DMP 2.0 für chronisch Erkrankte

Zwischen Wissen und Handeln: neue Wege in der Versorgung multimorbider Patient:innen

Chronische Erkrankungen stellen in Deutschland die führende Ursache für Krankheitslast und Mortalität dar (Porst et al., 2022). Innerhalb dieser Patientengruppe ist das gleichzeitige Auftreten von Komorbiditäten besonders prävalent. Diese Multimorbidität hat erhebliche Auswirkungen auf die Komplexität der Patientenversorgung, die Notwendigkeit koordinierter Behandlungsstrategien und führt zu einer signifikanten wirtschaftlichen Belastung des Gesundheitssystems (Jokela et al., 2014; Dias et al., 2018; Santos et al., 2022; Marassi and Fadini, 2023; Sebastian, Padda and Johal, 2024). Eine aktuellere Erhebung zeigt, dass im Jahr 2023 bereits 50,8% der Erwachsenen in Deutschland eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem angaben (RKI, 2024). Bei den über 65-Jährigen sind bereits über 60% von Multimorbidität betroffen; so sind 62% an mindestens drei chronischen Krankheiten gleichzeitig erkrankt (BMBF, 2014), und auch Gesundheitsberichtserstattungsdaten des RKIs zeigen für 65- bis 79-Jährige eine Prävalenz von 63% für chronisches Kranksein. Prognosen deuten darauf hin, dass mit der demografischen Alterung und dem Anstieg chronischer Erkrankungen die Bedeutung multimorbider Versorgungsrealitäten zunehmen wird (RKI, 2024). In Europa entfallen bereits über zwei Drittel der Gesundheitskosten auf Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen (OECD and Union, 2016; Price, 2017). In Deutschland stellen multimorbide Patient:innen einen wesentlichen Kostentreiber dar. Beispielsweise werden direkte Kosten für Diabetes mellitus auf jährlich 21 Mrd. Euro (DDG, 2021) und die Gesamtkosten für Adipositas auf 63 Mrd. Euro (Effertz et al., 2016) geschätzt – beides Erkrankungen, die stark mit Multimorbidität assoziiert sind.

>> Ein zentrales Problem und die damit verbundenen Herausforderungen bei der effizienten Bewältigung multimorbider Versorgungsrealitäten im deutschen Gesundheitssystem liegen in dessen historisch rein kurativer Ausrichtung (Stiftung, 2021). Die aktuelle Grundstruktur des Systems, die durch sektorale Trennung, facharztspezifische Spezialisierung und fallpauschalierte Finanzierung gekennzeichnet ist, spiegelt die Versorgung von Krankheiten des 20. Jahrhunderts wider. Damals ging es primär um akute, klar voneinander abgrenzbare Krankheiten mit Aussicht auf vollständige Genesung (Wahlster, Teichman und Herr, 2018; Krankenversorgung, 2024).

Im Gegensatz zur historisch gewachsenen Struktur steht die Realität des 21. Jahrhunderts: Wir sehen eine alternde Bevölkerung mit einem hohen Anteil an Patient:innen, die gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Bei diesen multimorbiden Krankheitsverläufen steht die reine Heilung nicht mehr im Vordergrund. Stattdessen geht es um die frühe Erkennung patientenspezifischer Risiken, die rechtzeitige Diagnose und Behandlung nach medizinischen Leitlinien sowie die Verlangsamung der Krankheitsprogression (Gesundheitswesen, 2018). Nicht zuletzt ist das Ziel, die Lebensqualität zu stabilisieren, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und die Teilhabe am sozialen Leben bis ins hohe Alter zu ermöglichen.

Dem kurativen Charakter des Gesundheitssystems sollten also präventive Elemente und Bausteine hinzugefügt werden. Im Bereich von chronischen Erkrankungen erfordert das eine kontinuierliche, präventive und koordinierte Betreuung und nicht nur episodische Akutinterventionen (AOK, 2011).

