

# NEWSLETTER NOVEMBER 2024

Als Mitglied besser informiert!

Hessenmed e. V. · Gerloser Weg 20 · 36039 Fulda · T 0661 242 777-0 · Fax 0661 242 777-11/-19

[info@hessenmed.de](mailto:info@hessenmed.de) · [www.hessenmed.de](http://www.hessenmed.de)

## INHALT

TOP 1a) Patienten-Aufklärungskampagne zur ePA

TOP 1b) ePA – Nähere Betrachtung und weitere Informationen

TOP 2 Kritik an der neuen GOÄ – was ist da los?

TOP 3 Notfallversorgung mit Medikamenten im Pflegeheim

TOP 4 Kosten entgegen wirken – nutzen Sie unsere

Einkaufsrabatte für sich und Ihre Mitarbeiter

1a

## Aufklärungskampagne zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Im Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) verpflichtend eingeführt. MEDI Baden-Württemberg e. V. hat eine ePA-Aufklärungskampagne entwickelt, um seine Mitglieder, interessierte Praxen, die Patientinnen und Patienten sowie die Politik auf ungeklärte Fragen und Schwachstellen der ePA aufmerksam zu machen.

Hessenmed ist zusammen mit MEDI Baden-Württemberg Mitglied im Bundesverband MEDI Geno. Wir unterstützen grundsätzlich die Einführung der elektronischen Patientenakte. Zum jetzigen Zeitpunkt haben wir jedoch erhebliche Bedenken hinsichtlich der Praktikabilität aufgrund der sehr kurzen Testphase, des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Folgende Aspekte sehen wir zum aktuellen Zeitpunkt kritisch:

- **Gestörter Praxisablauf:** Nach den Erfahrungen mit den bisherigen Digitalisierungsprojekten (Konnektoren, Telematik, eRezept) kam es in vielen Praxen häufig zu Problemen, die den Praxisablauf erheblich behindert haben.
- **Kurze Testphase:** Die vorgesehene Testphase für die anstehende ePA von einem Monat betrachten wir als unrealistisch und nicht sachgerecht.
- **Beratung durch Praxen:** Bei der Einführung der ePA werden die Praxen die Beratungen durchführen müssen. Diese Zeit können wir in der aktuellen Versorgungslage nicht investieren.
- **Ärztliche Schweigepflicht:** Fragen des Datenschutzes sind aus unserer Sicht noch nicht ausreichend geklärt. Wir wollen keine Haftung für die Risiken im Zusammenhang mit der Einführung der ePA übernehmen. Für uns Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen

1a

und Psychotherapeuten hat die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit den Gesundheitsdaten unserer Patientinnen und Patienten oberste Priorität.

- **Datensicherheit gefährdet:** Der Datenzugriff in einem intransparenten europäischen Datenraum wird sehr schwer nachvollziehbar sein. Die Politik hat vorgesehen, dass nicht nur die an der Behandlung Beteiligten, sondern auch Forschungseinrichtungen oder Firmen auf die Daten zugreifen können. Die Vertraulichkeit der Gesundheitsdaten ist aus unserer Sicht damit nicht mehr gegeben.

Aufgrund dieser Bedenken haben wir erhebliche Einwände gegen die Einführung der ePA in der geplanten Form und zum jetzigen Zeitpunkt. **Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit des Widerspruchs.** MEDI möchte mit seiner Kampagne, Patientinnen und Patienten aktiv auf dieses Widerspruchsrecht hinweisen (Opt-out-Lösung). Der Widerspruch ist formlos bei den Krankenkassen möglich.

**Unterstützen Sie unsere ePA-Aufklärungskampagne für Patienten!**

Wir erarbeiten derzeit eine kritische ePA-Aufklärungskampagne für alle Praxen und ihre Patientinnen und Patienten. Unterstützen Sie unsere Kampagne! Sie wird ein Infoblatt als Aufklärung für die Patientinnen und Patienten sowie ein Praxisplakat enthalten. Wir werden **allen unseren Hessenmed Mitgliedsnetzen Materialien für die Patientenaufklärung zur Verfügung stellen.** Über Ihr jeweiliges Netz können Sie alle Materialien für die ePA-Aufklärungskampagne erhalten.

