

**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum  
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL:  
Änderung der Anlage 5 (DMP koronare Herzkrankheit  
(KHK)) und der Anlage 6 (Koronare Herzkrankheit -  
Dokumentation)**

Datum	21.01.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V.  

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

Allgemeine Anmerkung
Die DGfN bedankt sich für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 5 (DMP koronare Herzkrankheit (KHK)) und der Anlage 6 (Koronare Herzkrankheit - Dokumentation) Stellung nehmen zu können.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Literaturstellen sind in den Fußnoten eindeutig benannt und verlinkt.)
<p><b>Abschnitt 1.4</b></p> <p><b>Zeilen 81-83</b></p> <p><b>Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen</b></p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Im Rahmen der individuellen Therapieplanung sollte an dieser Stelle, bei den für die Therapieanpassung regelmäßig vorzusehenden Laborkontrollen, auch die Erfassung einer Proteinurie, insbesondere der Albuminurie mittels einer Albumin-Kreatin-Ratio im Urin (UACR) aufgenommen werden.</p> <p>Der Bedeutung der Proteinurie wird in der <a href="#">NVL Chronische KHK<sup>i</sup></a> dahingehend Rechnung getragen, dass bei jeder neu aufgetretenen Proteinurie die Überweisung des KHK-Patienten oder der Patientin zum Nephrologen vorzusehen ist (Empfehlung 10-3   k   neu 2024). Die S3-Leitlinie „Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis“ der <a href="#">DEGAM<sup>ii</sup></a> empfiehlt die Bestimmung der UACR sogar schon vor Auftreten einer KHK bereits bei der Erstdiagnose einer Hypertonie (Empfehlung 5.3.).</p> <p>Pathophysiologisch liegen hier verschiedene Mechanismen zu Grunde: Die <a href="#">American Heart Association<sup>iii</sup></a> führt aus, dass bei fortschreitender Herzerkrankung ein verminderter renaler Blutfluss zu einem Rückgang der Nierenfunktion führen kann. Die hämodynamischen Wechselwirkungen führen dazu, dass sich die Funktionsstörungen in beiden Organen wechselseitig verstärken – bis hin zum kardierenalen Syndrom. Der <a href="#">JACC State of the Art Review<sup>iv</sup></a> legt dar, dass Patienten mit chronischer Nierenkrankheit (CKD) jenseits der traditionellen Risikofaktoren auch anderen, mit der Urämie assoziierten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt sind - wie vermehrte Entzündungsprozesse, oxidativer Stress und Störungen des Kalzium-Phosphor-Stoffwechsels - sodass die CKD einen eigenständigen Risikofaktor darstellt. Bereinigt um traditionelle kardiovaskuläre Risikofaktoren erhöhen eine eingeschränkte Nierenfunktion und erhöhte Konzentrationen von Albumin im Urin das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um das Zwei- bis Vierfache<sup>v</sup>.</p> <p>Laut <a href="#">ESH-Guidelines<sup>vi</sup></a> sind die eGFR und die UACR sowohl unabhängige als auch additive Prädiktoren für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko und für eine Verschlechterung der Nierenfunktion. Die UACR scheint dabei besonders weitreichende Aussagekraft für die kardiovaskuläre Prognose zu haben<sup>vii</sup>.</p> <p>Im Fazit ist eine engmaschige Überwachung der Nierenfunktion und insbesondere der UACR von großer Bedeutung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>„In mindestens jährlichen Abständen sollten je nach individueller Risikokonstellation Kontrollen von entsprechenden Laborparametern erfolgen (zum Beispiel geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), <b>Albumin im Urin (UACR)</b>, Blutzucker, Lipide).“</p>