Besonders die Versorgung von Patient:innen in cardio-renal-metabolischen (CRM) Indikationsgebieten (Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Niereninsuffizienz) stellt unser Gesundheitssystem vor wachsende strukturelle und finanzielle Herausforderungen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, da Komorbiditäten aufgrund der Interkonnektivität dieser Erkrankungen in dieser Patientengruppe besonders häufig sind (Porst et al., 2022; Schüssel et al., 2022; Jaradat and Nashwan, 2023; Gesellschaft, 2024).

Eine aktuelle wissenschaftliche Studie, die Boehringer Ingelheim auf Basis des Routinedatensatzes der Gesundheitsforen Leipzig aus dem Jahr 2022 in Auftrag gab, analysiert die Verteilung von CRM-Komorbiditäten in der deutschen Bevölkerung und stellt die durchschnittlichen stationären Versorgungskosten für das Jahr 2022 dar.

Der Anteil von Patient:innen mit mindestens einer CRM-Erkrankung in der Gesamtbevölkerung beträgt 14,1%. Davon sind 38% multimorbid und leiden an allen drei Indikationen gleichzeitig.

Mit jeder zusätzlichen Komorbidität steigen die Versorgungskosten im Krankenhaus exponentiell. Die durchschnittlichen Krankenhauskosten für einen T2D-Patienten liegen bei ca. 1.200 Euro. Diese Kosten verdoppeln sich z. B. bei einer zusätzlichen Niereninsuffizienz als Komorbidität und verdreifachen sich bei zusätzlicher Herzinsuffizienz. Kommen zwei oder drei Komorbiditäten hinzu, steigen die Krankenhauskosten auf 8.000 Euro und mehr an.

Komorbiditäten im Kontext chronischer CRM-Erkrankungen verursachen eine signifikant erhöhte Morbiditätslast (Ferdinand et al., 2023; Nichols et al., 2023; Xie et al., 2025) und sind Treiber wachsender Gesundheitsausgaben. Die durchschnittlichen Krankenhauskosten in Deutschland je Patient mit

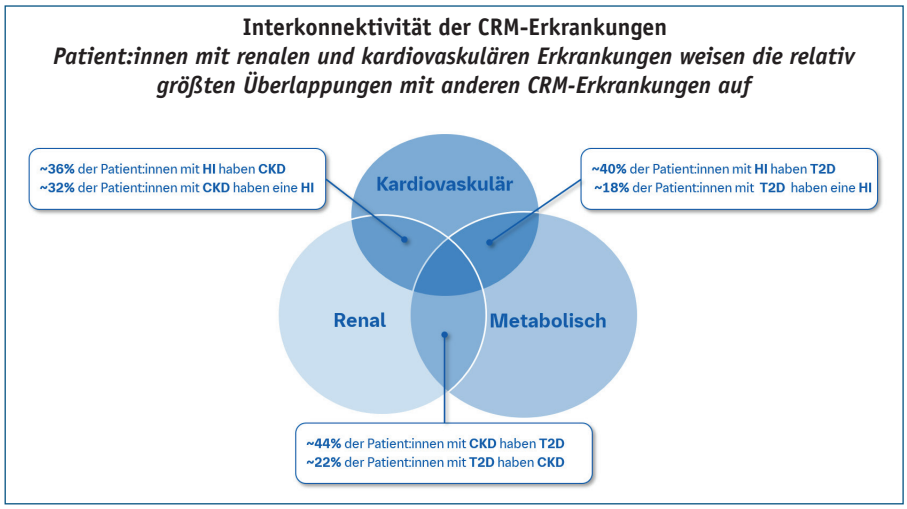


Abb. 1: Interkonnektivität der CRM-Erkrankungen. Eigene Darstellung.

verschiedenen Komorbiditätsszenarien im Rahmen von CRM-Indikationen sind Abbildung 2 zu entnehmen.

Abbildung 3 zeigt die Krankenhauskosten im Verhältnis zu Patient:innen mit der Einzeldiagnosestellung Diabetes mellitus Typ 2.

