OHE

OHE.ORG

DMP KHK · Erkenntnisse aus Roundtables mit Experten und Patienten

Erfahrungen und Reformideen



Office of Health Economics

Oktober 2026

MSD



Diese Präsentation basiert auf einer von MSD beauftragten und finanzierten Auftragsforschung des OHE.

MSD wurde während der gesamten Forschung konsultiert und hatte vor der Veröffentlichung des Abschlussberichts und dieser Präsentation die Möglichkeit, Kommentare und Anmerkungen einzubringen.

Worauf basiert dieser Impuls?

Zwei Roundtables und ein Tiefeninterview mit Patient:innen, Fachleuten und einem Patientenvertreter zum DMP KHK, ausgewertet mit angewandter thematischer Analyse und Triangulation über die Stakeholder-Gruppen.

6

Patient:innenperspektive

5 im Roundtable + 1 Patientenvertreter (Interview)

Alter 48 bis 75 Jahre

KHK · KHK + Diabetes · teils nicht eingeschrieben

8

Expert:innen & Leistungs-erbringer

3 KV-Vertreter (KVWL, KVT, KVSH)

2 Hausärzt:innen · 1 Kardiolog:in

1 Gesundheitspolitik · 1 Krankenkasse

Kontext: Das DMP KHK ist hausärztlich koordiniert; Fachärzt:innen wirken unterstützend (mit eng definierten Ausnahmen).

Die Patientenperspektive

Zentrale Erfahrungen

Umsetzung stark variabel: Die Versorgung hängt an einzelnen Ärzt:innen und nicht am Programmdesign.

Kaum Programmverständnis: Das Bewusstsein bezüglich der Existenz von DMPs ist erstaunlich gering und die Einführung besteht oftmals aus einer Unterschrift während es an weiterer Aufklärung mangelt.

Fragmentierte Versorgung: kein Datenaustausch; multi-morbide Patienten erhalten redundante Tests und unkoordinierte medikamentöse Versorgung.

Psychische Belastung bleibt unadressiert: Selbsthilfe- und Herzsportgruppen füllen die Lücke.

Fachärztezugang: Wartezeiten von 12 bis 18 Monaten auf einen Termin schmälern das Potenzial der DMPs.

Lichtblick: Das Diabetes-DMP wird als strukturierter und proaktiver erlebt.

In ihren Worten

„Man hat keine Hilfe, man braucht psychologische Hilfe."

Patientin, 75

„Beim KHK-DMP habe ich den Eindruck, dass nur das Nötigste gemacht wird."

Patient, 70er

Die Perspektive der Expert:innen und Leistungserbringer

Was Fachleute betonen

Administrative Last verdrängt Versorgung: Regresse, Papierprozesse, Dokumentation.

Vergütung: Dokumentation statt Koordination wird belohnt und ist zwischen KV-Regionen uneinheitlich.

↔ **Fachärztemangel und überlastete Praxen:** Task-Shifting an geschultes nicht-ärztliches Personal.

↔ **Versorgung ist fragmentiert:** kein wirksamer Informationsaustausch zwischen Sektoren.

↔ **Digitale Infrastruktur unzureichend:** die ePA als „PDF-Sammlung", MIO erst um 2030.

↔ **Diabetes-DMP** dient als internes Vorbild für Struktur und Follow-up.

↔ deckt sich mit der Patientensicht

In ihren Worten

„Wir sind flächendeckend mit Regressanträgen der Kassen überzogen."

KV-Vertreter

„Eine Beratungsstruktur wie die Diabetesberatung, getragen von nicht-ärztlichem Personal."

Facharzt

Wo sich beide Perspektiven treffen

Gemeinsame Themen aus beiden Runden

Versorgung ist fragmentiert

Kein verlässlicher Informationsaustausch zwischen Ärzt:innen und über Sektoren hinweg.

Fachärztezugang in der Krise

Beide Seiten fordern Task-Shifting an geschulte nicht-ärztliche Kräfte.

Diabetes-DMP als Vorbild

Strukturierter und proaktiver, ein Benchmark für das KHK-DMP.

Wo die Sichtweisen auseinandergehen

Psychische Belastung wird von Patient:innen stark betont, von Fachleuten kaum thematisiert, ein blinder Fleck. Zugleich überrascht Fachleute, dass Patient:innen überhaupt von ihrer Einschreibung wissen.

Empfehlungen für Verbesserungen

1. **Sinnvolle Einführung verpflichtend machen**
   Vergütete Erstberatung zu Zweck und Ansprüchen, nicht nur eine Unterschrift.

2. **Einschreibung digitalisieren**
   Elektronische Einwilligung und diagnosegetriggerte Aufnahme statt Papier.

3. **Datenaustausch ermöglichen**
   Strukturierte ePA-Objekte (MIO) und sichere Kommunikation zwischen Ärzt:innen.

4. **Nicht-ärztliche Beratung finanzieren**
   Kardiovaskuläre „Educator"-Rollen analog zur Diabetesberatung; Beratungszeit vergüten.

5. **Psychologische Wege verankern**
   Screening bei Einschreibung, Überweisungspfade und Peer-Support integrieren.

6. **Vom Diabetes-DMP lernen**
   Verbindliche Überweisungen, strukturierte Schulung und proaktives Follow-up übernehmen.

Für Rückfragen und weitere Analysen:

Simon Brassel, Associate Director
sbrassel@ohe.org

Follow us