<p><b>Abschnitt 1.5.2</b> <b>Zeilen 139-159</b> <b>Umgang mit Ko- /Multimorbidität</b></p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Dem Stellenwert der CKD als prognostischem Faktor bei Patientinnen und Patienten mit KHK sollte durch einen eigenständigen Absatz Rechnung getragen werden.</p> <p>Die Prävalenz von CKD bei Patientinnen und Patienten mit KHK ist sehr hoch. Mit fortgesetzter Erkrankungsdauer der KHK wird das Risikoprofil durch eine zunehmende Schädigung der Niere aggraviert. Dabei ist die CKD nicht nur einer der stärksten kardiovaskulären Risikofaktoren, sondern auch einer der für die Prognose relevantesten<sup>viii, ix</sup>.</p> <p>Aufgrund des Stellenwertes als eigenständige Komorbidität sollte der CKD in dieser Richtlinie ein eigener Absatz hinter dem Absatz Diabetes eingefügt werden.</p> <hr/> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p><b>„1.5.2 Umgang mit Ko- /Multimorbidität</b></p> <p><b>1.5.2.1 Arterielle Hypertonie</b></p> <p>...</p> <p><b>1.5.2.2 Diabetes mellitus</b></p> <p>...</p> <p><b>1.5.2.3 Nierenfunktionseinschränkungen</b></p> <p><b>Patientinnen und Patienten mit KHK sind in besonderer Weise gefährdet, eine Nierenfunktionseinschränkung zu entwickeln. Zudem verschlechtert das Auftreten einer Nierenkrankheit die Prognose von Patientinnen und Patienten mit KHK. Daher sollten bei dieser Patientengruppe in mindestens jährlichen Abständen die eGFR und die UACR untersucht werden. Patientinnen und Patienten mit einer Nierenfunktionseinschränkung soll eine Therapie mit einem SGLT2-Inhibitor und ggf. einem GLP-1-Rezeptoragonisten angeboten werden.</b></p> <p><b>1.5.2.4 Psychische Komorbiditäten“</b></p> <p>...</p>
<p><b>Abschnitt 1.5.2.2</b> <b>Zeilen 154-160</b> <b>Diabetes mellitus</b></p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Es sollte keine Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffe vorgenommen werden. Wie korrekt beschrieben wird, stellen Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK und Diabetes mellitus eine besondere Risikogruppe dar.</p> <p>In jedem Fall sollte diesem Risiko mit einer modernen Therapie begegnet werden - ohne eine Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffe vorzusehen. SGLT-2-Inhibitoren hemmen nicht nur den Glukosetransport in der Niere, sondern sind unabhängig davon auch kardioprotektiv und nephroprotektiv<sup>x</sup>. Auch GLP-1-Rezeptor-Agonisten reduzieren das kardiovaskuläre Risiko.</p> <p>Weitere Medikamente dieser Wirkstoffklassen befinden sich in der Entwicklung oder sind in anderen Ländern bereits zugelassen. Sobald diese auf dem deutschen Markt zur Verfügung stehen, sollten Patientinnen und Patienten auch von diesen profitieren können.</p>

	<p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p><b>Übernahme der Position der KBV</b></p> <p>„Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 soll eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem GLP-1-Rezeptor-Agonisten oder einem SGLT-2-Inhibitor angeboten werden.“</p>
<p><b>Abschnitt 1.5.3.1.3</b></p> <p><b>Zeilen 226-233</b></p> <p><b>Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS)</b></p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Der Terminus `Niereninsuffizienz` sollte ersetzt werden durch `chronische Nierenkrankheit (CKD)`; oder es sollte von einer Nierenfunktionseinschränkung` gesprochen werden.</p> <p>Die internationale, gemeinnützige Organisation Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) hat 2019 in einem <a href="#">Konsensus-Prozess</a> ein englischsprachiges Glossar entwickelt, um die Begriffe zur Beschreibung von Nierenfunktion, Nierenstruktur und Nierenkrankheiten zu vereinheitlichen. Leitprinzipien bei der Entwicklung dieser Nomenklatur waren (1) Präzision, (2) Patientenzentrierung und (3) Konsistenz mit bisherigen KDIGO-Leitlinien<sup>xi</sup>. Das entsprechende <a href="#">Positionspapier</a> beinhaltet eine deutsche Übersetzung dieses Glossars, die im Auftrag der nephrologischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz entwickelt wurde<sup>xii</sup>.</p> <p>Den Empfehlungen der Konsensuskonferenz sollte gefolgt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>„...wenn die chronische KHK mit einer begleitenden systolischen Herzinsuffizienz, mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion oder einer chronischen <b>Nierenerkrankung Nierenkrankheit</b> einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit (insbesondere ACE-Hemmer bedingter Husten) können Angiotensinrezeptorblocker (ARB) eingesetzt werden. ....“</p>
<p><b>Abschnitt 1.5.4</b></p> <p><b>Zeile 266-269</b></p> <p><b>Besondere Maßnahmen bei Multimedikation</b></p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Die Untersuchung der Nierenfunktion sollte nicht auf Patientinnen und Patienten höheren Alters beschränkt werden.</p> <p>In einer <a href="#">Metaanalyse</a><sup>xiii</sup> verschiedener populationsbasierter Kohorten wurde dargelegt, dass bereits im Alter von 30 Jahren eine Reduktion der eGFR gemäß Stadium 3b (30-44 mL/min pro 1,73 m<sup>2</sup>) oder Stadium 4 (15-29 mL/min pro 1,73 m<sup>2</sup>) im Vergleich zu Personen mit normaler Nierenfunktion eine Verkürzung der Lebenserwartung von etwa 17 bzw. 25 Jahren aufwies. Ebenfalls wurde bei Personen mit Albuminurie der Stufen 2 und 3 (30-299 mg/g bzw. 300 mg/g) bereits ab dem Alter von 30 Jahren eine Verkürzung der Lebenserwartung um etwa 10 und 18 Jahre beobachtet.</p> <p>Dementsprechend sollten auch jüngere Patientinnen und Patienten bereits hinsichtlich des Auftretens einer Nierenfunktionseinschränkung untersucht werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>„...Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll <b>bei Patientinnen- und Patienten ab 65 Jahren</b> die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (estimated glomerular filtration rate (eGFR)) überwacht werden.“</p>

