

Newsletter Special

für Mitglieder & Mitarbeiter

18.09.2026

Sonderausgabe

Fobi Diabetesberatung -> Bensheim

23.09.26, ab 14:30 Uhr

>> [hier anmelden](#) <<

Diabetes u. Dom interdisziplinär
-> Wetzlar, 26.09.26, ab 08:50 Uhr

>> [hier anmelden](#) <<

Workshop Technologie ab 14:00 Uhr

>> [hier anmelden](#) <<

Wechselseitige Zusammenhänge

Das CKM-Syndrom ist gekennzeichnet durch das Zusammenspiel metabolischer Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes und Adipositas mit CKD und kardiovaskulären Erkrankungen.¹

- Bis zu 40 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes haben auch eine CKD bzw. eine Herzinsuffizienz.
- Umgekehrt leiden bis zu 50 % der Patient*innen mit einer CKD auch an einer Herzinsuffizienz.
- Etwa 16 % sind von allen drei Krankheitsbildern betroffen.⁶

Jardiance®
(Empagliflozin)

Liebe Mitglieder,

erfreulicherweise gilt die vom Gesetzgeber kommunizierte Abschaffung der Praxisbesonderheiten NICHT für bereits anerkannte.

Die genauen Kriterien, wann das Medikament Empagliflozin als eine solche anerkannt werden kann, finden Sie im heutigen Newsletter wie auch nochmals eine Aufbereitung der aktuellen Differentialindikation.

Viel Spaß bei der Lektüre wünscht
Ihr/Euer Joachim van Gellecom

Das kardiorenal-metabolische Syndrom: Herz, Nieren und Stoffwechsel mit Jardiance® (Empagliflozin) gemeinsam adressieren

Anfang Juni haben die amerikanischen Fachgesellschaften American Society of Nephrology (ASN), American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA) und American Diabetes Association (ADA) erstmals eine gemeinsame Leitlinie zur Behandlung des kardiorenal-metabolischen (CKM-)Syndroms publiziert. Darin zählen SGLT2-Hemmer wie Jardiance® (Empagliflozin) zu den zentralen therapeutischen Säulen, da der Wirkstoff positive Effekte auf das gesamte kardiorenal-metabolische System aufweist.^{1,2} Auch in den Versorgungsleitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften spielen SGLT2-Hemmer bei der Behandlung von Typ-2-Diabetes, symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz und chronischer Nierenkrankheit (CKD) eine wesentliche Rolle.³⁻⁵

Wechselseitige Zusammenhänge

Das CKM-Syndrom ist gekennzeichnet durch das Zusammenspiel metabolischer Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes und Adipositas mit CKD und kardiovaskulären Erkrankungen.¹ Dies wird durch die hohe Überlappung der Erkrankungen deutlich.

Multi-Organprotektion durch SGLT2-Inhibition

Diese enge Verknüpfung macht deutlich, dass eine Therapie mehrere Organsysteme gleichzeitig in den Blick nehmen muss. Mit Jardiance® steht schon seit langem ein SGLT2-Inhibitor zur Verfügung, dessen gute Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Metaanalysen hinsichtlich kardialer, renaler und metabolischer Endpunkte belegt wurde.⁷⁻¹¹ Empagliflozin ist zugelassen zur Behandlung von

- Typ-2-Diabetes,
- symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz und
- CKD.

Die Therapie mit Empagliflozin kann bis zu einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) ≥ 20 ml/min/1,73 m² initiiert werden.²

Hausärzt*innen als zentrale Schnittstelle in der CKM-Versorgung

Bei der interdisziplinären Versorgung von CKM-Patient*innen spielen Hausärzt*innen als erste Anlaufstelle und Schnittstelle zu den Fachärzt*innen eine wichtige Rolle. Sie können mögliche kardiovaskuläre und renale Ereignisse der Patient*innen reduzieren, indem sie Risikopatient*innen strukturiert überwachen und frühzeitig eine Therapie mit SGLT2-Inhibitoren initiieren.

