



OSTEOPOROSE.

STRUKTURIERTES
BEHANDLUNGSPROGRAMM



Informationen für
Versicherte und
Angehörige

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

- 04** OSTEOPOROSE – WAS BEDEUTET DAS?
- 06** DIE URSACHEN
- 07** DIE DIAGNOSE
- 08** DIE BEHANDLUNG
- 14** DIE ÄRZTLICHE BETREUUNG
- 15** SO KÖNNEN SIE IHRE BEHANDLUNG AKTIV UNTERSTÜTZEN



- 18** DAS STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMM
- 22** DIE FACHBEGRIFFE
- 24** SIE HABEN FRAGEN?

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

stabile, gesunde Knochen tragen wesentlich dazu bei, dass wir uns bis ins hohe Alter fit und beweglich halten können. Bei einer Osteoporose aber werden die Knochen immer poröser und schwächer, sodass sie schon bei geringer Belastung oder sogar ohne erkennbare Ursache brechen können. Die gute Nachricht: Sie können einer Osteoporose vorbeugen. In dieser Broschüre haben wir Informationen und Tipps rund um die schleichende Knochenerkrankung zusammengestellt. Sie sollen Ihnen bei der Vorbeugung helfen und Sie gegebenenfalls unterstützen, Ihre Behandlung auf der Basis solider Informationen mitzugestalten.

Außerdem lernen Sie das strukturierte Behandlungsprogramm der DAK-Gesundheit kennen. Studien haben gezeigt, dass Personen, die an einem solchen Programm teilnehmen, sich fitter fühlen und bessere Gesundheitswerte haben als andere Menschen mit der gleichen Erkrankung.

Liebe Versicherte, lieber Versicherter, diese Broschüre wird Ihnen helfen, sich ausführlich über die Osteoporose zu informieren und, wenn Sie betroffen sind, so gut wie möglich mit ihr umzugehen. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben. Sie erreichen unsere Fachärztinnen und Gesundheitsberater über die DAK Medizin-Hotline; die Telefonnummer finden Sie auf der Rückseite.

Ihre DAK-Gesundheit

→ Weitere Informationen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen der DAK-Gesundheit erhalten Sie auf der Internetseite **dak.de/dmp** oder über den abgebildeten QR-Code.



OSTEOPOROSE

WAS BEDEUTET DAS?



Bei einer Osteoporose werden die Knochen immer poröser, sodass die → Knochenmasse abnimmt. Obwohl dieser Vorgang schwere Folgen hat, verursacht er für lange Zeit keine typischen Beschwerden. Einige Betroffene berichten von vermehrten Rückenschmerzen, andere empfinden ein Schwächegefühl im Rücken; eindeutige Warnzeichen für Osteoporose gibt es jedoch nicht.

Ohne fachgerechte Behandlung können osteoporotische Knochen leicht brechen. Oft ist der Anlass dafür gering: ein Sturz in der Wohnung, das Abstützen mit einer Hand, eine plötzliche Drehbewegung oder ein Hochrecken, etwa beim Einräumen eines Regals. Häufig betrifft es den Oberschenkelknochen, den Arm oder Rippen. Bei fortgeschrittener Osteoporose kann sogar ein kräftiger Hustenstoß zu einem Knochenbruch führen.

Besonders häufig kommt es aber in den Wirbelkörpern zu osteoporosebedingten Knochenbrüchen. Im Verlauf der Erkrankung verformen sich die ehemals kräftigen Bausteine der Wirbelsäule keil- oder wannenartig. Dadurch sacken sie zusammen und verlieren so an Höhe. Nach mehreren Wirbelkörperbrüchen krümmt sich die Wirbelsäule nach vorn und formt einen Rundrücken; gleichzeitig wölbt sich der Bauch stärker vor. Dadurch verändert sich die Statik des Rumpfes, was zu Kurzatmigkeit und Sodbrennen führen kann. Jede Veränderung für sich kann die Lebensqualität stark einschränken.