1b

**Eine nähere Betrachtung und weitere Informationen für Kolleginnen/Kollegen zur elektronischen Patientenakte (ePA)**

Ab 15. Januar 2025 startet in Franken und Hamburg der einmonatige Probelauf der ePA, dann soll die bundesweite Einführung beginnen. Von Euphorie bis tiefe Skepsis sind alle Befindlichkeiten in der Ärzteschaft repräsentiert (in der Öffentlichkeit halten sich die Informationen noch in Grenzen) und es gibt bisher viele Unklarheiten.

**Auf der nächsten Mitgliederversammlung am 04. Dezember 2024** werden wir nochmal eine Zusammenfassung präsentieren mit links, die zu wichtigen Quellen führen, sodass sich alle je nach Wunsch (und Zeit!) tiefer mit der Materie beschäftigen können. Eine konstruktive Diskussion über die Vor- und Nachteile und über die bestehenden Bedenken ist notwendig!

Eine wichtige Quelle ist z.B. **der Abschlussbericht des GKV – Spitzenverbandes**, der auf 43 Seiten eine ausführliche Information für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellt.

Der Bericht stellt die Vorteile der ePA in den Vordergrund, vor allem, dass durch die Digitalisierung die gesundheitliche Versorgung einfacher und sicherer würde.

Außerdem betont der Bericht, dass die Patientinnen und Patienten über eine App ihrer Krankenkasse ihre Daten selbständig verwalten können.

Das Entscheidende dabei ist aber die sog. Opt-out- Regelung, die besagt, dass die **Versicherten aktiv Widerspruch einlegen müssen**, wenn sie die ePA grundsätzlich ablehnen. Ein Widerspruch gegen die Datenherausgabe zu „gemeinwohlorientierten Zwecken“ (Forschung) muss gesondert erfolgen.

Genau wegen dieser Regelung gibt es Kritik. Es werden viele Menschen herausfallen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht widersprechen, ohne dass sie sich bewusst **für** die Datensammlung auf der ePA entscheiden. Damit wird automatisch die Schweigepflicht ausgehebelt. Was das für Konsequenzen in der Arzt-Patient -Beziehung haben wird, ist noch nicht in seinen Ausmaßen absehbar.

Die Gematik hat an das **Fraunhofer Instituts für sichere Informationstechnologie** ein Gutachten in Auftrag gegeben. Darin sind 21 Schwachstellen im ePA- Konzept herausgearbeitet worden, davon wurden 4 als hoch, 6 als mittel und 11 als gering eingestuft.

Dazu kommt, dass viele Fragen rechtlich (noch?) nicht eindeutig geklärt sind. Damit vergrößert sich die Grauzone, in der sich die Niedergelassenen bewegen, weiter!

Die Essenz dieser Kritiken ist die **Forderung nach einer Verlängerung der Probezeit**. Die offenen Fragen, v.a., was den Datenschutz betrifft, können unmöglich innerhalb eines Monats erfasst und behoben werden.

Von Seiten der Politik- und das betrifft **alle** Parteien- ist 30 Jahre lang nicht nur die Anpassung des Gesundheitswesens an veränderte Bedingungen sträflich vernachlässigt worden, sondern viele andere Dinge auch, die uns jetzt um die Ohren fliegen (eine angemessene Schulpolitik, Bahnverkehr, rechtzeitige Restaurierung von Brücken und vieles andere).

**Da kommt es nicht auf 3,4 oder 5 Monate Probezeit an, um mit wesentlichen persönlichen Daten verantwortungsvoll umzugehen und im Vorfeld die Lücken im System zu schließen!**

Zum Schluss noch ein Verweis auf ein Interview in der neuen Ausgabe von „Auf den Punkt“ der KV Hessen mit dem **Interview des Kollegen Peter Franz zur ePA**. Da sind definitiv wichtige Aspekte auf den Punkt gebracht!

2

*Ein Beitrag der Hessenmed Vorstandsvorsitzenden Rosemarie Wagner, die für Hessenmed an der ePA Task Force bei MEDI Geno teilnimmt.*

## Kritik an der neuen GOÄ – was ist da los?

Die neu zu beschließende GOÄ bringt gerade Proteste der Fachverbände hervor, doch kaum ein Niedergelassener weiß, worüber geredet wird, was die Neuerungen oder die Kritik an der GOÄ beinhalten.

Hessenmed hat folgendes recherchiert:

2

- Die GOÄ Ziffern wurden von Experten der Fachverbände neu kalkuliert und den Verhandlungspartner (Verhandlungspartner: Bundesärztekammer (BÄK), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der dbb Beamtenbund und Tarifunion (dbb)) übergeben.
- Dort wurde ohne Beteiligung der Ärzteschaft darüber beraten und die kalkulierten Leistungen gekürzt.

