AUSGABE 11/2025

Diabetologen eG Hessen

# Newsletter Special

## für Mitglieder

14.11.2025

**Sonderausgabe**

**Liebe Mitglieder, liebe Kolleginnen und Kollegen,**
**Sehr geehrte Damen und Herren,**

der Einsatz von SGLT-2-Hemmer erfolgt mittlerweile flächendeckend und im Rahmen verschiedener Indikationen wie auch Fachgebieten. Insofern gibt Ihnen der beiliegende Newsletter noch einmal Hinweise zu Real-World-Daten und fasst bestehende Indikationen und Abrechnungshinweise übersichtlich zusammen.

Viel Spaß bei der Lektüre wünscht

Ihr Dr. Joachim van Gellecom

### Kardiorenal-metabolischer Schutz durch SGLT-2 Hemmer

Ein früher Einsatz von SGLT-2 Inhibitoren bei Typ-2 Diabetikern mit kardiorenalen Vorerkrankungen bzw. Risiken kann das Risiko von kardiovaskulären und renalen Ereignissen senken.

Boehringer Ingelheim

## Typ-2-Diabetes: Patient*innen profitieren von kardiorenalem Screening und früher Behandlung mit Jardiance®

Typ-2-Diabetes, Herz- und Nierenerkrankungen treten häufig auf und bedingen sich oft gegenseitig.[1] Daher ist das wichtigste Therapieziel nationaler und internationaler Leitlinien zu Typ-2-Diabetes die kardiorenale Prävention.[2,3,4] Dafür empfehlen sie auf Basis positiver Studienergebnisse bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und kardiorenalen Vorerkrankungen bzw. Risiken den frühen Einsatz von SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin, die gezeigt haben, dass sie das Risiko für kardiovaskuläre und renale Ereignisse senken können.[2,3,4]

### Risikofaktor Typ-2-Diabetes

Für die langfristige Krankheitsprognose von Menschen mit Typ-2-Diabetes ist die frühzeitige kardiorenale Risikostratifizierung von Bedeutung.[5,6] Dabei hängen Herz und Niere zusammen:
Sinkt die errechnete glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), ist nicht nur die Niere in Gefahr, sondern auch das kardiovaskuläre System. Umgekehrt ist NT-proBNP (N-Terminal pro B-Type Natriuretic Peptide) nicht nur ein Marker für Herzinsuffizienz, sondern auch für kardio-renale Komplikationen.[1]
Neben Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, HbA1c, LDL- Cholesterin und Blutdruck, sollten laut der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes deshalb Risikomarker wie eGFR sowie die Albuminurie (Albumin-Kreatinin-Quotient, UACR) ebenfalls regelmäßig gescreent werden. Die UACR hat hierbei als früher Marker einer strukturellen Nierenschädigung einen besonderen Stellenwert, denn diese kann bereits vor der Diagnose von Typ-2-Diabetes oder einer Hypertonie auftreten – etwa 10 bis 15 Jahre, bevor dies in der eGFR sichtbar wird.[7,8]

Deshalb empfehlen diabetologische, internistische und nephrologische Fachgesellschaften die Bestimmung der UACR für alle Menschen mit Typ-2-Diabetes bei der Eingangsuntersuchung und im regelmäßigen Verlauf. Dies erlaube im Vergleich zur alleinigen Bestimmung der eGFR eine zusätzliche Risikoabschätzung für kardiovaskuläre und renale Folgeerkrankungen.[3]
Auch die Erfragung der klassischen Symptome einer Herzinsuffizienz sollte regelmäßig erfolgen.[3] Bei Vorliegen von Symptomen oder Anzeichen einer Herzinsuffizienz bei Menschen mit Typ-2-Diabetes wird die Messung natriuretischer Peptide wie NT-proBNP empfohlen.[9]

## Renaler Benefit auch bei niedrigem Risiko

Bei den Bemühungen um die Verbesserung von kardiorenalen Ergebnissen standen Menschen mit Typ-2-Diabetes und geringem kardiovaskulärem und renalem Risiko bisher nicht im Fokus. So gab es für diese Patientengruppe lange nur wenige Daten. In einer Analyse von Real-World-Daten wurde die Langzeitwirkung von SGLT2-Inhibitoren, insbesondere Empagliflozin, im Vergleich zu DDP4-Hemmern bei Patient*innen mit niedrigem kardiorenalem Risiko untersucht. Insgesamt wurden in der Studie 19.648 Patient*innen nach Propensity-Score gematcht eingeschlossen, von denen 53 % kein Hinweise auf eine kardiovaskuläre oder Nierenerkrankung zeigten.[a] Über einen Medianzeitraum von 38 Monaten war die Anwendung von SGLT2-Inhibitoren im Vergleich zu DPP4-Hemmern in der Patientengruppe mit niedrigem Risiko mit einer signifikanten Reduktion des relativen Risikos um 23 % für den kombinierten Endpunkt (Abnahme der eGFR um 40 % oder mehr, Auftreten einer terminalen Niereninsuffizienz oder Mortalität) verbunden.[10]