Mit zunehmender Zahl von Wirbelkörperbrüchen steigt das Risiko für weitere Knochenbrüche. Vor allem ältere Menschen sind nach einem → Oberschenkelhalsbruch oder einem Wirbelkörperbruch oft bettlägerig und kaum noch mobil. Der Mangel an körperlicher Bewegung schwächt jedoch die Knochen zusätzlich und erhöht so das Risiko für Knochenbrüche immer mehr.



STARKE KNOCHEN, SCHWACHE KNOCHEN

Unser Körper befindet sich ein Leben lang im Umbau. So nimmt bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Knochenmasse zu, weil der Knochenstoffwechsel auf Aufbau steht. Dafür sorgen spezielle Zellen im Knochen, die vom Hormonsystem gesteuert werden. Die Knochen passen sich dabei den Anforderungen an, die das Leben an sie stellt. Wer Leistungssport betreibt, hat daher kräftigere Knochen als jemand, der nicht sportlich aktiv ist.

Etwa ab dem 30. Lebensjahr ist die maximal mögliche Knochenmasse erreicht. Ab diesem Zeitpunkt geht pro Jahr bis zu ein Prozent der Knochenmasse verloren. Das ist Teil des Älterwerdens, wird aber auch von der individuellen Veranlagung und der Lebensweise beeinflusst: Wer sein Leben lang körperlich aktiv ist, setzt dem altersbedingten Verlust von Knochenmasse etwas Wirkungsvolles entgegen.

DIE URSACHEN.



Geht deutlich mehr Knochenmasse verloren, als der Körper aufbaut, entwickelt sich eine Osteoporose. Dazu kommt es allerdings nicht aus heiterem Himmel. Für die Entstehung einer Osteoporose – und in der Folge für Knochenbrüche – gibt es Risikofaktoren. Je mehr Risikofaktoren eine Person hat, desto höher ist das Risiko, dass sich bei dieser Person eine Osteoporose entwickelt.

- **Lebensalter:** Im Zuge des Älterwerdens lässt die Knochenqualität nach.
- **Geschlecht:** Statistisch betrachtet ist das Risiko für Knochenbrüche infolge von Osteoporose bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern.
- **Veranlagung:** Neigt ein Elternteil verstärkt zu Knochenbrüchen, kann das auch für die Nachkommen ein erhöhtes Risiko für Osteoporose bedeuten.
- **Krankheit:** Nieren-, Leber- und Darmerkrankungen sowie chronisch-entzündliche rheumatische Gelenkerkrankungen wie die rheumatoide Arthritis können die Entstehung einer Osteoporose fördern oder eine schon bestehende Osteoporose verstärken. Auch Hormon- und Stoffwechselerkrankungen wie eine Fehlfunktion der Schilddrüse oder Diabetes mellitus können Osteoporose verursachen. Osteoporose kann also auch schon bei jüngeren Menschen auftreten und das Risiko für Knochenbrüche erhöhen.
- **Untergewicht:** Ein zu geringes Körpergewicht ist statistisch mit einer verringerten Knochenmasse verbunden. Dadurch kann sich bei Untergewicht das Risiko für Knochenbrüche erhöhen. Übergewicht schützt umgekehrt allerdings nicht vor Knochenbrüchen – optimal wäre Normalgewicht.
- **Medikamente:** Je nach Dosierung, Einnahmedauer und Grunderkrankung erhöht eine Kortisonbehandlung das Risiko für

Osteoporose und Knochenbrüche. Ähnliches gilt für einige Medikamente gegen Epilepsie, für manche Medikamente gegen Brustkrebs und für antihormonelle Medikamente, die bei Prostatakrebs eingesetzt werden. Einige Psychopharmaka wie Neuroleptika, Antidepressiva und Beruhigungsmittel, aber auch Blutdrucksenker können beispielsweise den Gleichgewichtssinn und die Gangsicherheit beeinträchtigen – so erhöhen sie die Sturzgefahr und damit auch das Risiko für Knochenbrüche.

- **Lebensstil:** Ein Mangel an Vitamin D und/oder Kalzium, wenig körperliche Bewegung oder eine eingeschränkte Beweglichkeit sowie Rauchen wirken sich ungünstig auf den Knochenstoffwechsel aus und können damit die Entwicklung einer Osteoporose fördern.

