

I 1 Kurzfassung der Nutzenbewertung

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Nutzenbewertung des Wirkstoffs Finerenon gemäß § 35a Sozialgesetzbuch (SGB) V beauftragt. Die Bewertung erfolgt auf Basis eines Dossiers des pharmazeutischen Unternehmers (pU). Das Dossier wurde dem IQWiG am 22.04.2026 übermittelt.

Fragestellung

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist die Bewertung des Zusatznutzens von Finerenon im Vergleich mit einer optimierten Standardtherapie als zweckmäßiger Vergleichstherapie bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) ≥ 40 %.

Aus der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie des G-BA ergibt sich die in Tabelle 2 dargestellte Fragestellung.

Tabelle 2: Fragestellung der Nutzenbewertung von Finerenon

Indikation	Zweckmäßige Vergleichstherapie ^a
Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 40 % ^b	eine optimierte Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion bzw. geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion sowie der zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankung, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome ^c
a. Dargestellt ist die vom G-BA festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie. b. Davon umfasst sind eine HFpEF, definiert als Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 50 %, und eine HFmrEF, definiert als Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 40 bis 49 %. c. Es wird davon ausgegangen, dass Finerenon zusätzlich zur Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz bei HFpEF sowie HFmrEF eingesetzt wird und dass die Patientinnen und Patienten in beiden Studienarmen optimal behandelt werden: es wird eine leitliniengerechte patientenindividuelle Behandlung der Herzinsuffizienz, sowie der Grunderkrankungen bzw. Risikofaktoren wie Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Nierenerkrankung, Diabetes mellitus, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome, beispielsweise Ödeme, vorausgesetzt. Eine Anpassung der Basis-/Begleitmedikation an die jeweiligen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten soll in beiden Studienarmen erfolgen. Die adäquate Behandlung der Grunderkrankung sollte gemäß G-BA anhand der Patientencharakteristika (beispielsweise HbA1c-Wert, Ödeme, Lipidparameter, Herzrhythmusstörungen, etc.) nachvollziehbar dokumentiert werden. Die unveränderte Fortführung einer unzureichenden Therapie entspricht nicht der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Sofern keine weitere Optimierungsmöglichkeit besteht, ist zu dokumentieren und darzulegen, dass ggf. noch bestehende Therapiemöglichkeiten nicht geeignet bzw. ausgeschöpft sind. Gemäß Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Herzinsuffizienz sollte Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und HFmrEF bzw. HFpEF ein SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin, Dapagliflozin) empfohlen werden. G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HFmrEF: Herzinsuffizienz mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion; HFpEF: Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion; LVEF: linksventrikuläre Ejektionsfraktion; SGLT2: Sodium dependent Glucose Transporter-2	

Der pU folgt der Festlegung des G-BA zur zweckmäßigen Vergleichstherapie. Die Bewertung wird anhand patientenrelevanter Endpunkte auf Basis der vom pU im Dossier vorgelegten Daten vorgenommen.

Für die Ableitung des Zusatznutzens werden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit einer Minstdauer von 24 Wochen herangezogen.

Ergebnisse

Durch die Überprüfung der Vollständigkeit des Studienpools wurde eine potenziell relevante Studie für die Bewertung des Zusatznutzens von Finerenon im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie identifiziert.

Der pU identifiziert die im zu bewertenden Anwendungsgebiet durchgeführte RCT FINEARTS-HF. Daneben zieht der pU Teilpopulationen mit Patientinnen und Patienten mit aus Sicht des pU vorliegender chronischer Herzinsuffizienz aus den im Anwendungsgebiet Niereninsuffizienz durchgeführten RCTs FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD zur Bewertung des Zusatznutzens heran. Zur Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF sowie den gebildeten Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD legt der pU eine präspezifizierte Metaanalyse auf Basis individueller Patientendaten vor, die er für die Bewertung des Zusatznutzens von Finerenon heranzieht. Darüber hinaus legt der pU Ergebnisse zur Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF und zu Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD vor.

