



**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Nephrologie zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) vom
14.06.2024**

Stand: 09.07.2024

»

»

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)
Großbeerenstraße 89
10963 Berlin



Vorbemerkung:

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) sieht den Bedarf zu einer Verbesserung der Vorbeugung und Versorgung von Herz-Kreislaferkrankungen und unterstützt daher die Ziele des Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG). **In diesem Zusammenhang wurde jedoch die hohe Relevanz der Prävention, der Früherkennung und der frühzeitigen Therapie von chronischen Nierenerkrankungen, als eine maßgebliche Ursache von Herz-Kreislaferkrankungen, übersehen.** Zumindest werden Nierenerkrankung trotz ihrer Relevanz im Gegensatz zu anderen, auch weniger relevanten Risikofaktoren im ganzen Gesetzesentwurf überhaupt nicht erwähnt. **Da es sich bei der Früherkennung von Nierenerkrankungen um wenige einfache und vergleichsweise kostengünstige Maßnahmen mit hoher Relevanz für Patientinnen und Patienten handelt, sollten diese im weiteren Gesetzgebungsprozess berücksichtigt werden.**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet. Etwa 30% aller Todesfälle weltweit und 10% aller Krankheitsfälle werden durch sie verursacht (1). Bei Patientin mit chronischer Nierenkrankheit (Chronic Kidney Disease, CKD) ist die Rate an kardialen und kardiovaskulären Ereignissen deutlich höher. Bekannt ist eine 20- bis 30-fache Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei diesen Patienten. Das erhöhte Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Zusammenhang mit bereits geringeren Graden von Nierenfunktionsstörungen wurde schon 2004 nachgewiesen (2). Es konnte ein unabhängiger und gradueller Zusammenhang zwischen glomerulärer Filtrationsrate (GFR) und Mortalitätsrisiko, kardiovaskulären Ereignissen und stationären Aufhalten gezeigt werden. Eine chronische Nierenerkrankung stellt somit per se einen relevanten Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, auch unabhängig von Diabetes mellitus oder anderen bekannten Risikofaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel, Rauchen, erhöhten Blutfetten und erhöhtem Blutdruck. Dies gilt insbesondere dann, wenn gleichzeitig eine erhöhte Eiweißkonzentration im Urin (Albuminurie) vorliegt (2-5). Neuere Daten zeigen, dass das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stärker mit der Albuminurie als mit der GFR allein korreliert. Hinsichtlich der Albuminurie als prognostische Größe für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat die PREVEND-Studie eine direkte lineare Beziehung zwischen Albuminurie und kardiovaskulärem Mortalitätsrisiko in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen. Bei einer Albuminausscheidung von mehr als 300 mg/Tag erhöhte sich das Risiko sogar um mehr als das 6-fache (6). Aktuelle Ergebnisse der IMPACT CKD-Studie zeigen, dass eine Veränderung in Früherkennung und therapeutischer Praxis viel bewirken könnte (7). Durch gezielte Screenings und die frühzeitige Therapie der Nierenerkrankung könnte das Auftreten von zum Beispiel Herzinfarkten um fast die Hälfte oder von Schlaganfällen um mehr als ein Drittel reduziert werden.

Der Schutz der Nieren, die Früherkennung von Nierenerkrankungen und die frühzeitige Behandlung von Nierenerkrankungen sind somit relevante kardiovaskuläre Präventionsmaßnahmen und dürfen in einem Gesundes-Herz-Gesetz nicht fehlen.



In folgenden Punkten regen wir Änderungen zur aktuellen Fassung des Gesundes-Herz-Gesetzes an:

Zu Kapitel B (Lösung) Nummer 1 – Verbesserung der Früherkennung bei Kindern- und Jugendlichen

Neben der Familiären Hypercholesterinämie sollte der Fokus auch auf angeborene Nierenerkrankungen gelegt werden.