Ist das Osteoporose-Risiko durch Krankheiten oder Medikamente erhöht, wird die Ärztin oder der Arzt die Knochengesundheit sorgfältig überwachen. Nimmt eine versicherte Person beispielsweise das Schilddrüsenhormon L-Thyroxin ein, wird die Ärztin oder der Arzt die Schilddrüsenwerte im Blut regelmäßig kontrollieren und darauf achten, dass sie im Normalbereich bleiben. Gegebenenfalls wird sie oder er die Medikamentenbehandlung umstellen oder bei hohem Risiko für Knochenbrüche eine vorbeugende Osteoporose-Behandlung einleiten.

BEKOMMEN NUR FRAUEN OSTEOPOROSE?

Frauen haben im Vergleich zu Männern ein rund doppelt so hohes Risiko, an Osteoporose zu erkranken. Der Grund: Nach den Wechseljahren stellt ihr Körper nicht mehr genug vom knochenschützenden Geschlechtshormon Östrogen her. Bei Männern kann neben der natürlichen Alterung vor allem der Lebensstil die Entstehung einer Osteoporose begünstigen. Um einer Osteoporose vorzubeugen, gilt für Frauen, Männer und diverse Menschen: Ernähren Sie sich kalziumreich, halten Sie Ihr Normalgewicht, rauchen Sie nicht, trinken Sie wenig oder keinen Alkohol und bewegen Sie sich viel. Bei deutlich erhöhtem Risiko für Osteoporose beziehungsweise entsprechenden Knochenbrüchen können spezielle Medikamente die Knochen stabilisieren und die Vitamin-D-Versorgung des Körpers optimieren. Sprechen Sie darüber gegebenenfalls mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

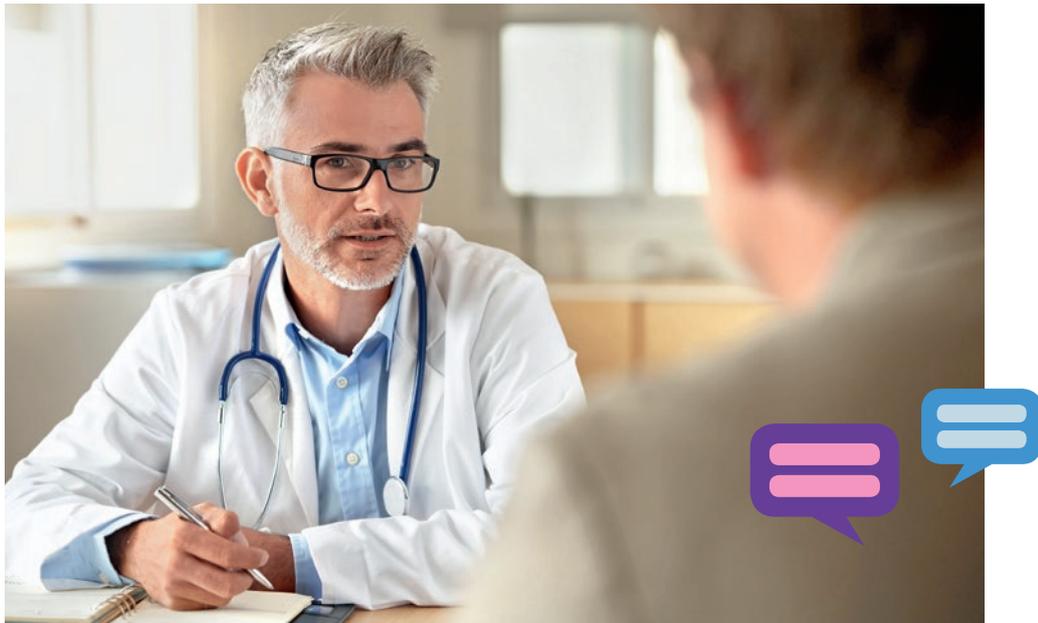
DIE DIAGNOSE.