Für die vorliegende Nutzenbewertung sind ausschließlich Patientinnen und Patienten für die Bewertung des Zusatznutzens relevant, die mit einem Sodium-dependent-Glucose-Transporter-2(SGLT2)-Inhibitor behandelt wurden. Dies ist darin begründet, dass gemäß Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Herzinsuffizienz Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion (HFmrEF) bzw. erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) ein SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin, Dapagliflozin) empfohlen werden sollte. Die vom pU herangezogene Gesamtpopulation der RCT FINEARTS-HF ist für die Nutzenbewertung nicht relevant, da lediglich ca. 14 % der Patientinnen und Patienten zu Studienbeginn mit einem SGLT2-Inhibitor behandelt wurden. In den Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD wurden jeweils 3 % bzw. 6 % der Patientinnen und Patienten zu Studienbeginn mit einem SGLT2-Inhibitor behandelt. Auswertungen zu diesen Teilpopulationen legt der pU allerdings in Modul 4 A nicht vor.

Die Therapie entspricht im Vergleichsarm somit in allen 3 Studien nicht der zweckmäßigen Vergleichstherapie und es liegen keine geeigneten Daten zum Vergleich von Finerenon mit der vom G-BA festgelegten Vergleichstherapie vor. Zunächst werden die vom pU berücksichtigten Studien und Teilpopulationen beschrieben. Danach wird ausführlich erläutert, warum die

Studien bzw. Teilpopulationen nicht zur Bewertung des Zusatznutzen von Finerenon gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie geeignet sind.

Vom pU vorgelegte Evidenz

FINEARTS-HF

Bei der Studie FINEARTS-HF handelt es sich um eine doppelblinde, placebokontrollierte RCT. Eingeschlossen wurden erwachsene Patientinnen und Patienten ab 40 Jahren mit symptomatischer Herzinsuffizienz der New-York-Heart-Association(NYHA)-Klassen II bis IV mit LVEF ≥ 40 %. Die Patientinnen und Patienten konnten sowohl ambulant als auch stationär versorgt sein und unter einer strukturellen Herzerkrankung (Vergrößerung des linken Vorhofs und / oder linksventrikuläre Hypertrophie) leiden. Insgesamt wurden 6001 Patientinnen und Patienten (Full Analysis Set [FAS]) der Studie FINEARTS-HF eingeschlossen und im Verhältnis 1:1 einer Behandlung mit Finerenon (N = 3003) und Placebo (N = 2998) randomisiert zugeteilt.

FIDELIO-DKD

Die Studie FIDELIO-DKD ist eine placebokontrollierte doppelblinde randomisierte Parallelgruppenstudie zu Finerenon. Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und einer chronischen Nierenerkrankung (CKD). Ausgeschlossen waren Patientinnen und Patienten mit einer bekannten nicht diabetischen Nierenerkrankung oder einer symptomatischen Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse II bis IV und reduzierter Ejektionsfraktion (LVEF < 40 %). Insgesamt wurden 5734 Patientinnen und Patienten eingeschlossen und im Verhältnis 1:1 einer Behandlung mit Finerenon (N = 2866) oder der Placebogruppe (N = 2868) zugeordnet.

FIGARO-DKD

Die Studie FIGARO-DKD ist eine placebokontrollierte doppelblinde randomisierte Parallelgruppenstudie zu Finerenon. Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und einer CKD. Ausgeschlossen von der Studienteilnahme waren Patientinnen und Patienten mit einer bekannten nicht diabetischen Nierenerkrankung oder einer symptomatischen Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse II bis IV und reduzierter Ejektionsfraktion (LVEF < 40 %). Insgesamt wurden 7437 Patientinnen und Patienten eingeschlossen und im Verhältnis 1:1 einer Behandlung mit Finerenon (N = 3723) oder der Placebogruppe (N = 3714) zugeordnet.

