

»

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Nephrologie zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der  
Beitragssätze in der gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-  
Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Stand: 20.04.2026

»

## Vorbemerkung:

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) sieht die enormen finanziellen Herausforderungen und unterstützt daher grundsätzlich die Ziele des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz). Wenn auch verschiedene der geplanten Regelungen kritisch bewertet werden, wird die DGfN als Fachgesellschaft in diesem Zusammenhang nur einen Sachverhalt thematisieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Regelungen der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten überprüfen. Dieses Vorhaben unterstützt die DGfN ausdrücklich. Tatsächlich setzt sich die DGfN bereits seit Jahren dafür ein, dass die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie evidenzbasiert überarbeitet wird. Hierzu ist im Gesetzesentwurf eine Änderung des § 25 Absatz 4 SGB V vorgesehen. **Überarbeitet werden sollten die geplante Einengung von Früherkennungsuntersuchungen auf „Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen“ und Anteile der begleitenden Gesetzesbegründung, da hier relevante Aspekte außer Acht gelassen werden und somit ein falscher Eindruck entsteht.** Insbesondere sollte die Darstellung gestrichen werden, die suggeriert, dass Laboruntersuchungen des Urins generell für eine Früherkennung ungeeignet sind. Dies hat die Finanzkommission Gesundheit in ihrem Bericht vom 30. März 2026 auf Seite 153 so auch nicht dargestellt. Vielmehr kritisiert die Finanzkommission Gesundheit die anlasslose Untersuchung des Urins mit einem unselektiven Harnstreifentest auf Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit. Dies stellt jedoch einen relevanten Unterschied dar und sollte daher in der Gesetzesbegründung richtig gestellt werden.

## Die Regelung des Gesetzesentwurfs soll wie folgt geändert werden:

### Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Nummer 7. - Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse

1. die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung auf ~~Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen~~ **internistische Volkskrankheiten,**
2. [...]

und beschließt jeweils bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien.“

## Die Gesetzesbegründung soll wie folgt geändert werden:

### Zu Nummer 7 (§ 25)

„... Die im neuen § 25 Absatz 4 Satz 7 Nummer 1 geregelte Pflicht zur Überprüfung seiner Normsetzung betrifft die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Die letzte umfassende Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) durch den G-BA fand nach Durchführung eines Bewertungsverfahrens im Jahr 2018 statt, so dass die aktuellen Untersuchungsinhalte der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene nach § 25 (sog. Check-up) noch den damaligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegeln. Zwischenzeitlich veröffentlichte wissenschaftliche Studien legen jedoch nahe, dass opportunistische allgemeine Gesundheitsuntersuchungen wie der Check-up ohne Eingrenzungen auf Zielgruppen mit besonderen Bedarfen für Früherkennungsuntersuchungen und ohne Fokussierung auf einzelne Zielerkrankungen einen nur sehr begrenzten Nutzen haben. Dagegen wurde wissenschaftlich gezeigt, dass strukturierte Früherkennungsprogramme mit Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängenden Risiken sowie Begleit- und Folgeerkrankungen (insbesondere Diabetes, Adipositas, chronische Nierenerkrankungen) eine Wirksamkeit zur Reduktion von Risiken, Sterblichkeit und Krankheitslast haben können.

[...]

Bei der Überprüfung der GU-RL sollen Ergebnisse neuerer internationaler Studien (z. B. zum NHS Health Check aus England) berücksichtigt werden, die einen Nutzen von strukturierten Früherkennungsprogrammen mit Fokus auf wenige Zielerkrankungen (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängende Risiken und Komorbiditäten) und auf die zielgerichtetere Nutzung durch Personen mit besonderem Bedarf bei gleichzeitig geringerer Häufigkeit der Untersuchungen und Durchführung durch nicht-ärztliche Gesundheitsfachkräfte gezeigt haben. Dabei sollte auch der Nutzen einzelner derzeit im Check-up enthaltener Teiluntersuchungen (wie z. B. ~~Laboruntersuchung des Urins unselektiver Harnstreifentest auf Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit~~) überprüft werden und Möglichkeiten für eine stärker standardisierte Erfassung von Risiken genutzt werden. Zudem sollen auch spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden.

...“

## Begründung des Änderungsbedarfs der Regelung und der Gesetzesbegründung:

Die Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie sollte nicht auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen, sondern auf die Früherkennung der internistischen Volkskrankheiten eingegrenzt werden, da diese bereits für sich genommen so relevant sind, um ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln anzustreben. Zu diesen Volkskrankheiten gehören insbesondere arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronische Nierenkrankheit, Adipositas und Hyperlipidämie.