Besteht der Verdacht auf eine Osteoporose, fragt die Ärztin oder der Arzt Sie zuerst nach Ihrer medizinischen Vorgeschichte, etwa: Haben oder hatten Ihre Eltern Osteoporose? Rauchen Sie, haben Sie Diabetes mellitus, eine Schilddrüsenerkrankung oder andere Risikofaktoren für Osteoporose? Welche Medikamente nehmen Sie ein? Ist es bei Ihnen schon einmal zu einem oder mehreren Knochenbrüchen gekommen? Aus welchem Anlass? Aus den Antworten kann die Ärztin oder der Arzt erkennen, ob Ihre Beschwerden durch Osteoporose verursacht sein könnten.

Um sicher festzustellen, ob eine Osteoporose vorliegt, führt sie oder er gegebenenfalls mehrere Untersuchungen durch. Dazu gehören neben einer körperlichen Untersuchung, verschiedenen Laboruntersuchungen zur Abklärung anderer stoffwechselbedingter Knochenkrankungen sowie einer → Knochendichtemessung (per → DXA) gegebenenfalls auch Röntgenverfahren: Sie können helfen, Knochenbrüche zu ermitteln, zu denen es bei gesunden Knochen nicht gekommen wäre. Sind bereits Knochenbrüche dieser Art aufgetreten, gilt die Diagnose Osteoporose als sicher.

DIE BEHANDLUNG.



BEHANDLUNGSZIELE

Steht die Diagnose Osteoporose fest, erstellt die Ärztin oder der Arzt gemeinsam mit der versicherten Person einen Behandlungsplan, der die allgemeinen Behandlungsziele festlegt. Zu diesen Zielen gehört,

- Knochenbrüche zu vermeiden (auch durch die Verhinderung von Stürzen),
- die Lebenserwartung zu erhöhen,
- die Lebensqualität zu verbessern oder zu erhalten,
- die Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung zu verbessern oder zu erhalten,
- Schmerzen zu verringern,
- die Funktion und die Beweglichkeit des Körpers zu verbessern oder zu erhalten,
- zu verhindern, dass die Erkrankung voranschreitet.

BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

Ärztinnen und Ärzte haben verschiedene Möglichkeiten, Menschen mit Osteoporose zu behandeln. Welche Maßnahmen sich am besten eignen, hängt vom Allgemeinzustand und der Lebenssituation der versicherten Person ab.

Vor Behandlungsbeginn klärt die Ärztin oder der Arzt die versicherte Person über Osteoporose auf und informiert sie darüber, welche Veränderungen im Lebensstil erforderlich beziehungsweise empfehlenswert sind und welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Gemeinsam wählen beide die individuellen Behandlungsmaßnahmen aus, wobei insbesondere das Alter, die Begleiterkrankungen sowie der Nutzen und die Risiken eine Rolle spielen. Alle Teilnehmenden des Programms sollten

- regelmäßig körperlich aktiv sein – oder zumindest nicht vollständig auf Bewegung verzichten,
- nicht rauchen,
- gegebenenfalls übermäßigen Alkoholkonsum verringern,
- Untergewicht vermeiden (BMI unter 20, siehe Seite 16) und
- ausreichend Kalzium und Vitamin D zu sich nehmen.

Körperliches Training und Vorbeugung von Stürzen

Die Ärztin oder der Arzt erläutert außerdem, wie wichtig körperliche Aktivität ist, um einer Osteoporose vorzubeugen, und empfiehlt die Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen wie Gleichgewichts-, Koordinations-, Reaktions- oder Kraftsteigerungstraining. Auch ein sogenanntes High-Impact-Training – zum Beispiel Laufen, Seilspringen oder intensive Aerobic-Übungen – kann sinnvoll sein, um die Knochenmasse zu erhalten. Die Ärztin oder der Arzt motiviert die versicherte Person zum Beispiel auch, an Trainingsmaßnahmen teilzunehmen, um Stürzen vorzubeugen. Körperliche Aktivität kann auch Alltagsbewegungen umfassen, etwa Treppensteigen oder Radfahren sowie Sport, beispielsweise Rehabilitationssport, oder ein Training zur Verbesserung der Beweglichkeit. Wie hoch das Risiko der versicherten Person für einen Sturz ist, ermittelt die Ärztin oder der Arzt regelmäßig mithilfe standardisierter Tests.