Vom pU vorgelegte Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD

Zur Beantwortung der Fragestellung des G-BA bildet der pU Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD. Als Kriterium für eine Herzinsuffizienz wurde eine MedDRA Labelling Group des pU aus der Krankheitsgeschichte der Patientinnen und Patienten bestimmt. Durch den Zuschnitt des pU ergibt sich aus der Studie FIDELIO-DKD eine Teilpopulation mit 436 Patientinnen und Patienten (195 im Interventions- und 241 im

Vergleichsarm) und aus der Studie FIGARO-DKD eine Teilpopulation mit 571 Patientinnen und Patienten (290 im Interventions- und 281 im Vergleichsarm).

Bewertung der vom pU vorgelegten Evidenz

In den Studien verabreichte Vergleichstherapie entspricht nicht der festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie

Der G-BA hat als zweckmäßige Vergleichstherapie eine optimierte Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit HFpEF bzw. HFmrEF sowie der zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankung, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome festgelegt. Für die Behandlung der Herzinsuffizienz konkretisiert der G-BA, dass gemäß Leitlinienempfehlungen Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und HFmrEF bzw. HFpEF ein SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin, Dapagliflozin) empfohlen werden sollten.

Die vom pU herangezogene Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF und der Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD sind für die Nutzenbewertung insbesondere deswegen nicht geeignet, da nur ein geringer Anteil der vom pU betrachteten Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit einem SGLT2-Inhibitor erhalten hat.

Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF für die Nutzenbewertung nicht geeignet

Behandlung der Herzinsuffizienz

Zur Behandlung der Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und HFmrEF bzw. HFpEF sollte gemäß Leitlinienempfehlungen ein SGLT2-Inhibitor wie Empagliflozin oder Dapagliflozin empfohlen werden. Auch der G-BA verweist in seiner Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie auf diese Empfehlung. Gemäß Leitlinienempfehlung soll zudem bei Patientinnen und Patienten mit HFmrEF bzw. HFpEF, die Zeichen einer Flüssigkeitsretention aufweisen, Diuretika empfohlen werden. Weiterhin kann bei Patientinnen und Patienten mit HFmrEF neben Renin-Angiotensin-Aldosteron-System(RAAS)-Inhibitoren und Betablockern auch ein Mineralkortikoidrezeptor-Antagonist (MRA) empfohlen werden. In der Studie gab es nach Randomisierung keine Einschränkungen bezüglich Therapiewechseln und Dosisanpassungen der Begleitbehandlung. Die Behandlung mit kaliumsparenden Diuretika waren während der Studie und MRA ab 4 Wochen vor Randomisierung und während der Studie ausgeschlossen. Mit der nicht erlaubten Gabe von MRA und kaliumsparenden Diuretika standen den Patientinnen und Patienten vor allem im Vergleichsarm mehrere Wirkstoffe zur Therapie der Herzinsuffizienz, aber auch von Ödemen und arteriellen Hypertonie nicht zur Verfügung. Zwar war der Einsatz von SGLT2-Inhibitoren in der Studie FINEARTS-HF grundsätzlich erlaubt, jedoch erhielten lediglich 13 % Patientinnen und Patienten im Interventionsarm und 14 % Patientinnen und Patienten im Vergleichsarm in der Studie einen SGLT2-Inhibitor zu Baseline.

Im Studienverlauf stieg der Anteil an Patientinnen und Patienten mit SGLT2-Inhibitor-Behandlung auf 29 % bzw. 30 % an.

Die Gabe von SGLT2-Inhibitoren stellt mittlerweile eine zentrale Säule in der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 40 % dar. Eine hinreichende Umsetzung der zweckmäßigen Vergleichstherapie hinsichtlich der Behandlung der Herzinsuffizienz in der Studie FINEARTS-HF erfordert daher einen umfänglichen Einsatz von Dapagliflozin oder Empagliflozin. Die für die vorliegende Nutzenbewertung relevante Teilpopulation der Studie FINEARTS-HF umfasst damit die Patientinnen und Patienten, die mit einem SGLT2-Inhibitor behandelt wurden. Potenziell relevant für die Nutzenbewertung ist dabei die Teilpopulation, die bereits zu Studienbeginn einen SGLT2-Inhibitor erhielt. Die Betrachtung der Patientinnen und Patienten, bei denen erst im Studienverlauf die Behandlung mit einem SGLT2-Inhibitor begonnen wurde, ist aufgrund eines dann vorliegenden Randomisierungsbruchs nicht geeignet. Insgesamt entspricht die Therapie für die Behandlung der Herzinsuffizienz in der vom pU vorgelegten Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF nicht der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Begleitbehandlung von Komorbiditäten

Bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten in der Studie FINEARTS-HF wurden die Komorbiditäten Hypertonie, CKD und Diabetes mellitus Typ 2 nicht mit SGLT2-Inhibitoren behandelt, deren Einsatz durch aktuelle Leitlinien empfohlen wird. Zudem war eine optimierte Behandlung der arteriellen Hypertonie in der Studie nicht gewährleistet, da zu Studienbeginn bei mindestens 25 % der Patientinnen und Patienten im Interventionsarm der systolische Blutdruck bei ≥ 140 mmHg und im Vergleichsarm bei mindestens 25 % der Patientinnen und Patienten bei $\geq 139,5$ mmHg lag, und sich im Studienverlauf keine relevante Verbesserung der Blutdruckwerte zeigt. Bezüglich der Behandlung von Vorhofflimmern / -flattern und koronarer Herzkrankheit als Komorbiditäten ist unklar, ob diese Patientinnen und Patienten hinreichend therapiert wurden.

Fazit

Zusammengefasst liegt in der Gesamtpopulation der Studie FINEARTS-HF keine optimierte Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion bzw. geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion sowie der zugrundeliegenden Erkrankungen entsprechend der zweckmäßigen Vergleichstherapie vor.

Eine potenziell relevante Teilpopulation umfasst 817 Patientinnen und Patienten, die bereits zu Studienbeginn mit einem SGLT2-Inhibitor behandelt wurden. Diese würde die Fragestellung zu Finerenon als Zusatztherapie (Finerenon plus SGLT2-Inhibitor vs. SGLT2-Inhibitor) adressieren. Für die Prüfung der Relevanz der genannten Teilpopulation fehlen allerdings weitere Angaben.

Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD für die Nutzenbewertung nicht geeignet

Gemäß der Leitlinienempfehlungen zur Behandlung von Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und HFmrEF bzw. HFpEF ein SGLT2-Inhibitor wie Empagliflozin oder Dapagliflozin empfohlen werden. Eine Begleitbehandlung mit einem SGLT2-Inhibitor sollte darüber hinaus gemäß Leitlinien auch bei Patientinnen und Patienten mit den Komorbiditäten CKD, Diabetes mellitus Typ 2 sowie symptomatischer HFpEF und gleichzeitiger Hypertonie empfohlen werden. Insgesamt wurden in den vorgelegten Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD jedoch nur sehr wenige Patientinnen und Patienten mit SGLT2-Inhibitoren behandelt: in der vom pU vorgelegten Teilpopulation der Studie FIDELIO-DKD waren es zu Baseline in beiden Behandlungsarmen jeweils 7 (4 % bzw. 3 %) Patientinnen und Patienten und in der vorgelegten Teilpopulation der Studie FIGARO-DKD 18 (6 %) Patientinnen und Patienten im Interventionsarm und 14 (5 %) im Vergleichsarm. Im Studienverlauf erhielten in der Teilpopulation der Studie FIDELIO-DKD 15 (8 %) bzw. 17 (7 %) und in der Teilpopulation der Studie FIGARO-DKD jeweils 40 (14 %) der Patientinnen und Patienten in beiden Armen einen SGLT2-Inhibitor. Zudem war in den Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD eine Behandlung mit einem MRA ausgeschlossen und fehlt als Behandlungsoption der Herzinsuffizienz im Vergleichsarm.