Ein kleiner aber relevanter Teil der Nierenkrankheiten ist erblich bedingt (8-11). Ein Teil dieser Erkrankungen (z.B. autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung (ADPKD)) fällt oft erst im Erwachsenenalter auf. Die frühen Symptome sind zu unspezifisch, wie Flankenschmerzen oder Bauchschmerzen. Doch auch diese angeborenen Nierenerkrankungen stellen einen relevanten Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse schon in jüngerem Lebensalter dar. Zur Früherkennung der im Kindes- und Jugendalter ohne spezifische Symptome verlaufenden, angeborenen Nierenerkrankungen sollte daher analog zur Familiären Hypercholesterinämie vorgegangen und eine einmalige Untersuchung zur Früherkennung in dieses Gesetz aufgenommen werden.

Zu Kapitel B (Lösung) Nummer 2 – Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen

Weder für den Check-up 25, den Check-up 35 noch für den Check-up 50 wird als ein Schwerpunkt die Früherkennung von chronischen Nierenerkrankungen genannt. Dies verwundert, da gerade chronische Nierenerkrankungen der bewussten Früherkennung bedürfen. Sie verlaufen lange symptomlos, aber stellen bereits zu dieser Zeit einen relevanten Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar (siehe hierzu auch die „Vorbemerkungen“). **Patientinnen und Patienten, bei denen im Check-up ein erhöhter Bluthochdruck festgestellt wird, sollten im Rahmen des Check-ups eine Serumkreatinin-Bestimmung mit eGFR erhalten (12-13). Bei einer eGFR < 60 ml/min/1,73 m² oder bereits vorhandenen Risikofaktoren für chronische Nierenerkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus sollte darüber hinaus eine spezifische Urinuntersuchung auf Albumin und Kreatinin (UACR) durchgeführt werden. Darüber hinaus sollte eine HbA1c-Bestimmung als Labormarker für chronische Blutzuckererhöhung in Vorsorgeuntersuchungen ab dem Check-Up 35 aufgenommen werden, um den multifaktoriellen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen für das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geeignet Rechnung zu tragen.**

Zu Kapitel B (Lösung) Nummer 4 – Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse

Es erscheint nicht sinnvoll, sich für eine gezielte medikamentöse Intervention auf eine Substanzklasse festzulegen. Statt auf Statine im Besonderen abzielen, sollte vielmehr eine effiziente Cholesterinsenkung im Allgemeinen adressiert werden. Andernfalls würden zukünftig bei der Entwicklung neuer Substanzklassen sowie dem Bekanntwerden neuer Evidenz unmittelbar Gesetzesänderungen notwendig werden.



Zu Kapitel B (Lösung) Nummer 6 - Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Wenn man Apotheken die Beratung zur Prävention und Früherkennung zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-erkrankungen und Tabak-assoziierten Erkrankungen als pharmazeutische Dienstleistung zutraut, gehört auch eine Beratung zu Prävention und Früherkennung von chronischen Nierenerkrankungen dazu (siehe hierzu auch „Vorbemerkungen“). Hierzu würde beispielsweise die Beratung zählen, dass längere Einnahmen von Schmerzmitteln nierenschädigend sein können, dass auf Ernährung und Trinkmenge zu achten ist und dass die Nierenfunktion gezielt geprüft werden muss, weil Nierenerkrankungen lange symptomlos verlaufen, aber bereits zu diesem Zeitpunkt ein relevantes kardiovaskuläres Risiko darstellen.