WARUM KÖRPERLICHES TRAINING BEI OSTEOPOROSE SO WICHTIG IST

Regelmäßiges körperliches Training erhöht die Belastbarkeit, fördert eine gesunde Knochendichte und senkt das Risiko von Knochenbrüchen, zu denen es zum Beispiel durch Stürze kommt. Das steigert die Lebensqualität und senkt die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Krankheiten auftreten. Die Ärztin oder der Arzt empfiehlt daher vor allem Versicherten mit erhöhtem Sturzrisiko Maßnahmen, die Koordination, Reaktionsfähigkeit, Gleichgewichtssinn und Kraft fördern sowie die Angst vor einem Sturz verringern. Die Häufigkeit von Stürzen lässt sich häufig bereits durch ein leichteres Kraft-, Ausdauer- oder Gleichgewichtstraining senken. Ideal ist ein Funktionstraining, bei dem je nach Belastbarkeit bestimmte Körperpartien gezielt und schonend trainiert werden. Häufig sind dies Gruppenübungen aus der Krankengymnastik und der Ergotherapie, meist in Form von Trocken- und Wassergymnastik oder im Rahmen von Rehabilitationssport. Fühlt sich die versicherte Person sicher genug, sollte Trockengymnastik bevorzugt werden. Bei sehr sturzängstlichen oder wenig mobilen Personen dagegen kann Wassergymnastik geeigneter sein.

Darüber hinaus lässt sich das Sturzrisiko oft auch durch alltägliche Aktivitäten wie Treppensteigen oder durch Walking, Joggen, Balance-Training oder → Tai-Chi-Übungen verringern. Die Ärztin oder der Arzt berät die versicherte Person zu deren individuellen Sturzrisiken. Nimmt diese Medikamente ein, die als Nebenwirkung ein erhöhtes Sturzrisiko haben, überprüft die Ärztin oder der Arzt, ob diese noch erforderlich sind, beziehungsweise ob sie sich durch andere Medikamente ohne entsprechende Nebenwirkungen ersetzen lassen.

HEIL- UND HILFSMITTEL

Bei Bedarf berät die Ärztin oder der Arzt die versicherte Person auch über eine zweckmäßige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln wie beispielsweise Gehhilfen. Ist es zu einem Knochenbruch gekommen, erörtert die Ärztin oder der Arzt gemeinsam mit der versicherten Person, ob nach der Heilung des Bruchs eine Physiotherapie helfen kann, die allgemeine Beweglichkeit weiter zu verbessern. Um bei einem Wirbelkörperbruch oder einem deutlichen Rundrücken eine schmerzarme allgemeine Beweglichkeit zu ermöglichen, kann die Ärztin oder der Arzt die Versorgung mit einer wirbelsäulenaufrichtenden → Orthese erwägen.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

Behandlung mit speziellen Osteoporose-Medikamenten
Die Ärztin oder der Arzt bietet allen Teilnehmenden eine auf Osteoporose zugeschnittene Behandlung mit Medikamenten an. Dafür stehen ihr oder ihm mehrere Möglichkeiten zur Auswahl:

I. Medikamente, die einen weiteren Knochenabbau verringern

a) → Alendronat, → Risedronat, → Zoledronat (→ Bisphosphonate)

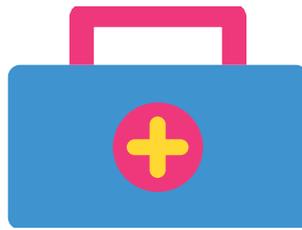
- für Frauen nach der Menopause und für Männer
- Wirkung bleibt nach Beendigung der Therapie erhalten
- Effektivität und Sicherheit der Medikamente sind belegt
- trägt nachweislich dazu bei, die Zahl von Wirbelkörper-, Schenkelhals- und anderen Knochenbrüchen zu verringern

→ Alendronat, → Zoledronat, → Denosumab und → Teriparatid stehen für Frauen nach der Menopause und für Männer zur Verfügung, die langfristig mit Kortison behandelt werden. Risedronat ist ein Medikament für Frauen nach der Menopause, die langfristig mit Kortison behandelt werden (systemische Glukokortikoid-Therapie).