Zusammenfassung

Die für die vorliegende Fragestellung potenziell relevanten Populationen umfassen Patientinnen und Patienten mit SGLT2-Inhibitor-Behandlung zu Studienbeginn. Dies sind in der Studie FINEARTS-HF insgesamt 817 Patientinnen und Patienten, in der Studie FIDELIO-DKD 14 und in der Studie FIGARO-DKD 32 Patientinnen und Patienten. Der Anteil der zu Baseline mit SGLT2-Inhibitor behandelten Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz aus den Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD an der Gesamtpopulation aller 3 Studien beträgt somit lediglich 5 %. Zudem besteht die Unsicherheit, ob alle Patientinnen und Patienten der Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD bei Studieneinschluss eine symptomatische chronische Herzinsuffizienz hatten und damit dem zu bewertenden Anwendungsgebiet entsprechen. Insgesamt wird daher angenommen, dass die Teilpopulationen der Studien FIDELIO-DKD und FIGARO-DKD für die Nutzenbewertung vernachlässigbar sind.

Für die Nutzenbewertung potenziell relevant ist die zu Baseline mit SGLT2-Inhibitor behandelte Teilpopulation der Studie FINEARTS-HF. Für eine abschließende Prüfung sind Angaben vorzulegen, die zeigen, dass die Vergleichstherapie der zweckmäßigen Vergleichstherapie (eine optimierte Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion bzw. geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion sowie der zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankung, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome) entspricht.

Ergebnisse zum Zusatznutzen

Da für die Nutzenbewertung keine geeigneten Daten vorliegen, ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Finerenon gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, ein Zusatznutzen ist damit nicht belegt.

Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens, Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

Tabelle 3 zeigt eine Zusammenfassung von Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens von Finerenon.

Tabelle 3: Finerenon – Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens

Indikation	Zweckmäßige Vergleichstherapie ^a	Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens
Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 40 % ^b	eine optimierte Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion bzw. geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion sowie der zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankung, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome ^c	Zusatznutzen nicht belegt
a. Dargestellt ist die vom G-BA festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie. b. Davon umfasst sind eine HFpEF, definiert als Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 50 %, und eine HFmrEF, definiert als Herzinsuffizienz mit LVEF ≥ 40 bis 49 %. c. Es wird davon ausgegangen, dass Finerenon zusätzlich zur Standardtherapie zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz bei HFpEF sowie HFmrEF eingesetzt wird und dass die Patientinnen und Patienten in beiden Studienarmen optimal behandelt werden: es wird eine leitliniengerechte patientenindividuelle Behandlung der Herzinsuffizienz, sowie der Grunderkrankungen bzw. Risikofaktoren wie Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Nierenerkrankung, Diabetes mellitus, Dyslipoproteinämien und der Begleitsymptome, beispielsweise Ödeme, vorausgesetzt. Eine Anpassung der Basis-/Begleitmedikation an die jeweiligen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten soll in beiden Studienarmen erfolgen. Die adäquate Behandlung der Grunderkrankung sollte gemäß G-BA anhand der Patientencharakteristika (beispielsweise HbA1c-Wert, Ödeme, Lipidparameter, Herzrhythmusstörungen, etc.) nachvollziehbar dokumentiert werden. Die unveränderte Fortführung einer unzureichenden Therapie entspricht nicht der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Sofern keine weitere Optimierungsmöglichkeit besteht, ist zu dokumentieren und darzulegen, dass ggf. noch bestehende Therapiemöglichkeiten nicht geeignet bzw. ausgeschöpft sind. Gemäß Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Herzinsuffizienz sollte Erwachsenen mit Herzinsuffizienz und HFmrEF bzw. HFpEF ein SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin, Dapagliflozin) empfohlen werden. G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; HFmrEF: Herzinsuffizienz mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion; HFpEF: Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion; LVEF: linksventrikuläre Ejektionsfraktion; SGLT2: Sodium dependent Glucose Transporter-2		

Über den Zusatznutzen beschließt der G-BA.