesamtkörper, das Gesamtkörperfett messen können. Das ist dadurch bedingt, dass wenn man quasi unterscheiden will zwischen viszeralem und inguinalem Fett, dann müssen wir die Tiere anästhesieren, und das hat dann alleine schon einen sehr starken Effekt auf das Körpergewicht. Deswegen versucht man das eher zu vermeiden. Ich bin mir nicht sicher, was die klinischen Studien sagen, weil da kann man das sehr gut machen. Vielleicht weiß Herr Abele das?

Jens Aberle [00:43:37]

Ja, da sind tatsächlich immer Substudien gelaufen mit DEXA-Scans, und da sieht man, dass im Prinzip das viszerale Fettgewebe abnimmt, aber jetzt nicht überproportional zu anderen Formen der Gewichtsreduktion. Also das ist relativ in dem, was man erwarten würde.

Moderatorin [00:43:53]

Okay. Dann haben wir noch zwei kleine Fragen und dann würde ich auch schon in den Abschluss gehen. Und zwar einmal: Gibt es schon gesicherte Erkenntnisse zu positiven Begleiterscheinungen der Medikamente – neben dem Abnehmen? Also gibt es vielleicht Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder ähnlichem? Oder ist das bisher eher eine Vermutung?

Jens Aberle [00:44:14]

Na also, gerade zu Semaglutid, aber auch zu Liraglutid, gibt es natürlich viele kardiovaskuläre Endpunktstudien aus der Diabetologie, die eine Reduktion von kardiovaskulären Endpunkten zeigen, von Liraglutid sogar von Mortalität. Und das ist ja auch der Grund, warum wir mit einem so guten Gefühl diese Medikamente einsetzen, weil die klinische Studienlage einfach exorbitant gut ist, auch was harte Endpunkte angeht. Also Antwort: Ja, die gibt es.

Timo Müller [00:44:43]

Also genau hier unterscheiden sich ja die GLP-1-Mimetika von historischen Medikamenten. Es gab auch in der Vergangenheit schon Medikamente, die das Körpergewicht über 10 Prozent senken konnten. Die waren allerdings alle dann kardiovaskulär nicht wirklich sicher. Also GLP-1 ist hier eine lobenswerte Ausnahme, weil hier tatsächlich die kardiovaskulären Endpunkte tatsächlich substanzial verbessert wurden.



press briefing

Moderatorin [00:45:05]

Vielleicht ein spannender Punkt und die letzte kurze Frage noch. Ich weiß gar nicht, vielleicht an Sie beide, Herr Aberle, Herr Müller: Eignen sich Semaglutid oder dann im Endeffekt auch Tirzepatid in hoher Dosierung, auch bei Prädiabetes, also zur Verhinderung der Konversion? Herr Müller oder Herr Aberle?

Jens Aberle [00:45:23]

Ja, ich fange an und dann machen Sie den Abschluss. Also ja, tun Sie. Jede Form der Gewichtsreduktion verbessert oder reduziert das Risiko der Transmission vom Prädiabetes zum Diabetes. Und wenn die Gewichtsreduktion bei 15, 20, 22 Prozent liegt, dann ist das natürlich ein extrem positiver Effekt auf die Veränderung einer Diabetes-Manifestation. Das ist auch in einzelnen Substudien gezeigt, in denen Prädiabetiker eingeschlossen wurden. Also ja klar, das funktioniert.

Timo Müller [00:45:52]

Also, wenn ich noch einen Punkt dazu ergänzen darf: Hundertprozentig. Also das stimmt. Also GLP-1-Mimetika können auch quasi präventiv bei einem Prädiabetes eingesetzt werden. Das liegt auch unter anderem daran, dass die GLP-1-Mimetika antiapoptotisch und antiinflammatorisch im Pankreas wirken. Das heißt also erstens verbessern sie natürlich das, was wir Glucotoxizität nennen.

Das heißt also, das Überfluten der Bauchspeicheldrüse mit zu viel Glukose führt natürlich dann zu einer Insulinresistenz und das wird natürlich dann durch diese GLP-1-Mimetika verbessert. Dazu kommt noch, dass die GLP-1-Mimetika relativ gut in der Lage sind, entzündliche Faktoren, sogenannte Zytokine im Pankreas zu inhibieren und auch dann zu einem geringeren Zelltod zu führen, also Apoptose. Und das führt natürlich dann auch wieder zu einer Verbesserung der insgesamten Pankreasfunktionen.