Wenn Versicherte eine Therapie erhalten, die den Knochenabbau verhindert, weist die Ärztin oder der Arzt sie insbesondere auf das mögliche Risiko einer → Kiefernekrose als Nebenwirkung hin, und dass eine jährliche zahnärztliche Kontrolle notwendig ist. Vor Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten und Denosumab ist es bei Teilnehmenden mit begleitenden Risikofaktoren sinnvoll, eine zahnärztliche Untersuchung mit vorbeugender Zahnbehandlung zu veranlassen.

b) Ibandronat (→ Bisphosphonat)

- für Frauen nach der Menopause
- Die Wirksamkeit dieses Medikaments hinsichtlich der Verringerung der Zahl von Wirbelkörper- und anderen Knochenbrüchen der Arme und Beine ist belegt; für die Verringerung der Zahl von Schenkelhalsbrüchen gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis.



c) Denosumab

- für Frauen nach der Menopause und für Männer
- trägt nachweislich dazu bei, die Zahl von Wirbelkörper-, Schenkelhals- und anderen Knochenbrüchen zu verringern
- Wirkung kann nach Ende der Behandlung schnell wieder verloren gehen

d) Raloxifen

- für Frauen nach der Menopause
- Die Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung der Zahl von Wirbelkörperbrüchen – nicht aber von Schenkelhalsbrüchen – ist belegt
- Wirkung kann nach Ende der Behandlung schnell wieder verloren gehen
- Raloxifen kann das Risiko für das Auftreten von Östrogenrezeptor-positivem Brustkrebs erheblich senken. Gleichzeitig erhöht es das Thromboserisiko. Diese beiden Effekte wägt die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung des individuellen Brustkrebsrisikos gemeinsam mit der teilnehmenden Person gegeneinander ab.

Kalzium und Vitamin D

Die Ärztin oder der Arzt empfiehlt der versicherten Person grundsätzlich, pro Tag 1.000 mg → Kalzium mit der Nahrung aufzunehmen. Etwa mithilfe des Kalziumrechners des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) lässt sich ermitteln, ob die aktuelle Ernährungsweise geeignet ist, genug Kalzium aufzunehmen. Ist dies nicht der Fall, kann es erforderlich sein, die Ernährung umzustellen oder auch zusätzlich Kalzium aufzunehmen, um einer Unterversorgung vorzubeugen und dem weiteren Knochenabbau entgegenzuwirken. Fachleute empfehlen außerdem, täglich 800 bis 1.000 Einheiten → Vitamin D mit der Nahrung aufzunehmen. Zusätzliches Vitamin D sollten Versicherte erst einnehmen, wenn sie diese Menge über die Ernährung nicht erreichen können.

II. Medikamente, die den Knochenaufbau fördern

a) Teriparatid

- für Frauen nach der Menopause und für Männer
- verringert nachweislich das Risiko von Wirbelkörper- und anderen Knochenbrüchen der Arme und Beine. Für die Verringerung der Zahl von Schenkelhalsbrüchen gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis.
- Wirkung kann nach Ende der Behandlung schnell wieder verloren gehen

Bei der Auswahl der Medikamente berücksichtigt die Ärztin oder der Arzt mögliche Neben- und Zusatzwirkungen, sonstige Erkrankungen der versicherten Person, die belegte Wirkdauer (auch nach Absetzen des Medikaments), die Art und Weise der Einnahme, die Vorlieben der versicherten Person sowie den arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus. Bei Teilnehmenden mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht und geschlechtsspezifischen Anforderungen an die Behandlung entscheidet die Ärztin oder der Arzt anhand der individuellen Situation. Erhält eine Teilnehmerin eine Hormonersatztherapie (HRT) mit den Geschlechtshormonen Östrogen und Gestagen oder eine Behandlung nur mit Östrogenen, ist in der Regel keine zusätzliche osteoporosespezifische Behandlung erforderlich.