## DMP Typ-2-Diabetes: Empagliflozin als Therapieoption für alle Patient*innen

Auch die Empfehlungen der DMP-Richtlinie Typ-2-Diabetes (T2D) zur medikamentösen Therapie raten bei Vorliegen einer manifesten arteriosklerotischen kardiovaskulären Erkrankung, Nephropathie oder Herzinsuffizienz zu einer Kombinationstherapie mit einem SGLT2-Hemmer wie Empagliflozin. Zusätzlich wird bei Patient*innen ohne die genannten Komorbiditäten empfohlen, bei Sulfonylharnstoff-Kontraindikation oder einem HbA1c-Zielbereich unter 7,0 % vorrangig Empagliflozin in Kombinationstherapie mit Metformin einzusetzen.[11]

**Budget-Tipp:** In den Indikationen Typ-2-Diabetes mit kardiovaskulärer Begleiterkrankung[b,c] und chronische Herzinsuffizienz unabhängig von der Ejektionsfraktion gilt eine bundesweite Praxisbesonderheit.[12,d,e]

Die Behandlung mit dem SGLT2-Inhibitor Empagliflozin ist für die Indikationen Typ-2-Diabetes, chronische Herzinsuffizienz und chronische Nierenkrankheit sowie einer Kombination dieser Erkrankungen zugelassen.[13] Der Therapiebeginn mit Empagliflozin in der Dosierung 10 mg ist in allen Indikationen bis zu einer eGFR von 20 ml/min/1,73m² möglich.[13]

**Fußnoten**

1 diabetesDE. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2025. Abrufbar unter: https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2025_final.pdf. Letzter Aufruf: Juni 2025.
2 Landgraf R et al., Diabetologie 2023, 18 (Suppl. 2):S162–S217.
3 Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes 2023, AWMF-Register-Nr. nvl-001.
4 Davies MJ et al., Diabetes Care 2022, 45:2753–2786.
5 Marx-Schütt K et al. Die Kardiologie. 2025;19(1):42-58.
6 Schütt K et al. Die Kardiologie. 2022; 16:358–371.
7 Leoncini G et al. J Nephrol. 2020;33(5):949-63.
8 Bailey CJ, Day C. The British Journal of Diabetes & Vascular Disease. 2012;12(4):167-71.
9 Marx N et al. European Heart Journal. 2023;44(39):4043-140.
10 Melzer-Cohen, C. et al. Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2023, 18(9), 1153-1162.
11 Gemeinsamer Bundesausschuss. DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2), der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)) und der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation). Abrufbar unter: https://www.gba.de/beschluesse/5503/ (letzter Aufruf Juli 2025).
12 GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V bezüglich der Anerkennung von Jardiance® Praxisbesonderheiten. Abrufbar unter: https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf (letzter Aufruf Juli 2025).
13 Fachinformation Jardiance®, aktueller Stand.

**Fußnoten**

a Patient*innen mit niedrigem kardiorenalem Risiko sind definiert durch eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m2 oder UACR < 30 mg/g.
b Wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert.
c Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßerkrankung mit ≥ 50 % Stenose oder Mehrgefäßerkrankung), instabile Angina pectoris (mit Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusserkrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung).
d Erwachsene mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz.
e Die auf diese Patient*innen entfallenden Verordnungskosten werden in einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (z. B. nach Richtgrößen, Richtwerten, Fallwerten) aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet; das geprüfte Verordnungsvolumen und damit der ärztliche Rechtfertigungsbedarf verringern sich entsprechend (nac
h § 130b Abs. 2 SGB V). Abrufbar unter: http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/130b.html (letzter Aufruf Juni 2025)

**Pharmazeutischer Unternehmer:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com
MPR-DE-101158 September 2025

Boehringer Ingelheim

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;
www.diabetologen-hessen.de