## Literaturverzeichnis

---

- <sup>i</sup> Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK [nvl-004l\\_S3\\_Chronische-KHK\\_2024-09.pdf](#)
- <sup>ii</sup> DEGAM Leitlinie: S3 053-048, Versorgung von Patient\*innen mit chronischer nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis - Chronisch eingeschränkte Nierenfunktion in der Hausarztpraxis <https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-048>
- <sup>iii</sup> Cardiorenal Syndrome: Classification, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Strategies: A Scientific Statement From the American Heart Association <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000664>;
- <sup>iv</sup> Chronic Kidney Disease and Coronary Artery Disease JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol . 2019 Oct 8;74(14):1823-1838. doi: [10.1016/j.jacc.2019.08.1017](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.08.1017).
- <sup>v</sup> Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. [Ron T Gansevoort<sup>1</sup>](#), [Ricardo Correa-Rotter](#), [Brenda R Hemmelgarn](#), [Tazeen H Jafar](#), [Hiddo J Lambers Heerspink](#), [Johannes F Mann](#), [Kunihiro Matsushita](#), [Chi Pang Wen](#) Lancet 2013 Jul 7;382(9889):339-52. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)60595-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60595-4).
- <sup>vi</sup> Leitlinien der ESH: [2023\\_esh\\_guidelines\\_for\\_the\\_management\\_of\\_arterial\\_hypertension.2.pdf](#);
- <sup>vii</sup> Lancet Diab & Endokrinol Volume 3, Issue 7p514-525 July 2015, Estimated glomerular filtration rate and albuminuria for prediction of cardiovascular outcomes: a collaborative meta-analysis of individual participant data, Kunihiro Matsushita, MDa · Prof Josef Coresh, MDa ckdpc@jhmi.edu · Yingying Sang, MSa · Prof John Chalmers, MDb · Caroline Fox, MDC · Prof Eliseo Guallar, MDa · et al. doi: [10.1016/S2213-8587\(15\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00040-6).
- <sup>viii</sup> Chronic Kidney Disease and Coronary Artery Disease JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol . 2019 Oct 8;74(14):1823-1838. doi: [10.1016/j.jacc.2019.08.1017](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.08.1017).
- <sup>ix</sup> Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. [Ron T Gansevoort](#), [Ricardo Correa-Rotter](#), [Brenda R Hemmelgarn](#), [Tazeen H Jafar](#), [Hiddo J Lambers Heerspink](#), [Johannes F Mann](#), [Kunihiro Matsushita](#), [Chi Pang Wen](#) Lancet 2013 Jul 7;382(9889):339-52. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)60595-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60595-4).
- <sup>x</sup> [Chronic kidney disease, Kamyar Kalantar-Zadeh 1, Tazeen H Jafar 2, Dorothea Nitsch 3, Brendon L Neuen 4, Vlado Perkovic 5 PMID: 34175022 DOI: 10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](#)
- <sup>xi</sup> [Levey AS, Eckardt KU, Dorman NM. et al. Nomenclature for kidney function and disease: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes \(KDIGO\) Consensus Conference. Kidney Int 2020; 97 \(06\) 1117-1129](#)
- <sup>xii</sup> [Eckardt KU et al., Nomenklatur für Nierenfunktion und Nierenkrankheiten. Dtsch Med Wochenschr 2022; 147\(21\): 1398-1406; DOI: 10.1055/a-1908-5163.](#)
- <sup>xiii</sup> Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. [Ron T Gansevoort](#), [Ricardo Correa-Rotter](#), [Brenda R Hemmelgarn](#), [Tazeen H Jafar](#), [Hiddo J Lambers Heerspink](#), [Johannes F Mann](#), [Kunihiro Matsushita](#), [Chi Pang Wen](#) Lancet 2013 Jul 7;382(9889):339-52. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)60595-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60595-4).