Dauer der medikamentösen Behandlung

Eine spezielle Behandlung bei Osteoporose läuft meist über mindestens drei Jahre, kann aber je nach dem individuellen Risiko für Knochenbrüche auch ein Leben lang notwendig sein. Nach jeweils drei bis fünf Jahren Behandlungsdauer werden Nutzen und Risiko der Behandlung neu bewertet. Bei der Entscheidung, die Behandlung zu beenden, berücksichtigt der Arzt oder die Ärztin das individuelle Risiko für Knochenbrüche, die Knochendichte zu Beginn der Behandlung, Begleiterkrankungen und die sich daraus ergebende medikamentöse Behandlung sowie den Lebensstil der versicherten Person.

Bisphosphonate verringern nach dem Ende der Behandlung für wenigstens zwölf weitere Monate das Risiko von Knochenbrüchen. Bei Denosumab kann die positive Wirkung auf die Knochenmasse dagegen schnell verloren gehen, sodass das Risiko für Knochenbrüche wieder steigt. Um die Behandlung abzuschließen, kann die Ärztin oder der Arzt die Gabe eines Bisphosphonats empfehlen. Wird die knochenaufbauende Behandlung mit Teriparatid beendet, ist anschließend eine → antiresorptive Behandlung sinnvoll, um den Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Behandlung mit Teriparatid ist auf 24 Monate begrenzt.



MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Vor allem bei Versicherten, denen eine Ärztin oder ein Arzt auf Dauer fünf oder mehr Medikamente verordnet oder deren Krankengeschichte Hinweise auf die Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten enthält, ist im Rahmen des Programms ein strukturiertes Medikamentenmanagement vorgesehen:



- Bei entsprechenden Anlässen – mindestens aber jährlich – erfasst die Ärztin oder der Arzt alle Medikamente, die die versicherte Person einnimmt oder kürzlich eingenommen hat. Dazu gehören auch Medikamente, die die versicherte Person selbst beschafft hat. Die Ärztin oder der Arzt berücksichtigt mögliche Neben- und Wechselwirkungen und passt gegebenenfalls die Dosis von Medikamenten beziehungsweise die Behandlung an.
- Die Ärztin oder der Arzt prüft gegebenenfalls den Grund für die Verordnung einzelner Medikamente und spricht sich bei Bedarf mit den Kolleginnen und Kollegen ab, die die versicherte Person ebenfalls behandeln.
- Gegebenenfalls stellen die Ärztin oder der Arzt und die versicherte Person gemeinsam Prioritäten für einzelne Medikamente auf und entscheiden, ob es sinnvoll ist, auf eines der Medikamente zu verzichten. Dabei berücksichtigen sie die individuellen Behandlungsziele und die Situation der versicherten Person.
- Wurde eine Einschränkung der Nierenfunktion festgestellt, passt die Ärztin oder der Arzt die Dosierung entsprechender Medikamente sowie gegebenenfalls das Intervall für die Untersuchung der Nierenfunktion entsprechend an.
- Die Ärztin oder der Arzt informiert die versicherte Person, dass sie einen Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans hat.

ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Die Ärztin oder der Arzt überprüft regelmäßig den allgemeinen Gesundheitszustand der versicherten Person. Dies beinhaltet insbesondere

- die Erhebung der Sturz-Anamnese (Stürze in der Vergangenheit),
- die Erfassung von Knochenbrüchen oder Hinweisen auf Knochenbrüche,
- die Abschätzung, ob die Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr ausreicht,
- die Motivation zu dauerhaft angemessenem und regelmäßigem körperlichem Training und dazu, die erlernten Lebensstiländerungen fortzuführen,
- bei Frauen nach den Wechseljahren: die Frage nach einer Hormonersatztherapie,
- die Berücksichtigung weiterer eingenommener Medikamente, die das Risiko für Knochenbrüche erhöhen und, falls erforderlich, die Überprüfung, ob und welche Behandlung gegebenenfalls weiterhin erforderlich ist,
- die Prüfung der speziellen Medikation für die Behandlung von Osteoporose:
 - Sind → Kontraindikationen hinzugekommen (zum Beispiel eine neu aufgetretene Nierenschwäche)?
 - Wie steht es um Krankheitseinsicht und Therapietreue?
 - Hält die versicherte Person die Einnahmевorschriften (insbesondere bei Bisphosphonaten) ein?
 - Gibt es Nebenwirkungen – und wenn ja, welche?
 - In Abwägung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken: Soll die spezielle Behandlung bei Osteoporose fortgeführt werden?