Die chronische Nierenkrankheit stellt eine relevante globale Gesundheitsbelastung dar. In Industrieländern liegt die Prävalenz bei etwa 10,8 %. Es wird prognostiziert, dass die chronische Nierenkrankheit bis 2050 zur dritthäufigsten Todesursache weltweit aufsteigen und nach der Alzheimer-Demenz den zweitschnellsten Anstieg unter den Haupttodesursachen verzeichnen wird. Diese Entwicklung wird maßgeblich durch Bevölkerungsalterung, steigende Prävalenz von Diabetes mellitus und Adipositas sowie klimabedingte Faktoren getrieben (1). Um diesen Trend abzuwenden, hat die WHO im Mai 2025 eine Resolution zur Nierengesundheit verabschiedet.

Die Relevanz für eine nicht diagnostizierte chronische Nierenkrankheit kann mit Evidenz hinterlegt werden. Eine aktuell publizierte Studie aus Israel an mehr als 600.000 Erwachsenen zeigt, dass die fehlende Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit mit einer erhöhten Mortalität, Nierenversagen sowie einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergeht (2).

Daher begrüßt die DGfN ausdrücklich, dass die chronische Nierenkrankheit klar als relevantes Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung erkannt und in der Gesetzesbegründung benannt worden ist.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet. Bei Patientin mit chronischer Nierenkrankheit ist die Rate an kardialen und kardiovaskulären Ereignissen deutlich höher. Bekannt ist eine 20- bis 30-fache Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Patienten mit chronischen Nierenkrankheiten. Das erhöhte Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Zusammenhang mit bereits geringeren Graden von Nierenfunktionsstörungen wurde schon 2004 nachgewiesen (3). Es konnte ein unabhängiger und gradueller Zusammenhang zwischen glomerulärer Filtrationsrate (GFR) und Mortalitätsrisiko, kardiovaskulären Ereignissen und stationären Aufenthalten gezeigt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn gleichzeitig eine erhöhte Eiweißkonzentration im Urin (Albuminurie) vorliegt (3-6). 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 (7). Aktuelle Ergebnisse der IMPACT CKD-Studie zeigen, dass eine Veränderung in Früherkennung und therapeutischer Praxis viel bewirken könnte (8). Durch gezielte Früherkennung und die frühzeitige Therapie der chronischen Nierenkrankheit könnte das Auftreten von zum Beispiel Herzinfarkten um fast die Hälfte oder von Schlaganfällen um mehr als ein Drittel reduziert werden.

**Umso bedauerlicher ist dieser Satz in der Gesetzesbegründung: „Dabei sollte auch der Nutzen einzelner derzeit im Check-up enthaltener Teiluntersuchungen (wie z. B. Laboruntersuchung des Urins) überprüft werden [...]“. Er suggeriert, dass eine Laboruntersuchung des Urins keine geeignete Methode zur Früherkennung der**

chronischen Nierenkrankheit wäre. Dies gilt jedoch nicht für jede Form der Urinuntersuchung. Die Finanzkommission Gesundheit kritisiert in ihrem Bericht vom 30.03.2026 auf Seite 153 nicht eine Laboruntersuchung des Urins als ungeeignete Früherkennungsmaßnahme einer chronischen Nierenkrankheit, sondern die anlasslose Untersuchung mit einem unselektiven Harnstreifentest auf Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit. Dies ist ein großer und relevanter Unterschied, der in der Gesetzesbegründung richtig gestellt werden sollte. Die DGfN weist seit Jahren darauf hin, dass die Art der Urinuntersuchung in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wenig sensitiv und damit wenig geeignet für das Erkennen einer chronischen Nierenkrankheit ist. Dies trifft jedoch nicht für andere, modernere Untersuchungen des Urins zu, die ebenfalls mit Streifentests durchgeführt werden können. Vielmehr ist eine Untersuchung des Urins über die Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR) gemeinsam mit einer Untersuchung des Blutes über die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) unerlässlich für die geeignete Früherkennung der chronischen Nierenkrankheit. Auch erfüllen diese beiden Untersuchungen die in der Gesetzesbegründung formulierte Anforderung, durch geschulte, nicht-ärztliche Gesundheitsfachkräfte durchgeführt werden zu können.

Auch die Forderung, Zielgruppen mit besonderen Bedarfen für Früherkennungsuntersuchungen zu adressieren, kann für die chronische Nierenkrankheit evidenzbasiert erfüllt werden. Die KDIGO-Leitlinien 2024 empfehlen ein risikobasiertes Screening, insbesondere für Personen mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, kardiovaskulären Erkrankungen, Adipositas, positiver Familienanamnese und Zustand nach akutem Nierenversagen. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes sollte dieses Screening bereits bei Diagnosestellung beginnen, bei Patienten mit Typ-1-Diabetes fünf Jahre nach Erstdiagnose. **Die American Diabetes Association und die KDIGO empfehlen für Risikogruppen grundsätzlich ein jährliches Screening mittels eGFR und UACR.**

