Neue ESC-Guidelines

Erste Guidelines zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) und chronischer Nierenerkrankung (CKD)

Ergebnisse aus aktuellen grossen Studien zu CVD und CKD zeigen, dass es möglich ist, das Risiko für Nieren- und kardiovaskuläre Komplikationen erheblich zu senken. Damit dies zu einer Reduktion der globalen Krankheitslast führt, muss die CKD bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen aktiv gesucht werden. Ziel der neuen, am Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC) vorgestellten Guideline ist die Früherkennung und die Therapie von Patienten mit einem Risiko, eine CKD zu entwickeln.

Eine chronische Nierenerkrankung (CKD) ist definiert als das Vorliegen von seit mindestens drei Monaten bestehenden Anomalien der Nierenstruktur oder -funktion, die gesundheitliche Auswirkungen haben. Schätzungen zufolge leiden in Europa rund 100 Millionen Menschen an einer CKD, die alle aufgrund ihrer Nierenerkrankung ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl von kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) haben.

In der neuen Guideline wurde vermehrt Gewicht auf das Screening von potenziellen CKD-Patienten Wert gelegt. Mit dem Akronym STAMP ist das Vorgehen skizziert: **S**creen (Screening), **T**riage, **A**ddress CKD Risk (CKD-Risiko angehen), **M**odify CVD management (Herz-Kreislauf-Management anpassen) und **P**lan health services (Gesundheitsleistungen planen). Im ersten Schritt empfiehlt die Guideline das Screening anhand von Messungen der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und der Albuminurie bei allen Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen einschliesslich Hypertonie, koronarer Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz (HF), peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAD) und Hirnschlag. Zur Feststellung der Chronizität werden zwei Messungen der eGFR und des Urin-Albumin-Kreatinin-Quotienten (UACR) über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten empfohlen.

Nierenwerte miteinbeziehen

Eine zentrale Botschaft zur Triage lautet, dass CVD-Risiko-Scores, die den eGFR-Wert und/oder die Albuminurie einbeziehen, verwendet werden sollten, um das CVD-Risiko bei Patienten mit CKD genau zu bestimmen.

Ist das Risiko erfasst, soll dieses mit frühzeitigem Einsatz risikomodifizierender Therapien gesenkt werden. Für die meisten Patienten mit CKD werden ein ACE-Hemmer oder ein Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) sowie ein SGLT2-Hemmer empfohlen, um das Risiko eines Fortschreitens der CKD und von CVD zu senken. Eine Therapie mit nichtsteroidalen Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist (MRA) wie Finerenon (Kerendia®) und GLP-1-RA wie Semaglutid (Ozempic®) wird für Patienten mit CKD, Typ-2-Diabetes und Albuminurie empfohlen, um das Risiko einer Progression der CKD und kardiovaskulärer Ereignisse zu verringern. □

Valérie Herzog

Quelle: 2026 ESC Guidelines and Document overview, Jahreskongress der European Society of Cardiology, 28.–31. August 2026, München, und Damman K et al.: 2026 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and chronic kidney disease, in collaboration with the European Renal Association (ERA). Eur Heart J. 2026. doi:10.1093/eurheartj/ehag098

Empfohlene Therapie je nach Komorbidität (1)

	ACEI/ARB	SGLT2-Hemmer	GLP-1-RA	MRA	Betablocker	Statinbasierte Lipidsenkung	Antithrombotische Therapie
Kein Diabetes							
Typ-2-Diabetes							
HFrEF							
HFpEF							
ASCVD							
Arrhythmien							

Abkürzungen: ACEI = ACE-Inhibitor; ARB = Angiotensin-II-Rezeptorblocker; GLP-1-RA = GLP-1-Rezeptoragonist; HFrEF = Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion; HFpEF = Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion; ASCVD = atherosklerotisch bedingte kardiovaskuläre Erkrankung

Quelle: modifiziert nach (1)