Bei chronischen CRM-Erkrankungen sind die Indikationen in ihrer stabilen Phase meist ambulant sehr gut behandelbar. Stationäre Aufnahmen bei chronisch erkrankten multimorbiden Patient:innen erfolgen häufig im Rahmen akuter Ereignisse, wie z. B. Dekompensationen. Diese Krankenhausaufenthalte sind nicht selten Ausdruck einer unzureichenden kontinuierlichen ambulanten Behandlung und der damit verbundenen

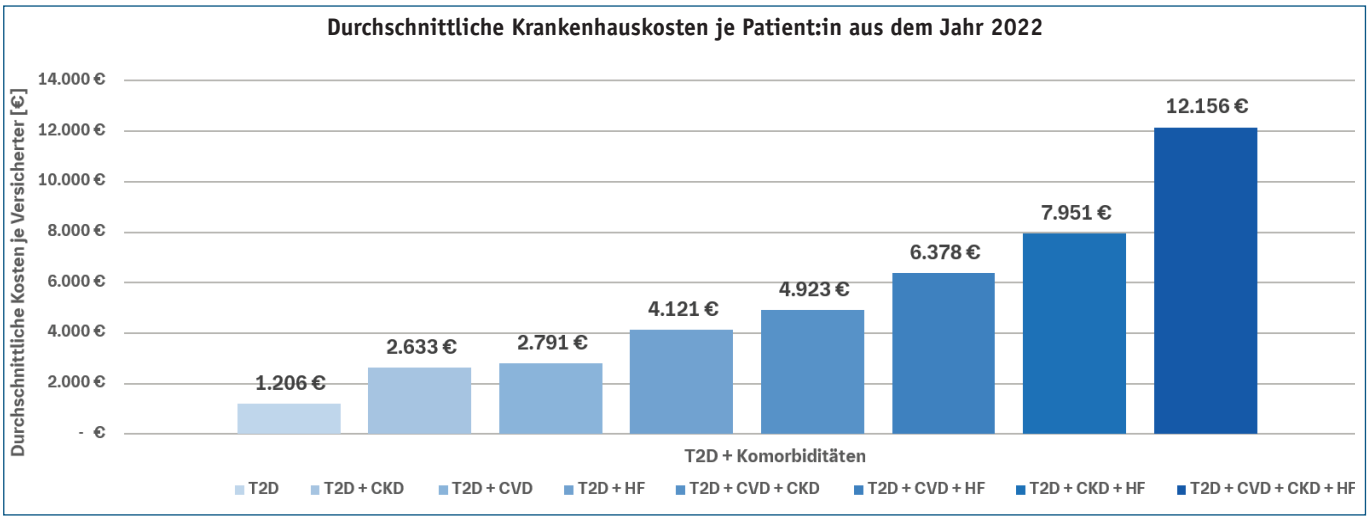


Abb. 2: Durchschnittliche Krankenhauskosten je Patient:in aus dem Jahr 2022. Eigene Darstellung.