Moderatorin [00:46:50]

Okay, dann würde ich vorschlagen, wir kommen so langsam zum Abschluss und ich würde noch eine kleine Abschlussfrage einmal an Sie alle stellen. Vielleicht auch so ein bisschen als Fazit für Sie selbst. Da würde ich gerne mit Ihnen, Frau Hilbert, beginnen. Wo sehen Sie den Einsatz der Abnehmspritzen in Zukunft? Ist das wirklich so ein Gamechanger, wie es gerade beschrieben wird? Und vor allen Dingen, wie sollte jetzt genau auch darüber berichtet werden in den Medien?

Anja Hilbert [00:47:14]

Also ich denke ganz klar, das ist ein Gamechanger in der Adipositas-Therapie. Es wird uns denke ich im Gesundheitswesen, wenn wir tatsächlich für die Adipositas abrechenbar machen können, sehr viel weiterhelfen. Die Menschen werden gesünder werden, werden schlanker werden.

Ihre zweite Frage war dann in Bezug auf die Medien, wie man es darstellen sollte. Ich denke, man sollte klar darstellen, dass dieses Medikament eine wirkliche Medizin ist. Also aktuell kein Lifestyle Medikament, was ärztlich verordnet werden muss und auch überwacht werden muss bei bestimmten Indikationen.



press briefing

Moderatorin [00:48:04]

Dann gehen wir einfach mal die Runde umgekehrt wie am Anfang, dann würde ich an Herrn Aberle weitergeben.

Jens Aberle [00:48:09]

Ich würde dem zustimmen. Gamechanger ist ja so ein Schlagwort, das hier aber absolut zutrifft. Wir hatten noch nie Medikamente, die auch nur in der Nähe einer Effektivität waren, wie wir es jetzt erleben und die dazu noch sicher sind mit guten Endpunktstudien, die uns vorliegen. Insofern wird das eine zunehmende Rolle spielen, auch zu Recht.

Aber wir behandeln, und das ist immer wichtig, aus medizinischer Indikation. Also wir behandeln, damit Patienten gesünder werden oder gesund bleiben. Wir behandeln nicht aus kosmetischer Indikation. Und daher wird es auch immer so bleiben, dass eine ärztliche Indikationsstellung gestellt werden muss und man die Medikamente nicht anders bekommen kann.

Moderatorin [00:48:51]

Okay, und zum Abschluss Herr Müller?

Timo Müller [00:48:54]

Ich schließe mich da nahtlos an meine Kollegen an, es ist tatsächlich ein wirklicher Gamechanger. Wir sind jetzt erstmalig in der Lage, das Körpergewicht deutlich über 10 Prozent mit einem tolerablen Sicherheitsprofil zu induzieren. Ich weiß allerdings, und das wissen die Kollegen auch, dass natürlich die Pipeline der pharmazeutischen Unternehmen nicht stillstehen. Es wird da immer noch eine weitere Verbesserung geben.

Man arbeitet intensiv an der an der Entwicklung neuer Ko-Agonisten, neuer Tri-Agonisten. Und auch da wird sich in der Zukunft viel tun. Wir werden nicht nur stärkere Adipositas-Medikamente entwickeln. Wir werden auch die Entwicklung von Medikamenten sehen, die speziell personalisiert für bestimmte Begleiterkrankungen eingesetzt werden können, wie zum Beispiel Fettleber oder auch Arteriosklerose, das ist auch eine Komplikation, die man gut behandeln kann mit spezifischen Medikamenten. Also wir werden hier in der Zukunft eine Menge Neues, Spannendes erleben.

Moderatorin [00:49:57]

Ja, das klingt ja nach einem vielversprechenden Ausblick. Da sind wir zeitlich jetzt auch am Ende angekommen. Dann erst mal Danke an alle Journalistinnen und Journalisten für Ihre Fragen und natürlich einen ganz herzlichen Dank an Sie, Frau Hilbert, Herr Aberle und Herr Müller, dass Sie sich auch die Zeit genommen haben.

Das Transkript und die Aufzeichnung veröffentlichen wir so schnell wie möglich auf der Homepage. Wenn Sie vorher schon eine Videoaufzeichnung oder das maschinell erstellte, noch nicht überarbeitete Transkript benötigen, dann schreiben Sie uns gerne an redaktion@Sciencemediacenter.de. Einfach eine Mail schreiben, wir melden uns dann schnellstmöglich. Genau dann. Vielen Dank für Ihre Zeit. Ansonsten wünsche ich noch einen schönen restlichen Mittwoch und sage dann erst mal bis auf Wiedersehen. Dankeschön!



press briefing

Timo Müller [00:50:46]

Herzlichen Dank!

Anja Hilbert [00:50:47]

Ja, vielen Dank auch von meiner Seite.

Moderatorin [00:50:48]

Tschüss!



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Cheyenne Peters

Volontärin in der Redaktion für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des § 18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