Zu Artikel 1 Nummer 2 - § 25c (Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

Ergänzung des dargestellten Textteils des § 25c Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 wie in Blau dargestellt:

„Versicherte werden von ihrer Krankenkasse mit Vollendung des 25., des 35. sowie des 50. Lebensjahres persönlich in Textform zu einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 eingeladen. Die Krankenkassen sind befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Paragraphen erforderlichen und in der Verordnung nach Absätzen 4 und 5 aufgeführten Daten zu verarbeiten. Die Versicherten können in Textform weiteren Einladungen widersprechen; sie sind in den Einladungen auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Versicherte erhalten mit der Einladung

1. einen Gutschein zur Vorlage in der Apotheke für eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, **Nierenerkrankungen** sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikofaktoren nach § 129 Absatz 5e Satz 5 Nummer 3, ...“

Begründung:

Siehe Begründung zu Kapitel B (Lösung) Nummer 6 (Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken) und zu Artikel 1 Nummer 7 a) - § 129 Absatz 5e (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung)



Zu Artikel 1 Nummer 3 a) - § 26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche)

Ergänzung der neuen Absätze 2a und 2b wie in Blau abgebildet:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 haben versicherte Kinder und Jugendliche im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung **und zur Früherkennung einer Nierenerkrankung.**“

(2b) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach angemessener Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistungen nach Absatz 2a zu regeln, insbesondere

1. Anforderungen an die Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung **und einer Nierenerkrankung** sowie
2. Vorgaben für standardisierte Fragebögen,
3. Vorgaben für die ärztliche Vergütung.“

Begründung:

Siehe Begründung zu Kapitel B (Lösung) Nummer 1 – Verbesserung der Früherkennung bei Kindern- und Jugendlichen

Zu Artikel 1 Nummer 7 a) - § 129 Absatz 5e (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung)

Ergänzungen der Einfügung nach Satz 3 in Blau:

„Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken. Insbesondere haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Anspruch auf

1. eine jährliche Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, **Nierenerkrankungen** und Diabetes mellitus,
2. eine jährliche Beratung mit Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen und
3. eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, **Nierenerkrankungen** sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikoerkrankungen, insbesondere der erforderlichen Blutwerte, **Urinwerte** sowie des Blutdrucks bei Vorlage eines Gutscheins nach § 25c Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 und der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten. ...“

Begründung:

Wenn man Apotheken die Beratung mit Messung zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus als pharmazeutische Dienstleistung zutraut,



gehört auch eine einfache, unspezifische Messung der Urinwerte und eine Beratung zu Nierenerkrankungen dazu (siehe hierzu auch die „Vorbemerkungen“). Die schnellste Methode, um den Urin zu untersuchen, ist ein Urin-Schnelltest. Dabei wird ein Teststreifen, auf dem sich kleine quadratische Farbfelder befinden, ein paar Sekunden in den Urin eingetaucht. Je nachdem, in welcher Konzentration die jeweilige Substanz vorhanden ist, verfärben sich die Felder des Teststreifens. Dann wird die Farbe der Felder mit einer Farbtafel verglichen. Eine solche Farbtafel ist auf dem Urin-Teströhrchen abgebildet und zeigt, welche Färbungen normale und abweichende Werte anzeigen. Erhöhte Eiweißwerte im Urin (Proteinurie) weisen beispielsweise auf Erkrankungen der Nieren hin, die nachfolgend weiter ärztlich abgeklärt und behandelt werden können. Der Schutz der Nieren und die frühzeitige Behandlung von Nierenerkrankungen sind, wie bereits oben dargelegt, relevante kardiovaskuläre Präventionsmaßnahmen. Solche Teststreifen sind bereits jetzt in Apotheken käuflich erhältlich. Jedoch finden dort bisher keine Testungen und Beratungen von Patientinnen und Patienten statt.

Zu Artikel 1 Nummer 8 a) - § 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Ergänzung in Blau der Anfügung zu Absatz 1:

„Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats] beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien nach Absatz 2 für eine krankheitsübergreifende Versorgung von behandlungsbedürftigen Versicherten, bei denen aufgrund einer Erkrankung wie Bluthochdruck, **Nierenerkrankungen** oder Hyperlipidämie bereits ein hohes Risiko für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung besteht.“

Begründung:

Chronische Nierenerkrankungen verlaufen schleichend und lange unbemerkt, obwohl sie bereits ein kardiovaskuläres Risiko darstellen. Bekannt ist eine 20- bis 30-fache Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei diesen Patienten. Das erhöhte Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Zusammenhang mit bereits geringeren Graden von Nierenfunktionsstörungen ist nachgewiesen (vgl. hierzu die „Vorbemerkungen“). Darüber hinaus müssen Nierenerkrankungen z. B. auch im Zusammenspiel mit Bluthochdruck und Diabetes mellitus gesehen werden. Patientinnen und Patienten, bei denen ein erhöhter Bluthochdruck festgestellt wird oder bereits vorhandenen Risikofaktoren für chronische Nierenerkrankungen wie Diabetes mellitus bekannt sind, sollten eine Serumkreatinin-Bestimmung mit eGFR erhalten (12-13). Bei einer eGFR < 60 ml/min/1,73 m² sollte darüber hinaus eine spezifische Urinuntersuchung auf Albumin und Kreatinin (UACR) durchgeführt werden. Unabhängig vom Bluthochdruck machen Blutdruckmedikamente oder häufig assoziierte Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz ein regelmäßiges Monitoring der Nierenfunktion notwendig. Ziel ist die frühzeitige Einleitung einer Therapie,



bevor die Nieren vollständig ihre Funktion verlieren oder es zu einem relevanten kardiovaskulären Ereignis kommt. Patientenschulungen sind essentiell. All dies würde sich insbesondere in einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease Management Programm, DMP) erfolgreich abbilden lassen.

Weitere Anmerkungen:

In der Gesetzesbegründung zu § 25c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 sollten die chronischen Nierenerkrankungen als relevanter Faktor von Herz-Kreislaufkrankungen erwähnt werden (vgl. zur Begründung die „Vorbemerkungen“).

Literatur:

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment: WHO Global Report. 2005. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.
2. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*.351:1296-305, 2004
3. Tonelli M, Wiebe N, Culeton B, House A, Rabbat C, Fok M, McAlister F, Garg AX: Chronic kidney disease and mortality risk: A systematic review. *J Am Soc Nephrol* 17: 2034–2047, 2006
4. Hillege HL, Fidler V, Diercks GFH, Gilst WH van, Zeeuw D de, Veldhuisen DJ van, Gans ROB, Janssen WMT, Grobbee DE, Jong PE de; for the PREVEND study group. Urinary albumin excretion predicts cardiovascular and noncardiovascular mortality in general population. *Circulation*; 106:1777-82, 2002
5. Klausen K, Borch-Johnsen K, Feldt-Rasmussen B, Jensen G, Clausen P, Scharling H, Appleyard M, Jensen JS. Very low levels of microalbuminuria are associated with increased risk of coronary heart disease and death independently of renal function, hypertension, and diabetes. *Circ* 110:32-35, 2004
6. Astor BC, Hallan SI, Miller ER 3rd, Yeung E, Coresh J. Glomerular filtration rate, albuminuria, and risk of cardiovascular and all-cause mortality in the US population. *Am J Epidemiol*;167, 1226-33, 2008
7. Rao, N et al., Impact of CKD screening in high-risk populations and guideline-directed therapy on CV event occurrence and costs in Europe: an IMPACT CKD analysis. *Nephrol Dialy Transplant* 2024
8. Satko SG, Freedman BI, Moossavi S. Genetic factors in end-stage renal disease. *Kidney Int Suppl* 2005; (94):S46-9
9. Satko SG, Sedor JR, Iyengar SK, Freedman BI. Familial clustering of chronic kidney disease. *Semin Dial* 2007; 20(3):229–36



10. Freedman BI, Parekh RS, Kao WHL. Genetic basis of nondiabetic end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 2010; 30(2):101–10
11. Cornec-Le Gall E, Alam A, Perrone RD. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *Lancet* 2019; 393(10174):919–35
12. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic kidney disease: Assessment and management. London; 2021
13. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Hypertonie [Stand: 15.12.2023]
14. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* 2023