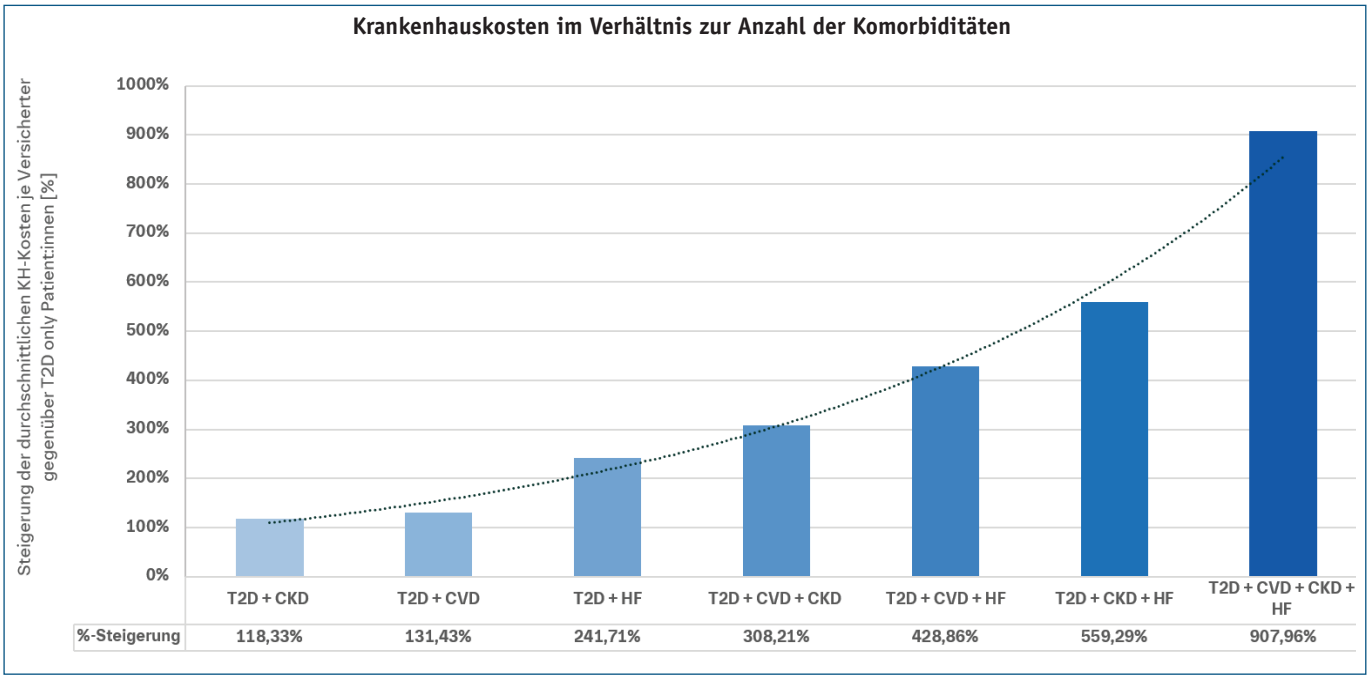


Abb. 3: Krankenhauskosten im Verhältnis zur Anzahl der Komorbiditäten. Eigene Darstellung.

fehlenden Stabilisierung der Patient:innen – insbesondere dann, wenn die Versorgung stark indikationsspezifisch erfolgt und Wechselwirkungen zwischen Komorbiditäten nicht ausreichend berücksichtigt werden.

In vielen Fällen ließe sich durch eine interdisziplinär koordinierte Betreuung, die auf leitliniengerechter Behandlung und somit auf Prävention der Erst- und Folgeerkrankungen sowie der Verhinderung von deren Progression zielt, eine stationäre Behandlung vermeiden (Wilke et al., 2022).

DMPs als Ansatzpunkt – mit Nachbesserungsbedarf

Disease-Management-Programme (DMPs) sind neben der hausarztzentrierten Versorgung zentrale Versorgungsmodelle im deutschen Gesundheitssystem und wichtiger Baustein der koordinierenden Versorgung im ambulanten Bereich zur Stabilisierung von CRM-Erkrankungen. Sie sichern regelmäßige Arztkontakte und strukturierte Behandlungsprozesse. Für einzelne Indikationen wie Typ-2-Diabetes oder koronare Herzkrankheit zeigen Studien, dass DMPs positive Effekte auf die Morbidität, Mortalität und Kosten haben (Knöppler et al., 2023).

Doch DMPs greifen zu kurz, da auch sie bisher für Einzelindikationen konzipiert wurden. Um die gesundheitlichen und ökonomischen Folgen von Komorbiditäten nachhaltig zu begrenzen, braucht es daher einen Paradigmenwechsel: weg von episodischer, diagnosespezifischer (Akut-)intervention, hin zu präventiver, koordinierter und digital