**Der Vorstandsvorsitzende Dr. Smetak von MEDI Geno bei dem Hessenmed Mitglied ist, kommentiert dazu folgendes:**

„Wir sehen bei dem vorgelegten GOÄ-Entwurf partiell drastische Verluste gegenüber der alten GOÄ, obwohl sie fast 30 Jahre alt ist. Das führt jetzt schon zu massiven Verwerfungen innerhalb der Ärzteschaft und einer Spaltung“, kritisiert Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg e. V. und praktizierender Kardiologe.

Laut Smetak mutiere die GOÄ damit zu einem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Privatversicherte. „Wir sehen hier eine klassische Honorarverteilung bei geeintem Ausgabenvolumen. Das führt, genau wie beim EBM, zu einem Umverteilungskampf und mangelnden Steigerungsmöglichkeiten“, ergänzt Smetak.

Vor allem technikaffine Fachgruppen seien beim neuen GOÄ-Entwurf die Leidtragenden. Die Abwertung technischer Leistungen verhindert laut MEDI eine zukunftsfähige und innovative medizinische Versorgung – in den Praxen und Kliniken. Smetak betont, dass MEDI sich politisch für die Bedingungen aller niedergelassenen Fachgruppen engagiert.

Der Ärzteverband fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, eine Spaltung der Ärzteschaft zu verhindern und Nachbesserungen an der neuen GOÄ konsequent vorzunehmen. „Die Versorgungslage und die Stimmung in der Ärzteschaft sind desaströs. Eine neue GOÄ darf nicht zum Kipppunkt des Gesundheitswesens werden. Wir werden alles tun, um das zu verhindern“, betont Smetak.

3

Der MEDI-Chef werde sich auch in all seinen weiteren Verbandspositionen wie beispielweise beim Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) und beim Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) gemeinsam mit dem Präsidium intensiv für eine Nachbesserung des GOÄ-Entwurfs einsetzen.“

MEDI und Hessenmed appellieren:

**„GOÄ darf die Ärzteschaft nicht spalten“**

**Notfallversorgung mit Medikamenten im Pflegeheim:  
Wo kein Kläger, da kein Richter?**

Kennen Sie das? Es ist Gründonnerstag. Einer Ihrer langjährigen Patienten ist palliativ spätnachmittags mit dekompensierter Herzinsuffizienz zurück ins Pflegeheim verlegt worden, weil er keine weitere

kurative Therapie mehr wollte. Der 93jährige Herr Müller bekomme schlecht Luft, ruft das Pflegeheim Sie während der Tagesschau an. Sie fahren halt um 20:30 noch hin. Herr Müller ist bei klar Verstand, hat eine Sauerstoffsättigung von 84 %. Er sagt japsend, er bekomme keine Luft. Seine Atmung rast. Fieber hat er auch. Sie spritzen 2 oder 3 mg Morphin i. v. und es geht ihm mit der Luft nach wenigen Minuten schon viel besser. Die Atmung normalisiert sich auf 18/min.

Die notdiensthabende Apotheke ist zu weit entfernt, Medikamente kann da jetzt keiner holen. Dann ordnen Sie an, dass Herr Müller stündlich bis zu 5 mg Morphin als 16 gtt. der 0,5 %-igen Lösung oral aus dem Hausbestand haben kann. Gegen das Fieber soll er Metamizol bis zu alle 4 h 30 gtt. = 750 mg bekommen.

Alles in Ordnung? Rechtlich im grünen Bereich? Mitnichten!

Das mit dem BtM aus dem Hausbestand ist seit über zehn Jahren rechtlich einwandfrei möglich, wenn Sie ein paar Fallstricke beachten. Hier gibt es zu den Bedingungen ein Merkblatt des RP Darmstadt . ABER: Das Metamizol vom Bettnachbarn zu nehmen, ist eine schwere Ordnungswidrigkeit. Wir alle wissen, dass es nicht nur alltäglich, sondern eher sekundlich in deutschen Heimen geschieht.

Pflegeheime dürfen prinzipiell keine Hausapotheke führen, weder für Pflaster und Salben noch für Antibiotika oder Antipyretika. Was seit 2012 erstaunlicherweise möglich ist, ist die Bevorratung von BtMs für die Weitergabe an andere Heimbewohner. Das war ein großer Erfolg der Deutschen Palliativ Stiftung hier eine große Hürde für die Palliativversorgung beseitigt zu haben.