Versorgungslücke schließen – auch dank Praxisbesonderheit

Unter anderem deuten jedoch Analysen von Krankenkassendaten darauf hin, dass bei der leitliniengerechten Versorgung noch erhebliche Umsetzungslücken bestehen. Analysen von Krankenkassendaten zufolge erhielten im Jahr 2022 zwar 74,5 % der Patient*innen mit kardioresnalen Erkrankungen eine Therapie mit RAAS-Inhibitoren (Renin-Angiotensin-Aldosteron-System-Inhibitoren), jedoch nur 22 % einen SGLT2-Inhibitor und 19 % beide Therapien.¹²

Auch bei Menschen mit Typ-2-Diabetes besteht Nachholbedarf: In einer Querschnittsstudie von 4,5 Millionen gesetzlich Versicherten erhielten lediglich 4,9 % einen GLP-1-Rezeptoragonisten und 9,7 % einen SGLT2-Inhibitor.¹³ Um diese Versorgungsdefizite zu reduzieren, können Ärzt*innen eine leitliniengerechte Therapie mit SGLT2-Inhibitoren in die Wege leiten. Für den SGLT2-Inhibitor Jardiance® besteht hier eine Praxisbesonderheit, die in bestimmten Fällen geltend gemacht werden kann:

1. zum einen für Herzinsuffizienz-Patient*innen unabhängig von der Ejektionsfraktion (HFrEF, HFmrEF und HFpEF) und
2. zum anderen für Patient*innen mit Typ-2-Diabetes und manifester, kardiovaskulärer Erkrankung.^{a,b}

Das bedeutet, dass auf diese Patient*innen entfallenden Verordnungskosten bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet werden. Dafür muss die Erkrankung lediglich korrekt dokumentiert und ICD-codiert sein (Abbildung). Die Praxisbesonderheit kann auch geltend gemacht werden, wenn zusätzlich eine CKD vorliegt.^{14,15}

E11.7- Diabetes mellitus,
Typ 2 (mit multiplen Komplikationen)

Kardiovaskuläre Erkrankungen:

I60.-/I61.-/I62.-
/I63.-/I64.- Ischämischer oder
hämorrhagischer Schlaganfall

I21.-/I22.-/I23.- Myokardinfarkt

I25.- Chronische ischämische
Herzkrankheit

I20.- Angina pectoris

I70.2/I73.9 Periphere arterielle
Verschlusskrankung (pAVK)

Voraussetzung zur Geltung der **Praxisbesonderheit** für Diabetes-Patienten ist die Verordnung einer weiteren blutzuckersenkenden Arzneimitteltherapie zusätzlich zu Jardiance®.

I50.12 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium II

I50.13 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium III

I50.14 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium IV

N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1

N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2

N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

N18.1 und N18.2 dürfen nur dann codiert werden, wenn eine chronische Nierenschädigung nachgewiesen wurde (Nierenbiopsie, pathologische Urinbefunde wie Urineiwweißausscheidung etc.).

Referenzen

a. 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 Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung); wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert. | b. Nach § 130b Abs. 2 SGB V. Abrufbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgebv/130b.html>. Letzter Aufruf Juni 2026. | 1. Ndumele CE et al. 2026. JACC 29;87(22S):e1889-e2007. doi: 10.1016/j.jacc.2026.03.056. | 2. Fachinformation Jardiance®, aktueller Stand. | 3. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023. Abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001>. Letzter Aufruf: Juni 2026. | 4. Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung. Version 4.0. 2023 abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006>. Letzter Aufruf: Juni 2026. | 5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney Int 2024; 105: S117–S314. | 6. Vijay K et al. Cardiorenal Med 2022;12(1):1-10. | 7. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373 (22): 2117–2128. | 8. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. N Engl J Med 2023; 388:117; doi: 10.1056/NEJMoa2204233. | 9. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 10. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461 | 11. Herrington WG et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2025; 13: 1003-1014. | 12. Schneider CA et al. Atlas-Real-World Daten zur Versorgungsrealität in Deutschland. Poster 78296. Präsentation beim 131. DGIM-Kongress, 03.-06. Mai 2025, Wiesbaden. | 13. Thiele H et al. Clinical Adoption of Current Guideline Recommendations for Drug Treatment in Different Heart Failure Phenotypes. DGK Jahrestagung 2026, Mannheim. Poster P451. | 14. GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf. Letzter Aufruf: Juni 2026. | 15. Änderung der Arzneimittelrichtlinie zu Empagliflozin. Beschluss vom 15. September 2022. www.g-ba.de/downloads/39-261-5618/2022-09-15_AMRL-XII_Empagliflozin_D-799.pdf. Letzter Aufruf: Juni 2026

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hyprolose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metformin-unverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Chronische Nierenkrankheit: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Nierenkrankheit angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). *Sehr selten:* tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** März 2026

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



**Boehringer
Ingelheim**

Für die dargestellten Informationen ist der genannte Unternehmer verantwortlich. Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten wollen, so senden Sie uns bitte eine Nachricht an: info@diabetologen-hessen.de; www.diabetologen-hessen.de;