Literatur

Abdul-Ghani, M. et al. (2016) "SGLT2 Inhibitors and Cardiovascular Risk: Lessons Learned From the EMPA-REG OUTCOME Study," Diabetes Care, 39(5), pp. 717–725. Available at: https://doi.org/10.2337/dc16-0041.
AOK, W.I. der (2011) Versorgungs-Report 2011 Chronische Erkrankungen. Available at: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Versorgungsreport/2011/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_vsr2011_gesamt.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Bai, X. et al. (2024) "Digital Health Interventions for Chronic Wound Management: A Systematic Review and Meta-Analysis," Journal of Medical Internet Research, 26, p. e47904. Available at: https://doi.org/10.2196/47904.
BMBF (2014) Wie krank sind wir wirklich? - Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor. Available at: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-krank-sind-wir-wirklich-erstmals-liegen-verlassliche-daten-zu-mehrfacherkrankungen-im-3113.php (Accessed: June 11, 2025).
Cohen, L.P. et al. (2023) "Cost-effectiveness of Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors for the Treatment of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction," JAMA Cardiology, 8(5), pp. 419–428. Available at: https://doi.org/10.1001/jamacardio.2023.0077.
DDG (2021) Die Diabetes-Epidemie – Direkte und indirekte Gesundheitskosten gehen in die Milliarden. Available at: https://www.ddg.info/presse/die-diabetes-epidemie-direkte-und-indirekte-gesundheitskosten-gehen-in-die-milliarden (Accessed: June 11, 2025).
Dias, S.S. et al. (2018) "Cohort Profile: The Epidemiology of Chronic Diseases Cohort (EpiDoC)," International Journal of Epidemiology, 47(6), pp. 1741–1742j. Available at: https://doi.org/10.1093/ije/dyy185.
Effertz, T. et al. (2016) "The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective," The European Journal of Health Economics, 17(9), pp. 1141–1158. Available at: https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4.
Ferdinand, K.C. et al. (2023) "Humanistic and Economic Burden of Patients with Cardiorenal Metabolic Conditions: A Systematic Review," Diabetes Therapy, 14(12), pp. 1979–1996. Available at: https://doi.org/10.1007/s13300-023-01464-8.
Gesellschaft, D.D. (2024) Gesundheitsbericht Diabetes Bestandsaufnahme. Available at: https://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Gesundheitswesen, S. zur B. der E. im (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Available at: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Hasan, I. et al. (2024) "SGLT2 inhibitors: Beyond glycemic control," Journal of Clinical & Translational Endocrinology, 35, p. 100335. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jcte.2024.100335.
Jaradat, J.H. and Nashwan, A.J. (2023) "Cardiovascular-kidney-metabolic syndrome: Understanding the interconnections and the need for holistic intervention," Journal of Medicine, Surgery, and Public Health, 1, p. 100028. Available at: https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2023.100028.
Jokela, M. et al. (2014) "Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies," Psychological Medicine, 44(12), pp. 2629–2640. Available at: https://doi.org/10.1017/s0033291714000257.
Knöppler, K. et al. (2023) Integrierte Versorgung 5.0 Hintergrund, Zielbild und Handlungsfelder. Available at: https://dgiv.org/wp-content/uploads/2023/07/Positionspapier-IV-5.0-1.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Krankenversorgung, R. Für eine moderne und bedarfsgerechte (2024) Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Marassi, M. and Fadini, G.P. (2023) "The cardio-renal-metabolic connection: a review of the evidence," Cardiovascular Diabetology, 22(1), p. 195. Available at: https://doi.org/10.1186/s12933-023-01937-x.
McGuire, D.K. et al. (2021) "Association of SGLT2 Inhibitors With Cardiovascular and Kidney Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes," JAMA Cardiology, 6(2), pp. 148–158. Available at: https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.4511.
Nichols, G.A. et al. (2023) "Health Care Costs Associated with the Development and Combination of Cardio-Renal-Metabolic Diseases," Kidney360, 4(10), pp. 1382–1388. Available at: https://doi.org/10.34067/kid.0000000000000212.
OECD and Union, E. (2016) "Health at a Glance: Europe 2016," Health at a Glance: Europe [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.1787/9789264265592-en.
Porst, M. et al. (2022) "The burden of disease in Germany at the national and regional level—results in terms of disability-adjusted life years (DALY) from the BURDEN 2020 study," Deutsches Ärzteblatt international, 119(46), pp. 785–792. Available at: https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0314.
Price, R. (2017) "Europe paying a heavy price for chronic diseases, finds new OECD-European Commission report," European Journal of Hospital Pharmacy, 24(2), p. 133. Available at: https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2017-001227.
RKI (2024) Chronisches Krank sein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2024. Available at: https://gbe.rki.de (Accessed: June 11, 2025).
Santos, N.C. dos et al. (2022) "PREVALENCE AND IMPACT OF COMORBIDITIES IN INDIVIDUALS WITH COPD: A SYSTEMATIC REVIEW," Tuberculosis and Respiratory Diseases, 85(3), pp. 205–220. Available at: https://doi.org/10.4046/trd.2021.0179.
Schüssel, K. et al. (2022) "Nutzung von Krankenkassenroutinedaten zur Bestimmung von Krankheitshäufigkeiten im Projekt BURDEN 2020," Das Gesundheitswesen, 85(S 02), pp. S101–S110. Available at: https://doi.org/10.1055/a-1806-2115.
Sebastian, S.A., Padda, I. and Johal, G. (2024) "Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) syndrome: A state-of-the-art review," Current Problems in Cardiology, 49(2), p. 102344. Available at: https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102344.
Stiftung, R.B. (2021) Die Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl. Available at: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-06/Die_Neustart_Zukunftsagenda.pdf (Accessed: June 11, 2025).
Wahlster, P., Teichman, S. und Herr, D. (2018) "Wege zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung," Wege zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung [Preprint]. Available at: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0418_wahlser_teichmann_herr.pdf.
Wilke, T. et al. (2022) "Healthcare Resource Utilization and Associated Costs in New Users of Empagliflozin versus DPP-4 Inhibitors and GLP-1 Agonists: A Comparative Analysis Based on Retrospective Real-World Data from German Sickness Funds," ClinicoEconomics and Outcomes Research, 14(0), pp. 319–332. Available at: https://doi.org/10.2147/ceor.s357540.
Xie, Z. et al. (2025) "Global Burden of the Key Components of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome," Journal of the American Society of Nephrology [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.1681/asn.0000000658.