Jetzt, nach mehr als einem Jahrzehnt beharrlicher Lobbyarbeit auch dank Hessenmed sind wir dabei, es durchzusetzen, dass Pflegeheime auch andere essenzielle Medikamente, Verbandstoffe usw. im Notfall zur Verfügung haben können. Solche politische Arbeit ist nicht einfach und wir bitten Sie, dass Sie ans Netzbüro kurze Berichte schicken, wie es im Augenblick läuft und was erforderlich wäre. Vielleicht haben Sie auch schon gute, legale Lösungen?

Die Antworten werden anonymisiert zusammengefasst. Wir wollen sie nutzen, damit wir für unsere Heimpatienten bald Verbesserungen erzielen können.

Übrigens, ich bin selbst gebranntes Kind. Nie hätte ich gedacht, dass ich wegen so etwas in rechtliche Schwierigkeiten kommen kann. Aber eine Anzeige aus sagen wir Missgunst hat mich meine damalige berufliche Existenz gekostet, sehr viel Geld und reichlich Nerven. Deswegen vertrauen Sie bitte nicht darauf, dass es schon gut gehen wird.

**Ein Beitrag des Hessenmed Vorstandsmitglied Dr. Thomas Sitte, Palliativmediziner,**  
Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung, u.v.m.

**Kosten entgegen wirken – nutzen Sie unsere Hessenmed Einkaufsrabatte für sich und Ihre Mitarbeiter !**

Wussten Sie schon, dass Sie als Praxis in einem Hessenmed Mitgliedsnetz unser sensationelles Corporate Benefits Angebot nutzen können, mit vielen tollen Rabatten angesagter Firmen?

**Gutscheine**

Beschenken Sie sich,  
Familie oder Freunde.

Alle Gutscheine finden Sie in der  
**Kategorie FREIZEIT.**

Gutscheine  
passen  
Immer!



und viele mehr.

### Wie können die Praxen die Einkaufsvorteile nutzen?

Über unsere Plattform für **Mitgliederangebote** <https://hessenmed.rahmenvereinbarungen.de> können Ihre Mitgliedspraxen ab sofort Produkte und Dienstleistungen zu dauerhaft attraktiven Konditionen entdecken. Die Nutzung der Plattform ist für sie selbstverständlich kostenfrei.

Die Einkaufsplattform darf nur persönlich Mitarbeitern aus Hessenmed Praxen I genutzt werden, **die Weitergabe der Einwahldaten und der Code sind unzulässig.** Eine Zuwiderhandlung führt zur Schließung der Plattform für alle. Praxen die zum 31.12.2024 aus Ihren Netzen ausscheiden, dürfen die Plattform nicht mehr nutzen.

**SPRECHEN SIE IHR NETZBÜRO oder VORSTAND des Netzes darauf an. Dort erhalten Sie die Zugangsdaten.**

## **Anlage 1/1 Informationen der Fa. Böhlinger (Anzeige)**

### **DMP Herzinsuffizienz: Empfehlungen zum Einsatz von Empagliflozin**

Moderne Therapieoptionen, z. B. SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin, haben zu einem Umdenken in der medikamentösen Versorgung von Patient:innen mit chronischer Herzinsuffizienz beigetragen. Längst haben die neuen Arzneimittel Eingang in nationale und internationale Leitlinien gefunden.<sup>i,ii</sup> Auch im neuen DMP Herzinsuffizienz, das am 1. Oktober 2024 in Kraft getreten ist, wurden im Kapitel „Medikamentöse Therapie“ SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin auf Grundlage der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Empfehlung der NVL Herzinsuffizienz als prognoseverbessernde Substanzen neu aufgenommen.<sup>iii</sup>

### **SGLT-2-Inhibitoren im Rahmen einer Vierfachkombination**

So empfehlen die Expert:innen des Gemeinsamen Bundesausschusses SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin für Patientinnen und Patienten, die unter einer optimalen Therapie mit einem ACE-Hemmer/ARB, einem Betablocker und gegebenenfalls einem MRA weiterhin symptomatisch sind. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes oder chronischer Niereninsuffizienz sollte eine Therapie mit einem SGLT2-Inhibitor auch initial angeboten werden.<sup>iii</sup>