Die ökonomischen Analysen zeigen konsistent, dass die Kosten für Dialyse und Nierenersatztherapie die Kosten früher Stadien der chronischen Nierenkrankheit um ein Vielfaches übersteigen, was die Bedeutung früher Intervention unterstreicht (9-12). Besonders relevant sind die neueren Kosteneffektivitätsanalysen, die unter Einbeziehung von SGLT2-Inhibitoren durchgeführt wurden. Diese zeigen, dass auf Basis einer solchen Therapieoption sogar ein populationsweites Screening kosteneffektiver ist als in früheren Analysen angenommen (13-15). Die KDIGO-Leitlinien 2024 betonen, dass die Verfügbarkeit wirksamer krankheitsmodifizierender Therapien die Argumentation für frühes Screening verstärkt (15).

Angesichts der hohen und steigenden Prävalenz von chronischer Nierenkrankheit, der erheblichen menschlichen und ökonomischen Belastung durch Dialyse, Nierentransplantation und Folgeerkrankungen sowie der Verfügbarkeit wirksamer krankheitsmodifizierender Therapien ist ein systematisches, risikobasiertes Screening auf chronische Nierenkrankheit (eGFR und UACR) medizinisch und ökonomisch sinnvoll. Priorität sollten Personen mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, kardiovaskulären

Erkrankungen, Adipositas, positiver Familienanamnese und Zustand nach akutem Nierenversagen haben.

Die Implementierung von Screening-Programmen sollte mit strukturierten Behandlungspfaden und Patientenedukation verbunden werden, um die Krankheitsprogression zu verlangsamen und die Belastung durch chronisches Nierenversagen zu reduzieren.

Die gerade am 15. April 2026 veröffentlichten OECD Health Policy Studies “The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases” halten dazu fest:

“... Health systems, and primary care in particular, need to be engaged across the entire NCD care pathway, not only in curing acute episodes. Primary care providers should deliver preventive care, by promoting healthier behaviours and addressing risk factors early. The health system also plays a central role in screening and early detection, helping identify conditions such as cancer or chronic kidney disease before they progress. Once diagnosed, patient-centred long-term management in primary care is essential, through co-production of health and co-ordination of care. ...”

“... The health system also plays a key role screening for NCD complications. For example, diabetes is a leading cause of chronic kidney disease (CKD) worldwide (Francis et al., 2024), and almost half of patients with diabetes have CKD (Thomas, Cooper and Zimmet, 2015). Without appropriate treatment, CKD can progress to end stage kidney disease (ESKD), which can be life threatening, and may require dialysis or kidney transplant. Screening for protein in urine (albuminuria) can help detect the early stages of kidney dysfunction in individuals with diabetes, allowing for early intervention that delay or prevent the development of CKD (Galea et al., 2025; WHO, 2025). There are various ways to encourage screening for complications in primary care, such as incorporating reminders into the patient electronic medical record, physician training and quality control audits (Anabtawi and Mathew, 2013). ...”

## Literatur:

1. GBD 2021 Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2204-2256.
2. Levin-Iaina N, Reiner-Benaim A, Abu-Akel S, Habashi N. Clinical Implications of Missed CKD Diagnosis in Adults with and without Diabetes Mellitus. *JASN* 00: 1–10, 2026.
3. 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
4. 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

5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. Jha V, Al-Ghamdi SMG, Li G, et al. Global Economic Burden Associated With Chronic Kidney Disease: A Pragmatic Review of Medical Costs for the Inside CKD Research Programme. *Advances in Therapy*. 2023;40(10):4405-4420.
10. Eriksson JK, Neovius M, Jacobson SH, Elinder CG, Hylander B. Healthcare Costs in Chronic Kidney Disease and Renal Replacement Therapy: A Population-Based Cohort Study in Sweden. *BMJ Open*. 2016;6(10):e012062.
11. Mohnen SM, van Oosten MJM, Los J, et al. PloS One. Healthcare Costs of Patients on Different Renal Replacement Modalities - Analysis of Dutch Health Insurance Claims Data. 2019;14(8):e0220800.
12. Kaplan JM, Niu J, Ho V, Winkelmayr WC, Erickson KF. A Comparison of US Medicare Expenditures for Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. 2022;33(11):2059-2070.
13. Cusick MM, Tisdale RL, Chertow GM, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Population-Wide Screening for Chronic Kidney Disease : A Cost-Effectiveness Analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2023;176(6):788-797
14. Yeo SC, Wang H, Ang YG, Lim CK, Ooi XY. Cost-Effectiveness of Screening for Chronic Kidney Disease in the General Adult Population: A Systematic Review. *Clinical Kidney Journal*. 2024;17(1):sfad137.
15. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2024;105(4S):S117-S314.