unterstützter patientenzentrierter Chronikerversorgung im Rahmen eines DMP 2.0 für multimorbide Patient:innen, der mit folgenden Strategien zur Reduktion der gesundheitsökonomischen Belastungen beiträgt.

1. Prävention und Risikoreduktion

Regelhafte Früherkennung von Erst- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Check-up-Untersuchungen, kontinuierliche Lebensstilinterventionen sowie der konsequente Einsatz einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, die bei mehreren Indikationen gleichzeitig wirksam ist. Ein Beispiel hierfür sind SGLT2-Inhibitoren, die zu einer vereinfachten Arzneimitteltherapie und Therapieadhärenz sowie Kosteneffizienz bei interkonnektiven CRM-Erkrankungen beitragen (Wilke et al., 2022). SGLT2-Inhibitoren haben sich als eine Wirkstoffklasse etabliert, die über ihren primären Effekt der Glukosesenkung bei Diabetes mellitus Typ 2 hinaus signifikante pleiotrope Effekte auf kardiovaskuläre und renale Endpunkte zeigt (Abdul-Ghani et al., 2016). Ihre Wirksamkeit bei Herzinsuffizienz mit reduzierter und erhaltener Ejektionsfraktion sowie bei chronischer Nierenerkrankung, unabhängig vom Diabetikerstatus, führt zu einer vereinfachten Arzneimitteltherapie und erhöhter Therapieadhärenz (McGuire et al., 2021; Hasan et al., 2024).

Diese Wirkstoffklasse trägt durch ihre multi-indikative Anwendbarkeit und die Reduktion von Ereignissen zu einer Minderung der Polypharmazie bei Betroffenen bei und ist gleichzeitig mit einer verbesserten Kosteneffizienz verbunden, da die parallele Anwendung mehrerer spezialisierter Präparate reduziert werden kann (Wilke et al., 2022; Cohen et al., 2023). Die Integration von SGLT2-Inhibitoren in die Behandlungsstrategie von CRM-Erkrankungen stellt somit einen Fortschritt in der Optimierung der Patientenversorgung und der Effizienz im Gesundheitswesen dar.

2. Integrierte und koordinierte Versorgung

Versorgungsmodelle, die Hausarztzentrierung mit interdisziplinärer und sektorenübergreifender Koordination verbinden und eine kontinuierliche Betreuung von Patient:innen sicherstellen, zeigen in Studien bessere Outcomes und geringere Kosten (Gesundheitswesen, 2018; Knöppler et al., 2023). DMPs bieten hierbei eine etablierte Grundlage, sollten jedoch stärker auf Multimorbidität zugeschnitten, digital erweitert und in einem Programm für alle CRM-Patienten zusammengeführt werden.