Neben der an der Symptomatik und Progression orientierten Stufentherapie mit ACEi/ARB oder ARNI, Betablocker, MRA und SGLT2i ist auch eine initial geplante Vierfachkombination möglich. Dabei soll die Titration in kleinen Schritten und mit der gebotenen Wartezeit zur Beobachtung der Wirkung erfolgen.<sup>iii</sup>

Bei initial geplanter Vierfachkombination soll eine Therapieinitiierung möglichst nacheinander, mit nicht mehr als zwei prognoseverbessernden Substanzen gleichzeitig erfolgen.<sup>iii</sup>

### **Empfehlungen bei Komorbidität Typ-2-Diabetes**

Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes sollten unabhängig vom HbA1c-Wert und zusätzlich zur Standardtherapie eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor wie Empagliflozin erhalten, wenn sie nach Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen einverstanden sind. Die Kombinationstherapie mit Metformin ist bei Vorliegen einer dekompensierten Herzinsuffizienz kontraindiziert.<sup>iii</sup>

Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass bei Menschen mit Typ-2-Diabetes Thiaziddiuretika die Stoffwechsellage verschlechtern und Betablocker Hypoglykämiesymptome maskieren können.<sup>iii</sup>

Erstattungsbetrag für Empagliflozin gesunken

Seit dem 01. Oktober 2024 ist der Erstattungsbetrag für Jardiance® in der Dosierung 10 mg auf 2,38 € Tagestherapiekosten (TKK) in allen zugelassenen Indikationen reduziert.<sup>iv,v,1</sup>

Empagliflozin mit bundesweiter Praxisbesonderheit

---

<sup>1</sup> TTK Apothekenverkaufspreis auf der Basis von 100 Tabletten. Lauer-Taxe Stand 01.10.2024

Die Praxisbesonderheit für Empagliflozin gilt sowohl bei Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz unabhängig von der linksventrikulären Ejektionsfraktion als auch bei Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes und manifester

### **Anlage 1 / 2 Informationen der Fa. Böhlinger (Anzeige)**

kardiovaskulärer Vorerkrankung.<sup>vi,2,3,4</sup> Die bundesweite Praxisbesonderheit gilt ohne Antrag in jeder KV ab der ersten Verordnung.

Sind die Anforderungen an die Praxisbesonderheit erfüllt, werden die Verordnungskosten bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet.<sup>3</sup> Dazu ist eine hinreichende und nachvollziehbare Dokumentation zur Therapieentscheidung in der Patientenakte relevant.<sup>vii</sup> So sollten die entsprechenden Diagnosen, die Voraussetzungen für die Praxisbesonderheit sind, aufgeführt werden:

- Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßerkrankung mit  $\geq 50\%$  Stenose oder Mehrgefäßerkrankung), instabile Angina pectoris (mit Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung) bzw.
- Symptomatische, chronische Herzinsuffizienz

---

<sup>i</sup> NVL Chronische Herzinsuffizienz, Version 4, <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz>

<sup>ii</sup> McDonagh TA et al. Eur Heart J 2023; 44(37): 3627–3639.

<sup>iii</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss. DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und der Anlage 14 (Herzinsuffizienz – Dokumentation). Abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/6574/> (letzter Aufruf September 2024).

<sup>iv</sup> Fachinformation Jardiance®, [aktueller Stand](#).

<sup>v</sup> GKV-Spitzenverband: Details zur Verhandlung des Erstattungsbetrags für das Arzneimittel Jardiance® (Wirkstoff: Empagliflozin). Abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\\_nach\\_amnog/ebv\\_130b/wirkstoff\\_347265.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_347265.jsp) (letzter Aufruf September 2024).

<sup>vi</sup> GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V bezüglich der Anerkennung von Jardiance® Praxisbesonderheiten. Abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/14034pb201703\\_01.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb201703_01.pdf) (letzter Aufruf September 2024).

---

<sup>2</sup> Wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert.

<sup>3</sup> 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 (nach § 130b Abs. 2 SGB V). Abrufbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/130b.html> (letzter Aufruf März 2024)

<sup>4</sup> Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßerkrankung mit  $\geq 50\%$  Stenose oder Mehrgefäßerkrankung), instabile Angina pectoris (mit Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung).



---

<sup>vii</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss: Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Empagliflozin (neues Anwendungsgebiet: chronische Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion LVEF > 40%). Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. Abrufbar unter: [https://www. https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/810/](https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/810/) (letzter Aufruf September 2024).