3. Hybride Versorgungsmodelle und Datenintegration

Zur effektiven Einhaltung der leitliniengerechten Lebensstilinterventionen bedarf es Versorgungsmodelle, die zwischen den Arztkontakten unterstützen, um Gesundheitskompetenz zu steigern und Verhalten zu ändern (Bai et al., 2024). Hybride Versorgungsansätze aus persönlicher Betreuung und digitaler Begleitung ermöglichen die notwendige engmaschige Unterstützung bei gleichzeitiger Ressourcenentlastung für Ärzt:innen. Oska Health zeigt beispielsweise, wie ein verhaltenswissenschaftlich basiertes Gesundheitscoaching per Video-Call und Chat genutzt werden kann, um Patient:innen datengestützt und gezielt bei der Umsetzung von Therapievorgaben zu helfen und neue Routinen im Alltag zu etablieren – mit bewiesener Effektivität, insbesondere bei komplexen und multimorbiden CRM-Erkrankungen. <<

von:
Dr. rer. nat. Bettina Kollar[1]
(ORCID 0009-0008-4952-0927)
Marie Zalesiak MSc[2]
(ORCID 0009-0003-9245-915X)
Niklas Best MBA[3]

1: Healthcare Affairs, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
2: Payer Evidence & Value Demonstration, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
3: CEO und Co-Gründer, Oska Health

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Danksagung

Datenanalyse: Sophia Urbisch.

Zitationshinweis

Kollar, B., Zalesiak, M., Best, N.: „Zwischen Wissen und Handeln: neue Wege in der Versorgung multimorbider Patient:innen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 60–63. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2778

Civey-Umfrage zur HzV

>> Anlässlich der Pressekonferenz des 46. Hausärztinnen- und Hausärztetages in Berlin hat Civey eine Umfrage zur hausärztlichen Versorgung durchgeführt. Befragt wurden vom 8. September bis 10. September dieses Jahres 5.000 Bürger:innen ab 18 Jahren. Abgefragt wurden generelle Einstellungen und Meinungen, etwa

- ob der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Vergleich zu anderen politischen Themen ausreichend Priorität eingeräumt wird (nein: 72,9%),
- ob grundlegende Reformen nötig sind, um die Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern, und sich auch Patient:innen werden umstellen müssen (stimme eindeutig/eher zu: 61,9%),
- ob sie bereit wären, an einem Hausarztprogramm teilzunehmen und bei allen gesundheitlichen Fragen immer zuerst ihre Hausarztpraxis aufzusuchen, wenn dies zu einer besseren Versorgung führt. (ja, auf jeden Fall/eher ja: 62,9%, unentschieden: 11,5%, eher nein/auf keinen Fall: 25,6%. Am meisten dafür waren die Antwortenden aus Gebieten mit sehr niedriger (65,8%) und niedriger (66,9%) Bevölkerungsdichte),
- ob sie sich vorstellen könnten, einfache Anliegen (z. B. Erkältung, Routinehausbesuch) nicht von ihrem Hausarzt, sondern von einer qualifizierten, nicht-ärztlichen Fachkraft der Praxis betreuen zu lassen. (ja, ohne Einschränkung: 20,7%; ja, solange ein Arzt im Zweifel hinzugezogen werden kann: 50,1%; nein: 26.1%, keine Angabe: 3,1%). <<

200 Mrd. Euro informelle Pflege

>> Selbst bei einer konservativen Vorgehensweise, die den wirtschaftlichen Gegenwert der informellen Pflegeleistung mit der Leistung einer Pflegehilfskraft (BAPID Typ 1; vgl. Genz & von Gahlen-Hoops, 2024) gleichsetzt, ergibt sich eine Größenordnung von über 200 Milliarden Euro jährlich in Deutschland, die von pflegenden An- und Zugehörigen erbracht werden. Auf diese Schätzung kommt ein Autorenteam von der Hochschule Zittau/Görlitz, veröffentlicht mit dem Titel „Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland" in GAT Working Paper Series GAT-WP 01/2025. <<

Link: https://t1p.de/7pfk1