Vorgesehen ist, nach Beginn einer medikamentösen Behandlung alle drei bis sechs Monate die Verträglichkeit sowie beispielsweise Knochenbrüche zu erfassen und zu bewerten.

Hat trotz einer Behandlung mit Bisphosphonaten, Denosumab oder Raloxifen die Knochendichte um mehr als 5 Prozent abgenommen oder sind zwei oder mehr osteoporosebedingte Knochenbrüche innerhalb von drei Jahren aufgetreten, ist davon auszugehen, dass die Behandlung nicht angeschlagen hat. In diesem Fall kann der Arzt oder die Ärztin erwägen, die möglichen Gründe (zum Beispiel mangelnde Krankheitseinsicht und Therapietreue) sowie bei Bedarf eine Umstellung auf eine andere Medikation zu prüfen.

Um bei Bedarf die Entscheidung für die Behandlung zu optimieren, kann die Ärztin oder der Arzt die Knochendichtemessung frühestens nach fünf Jahren – und nach Möglichkeit mit demselben Gerät – wiederholen, es sei denn, dass aufgrund besonderer medizinischer Untersuchungsergebnisse eine Knochendichtemessung früher durchgeführt werden muss.



Einweisung in ein Krankenhaus

Eine stationäre Behandlung in einem qualifizierten Krankenhaus ist insbesondere dann erforderlich, wenn es zu Knochenbrüchen gekommen ist, die die allgemeine Beweglichkeit akut einschränken, oder wenn eine teilstationäre oder stationäre → multimodale Schmerztherapie angezeigt ist.

Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Komplikationen oder Folgeerkrankungen der Osteoporose prüft die Ärztin oder der Arzt, ob die versicherte Person von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Reha-Maßnahmen kommen insbesondere infrage, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern sowie Benachteiligungen durch die Osteoporose und deren Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Ziel ist immer, dass die versicherte Person möglichst selbstbestimmt leben kann.

Schulungen für Teilnehmende

Die versicherte Person kann an speziellen Schulungen teilnehmen, die auf ihre individuellen Bedürfnisse und ihren Kenntnisstand zugeschnitten sind. Die Schulungen werden von Referentinnen und Referenten durchgeführt, die speziell dafür qualifiziert sind. Sie sollen Versicherten helfen, optimal mit ihrer Erkrankung umzugehen und Entscheidungen auf der Basis solider medizinischer Informationen zu treffen. Die Schulungsprogramme berücksichtigen die individuellen Behandlungspläne.

Die Ärztin oder der Arzt prüft zusammen mit der versicherten Person, ob diese von der Teilnahme an den Schulungen profitieren würde. Dabei berücksichtigt sie oder er auch, von welchen Folge- und Begleiterkrankungen die versicherte Person betroffen ist.



DIE ÄRZTLICHE BETREUUNG.



Betreuung durch die Hausärztin oder den Hausarzt

Um die Teilnehmenden optimal zu versorgen, arbeiten die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen qualifizierten Einrichtungen eng zusammen. Je besser sie das strukturierte Behandlungsprogramm kennen, desto erfolgreicher kann es sein. Die DAK-Gesundheit informiert deshalb neben den Versicherten auch die Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und die weiteren beteiligten Personen und Einrichtungen über die Ziele, Inhalte und Regeln des Programms sowie über die aktuellen Therapieempfehlungen für Versicherte mit Osteoporose und über die medizinischen Versorgungsaufträge, die dem Programm zugrunde liegen.

Grundsätzlich übernimmt die Hausärztin oder der Hausarzt die Langzeitbetreuung, Koordinierung und Dokumentation der Behandlung im Rahmen dieses Programms. Bei versicherten Personen, bei denen die Osteoporose noch nicht zu Folge- oder Begleiterkrankungen geführt hat, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie beziehungsweise für Orthopädie und Unfallchirurgie diese Aufgaben übernehmen. In Ausnahmefällen können Versicherte für ihre Langzeitbetreuung auch eine Fachärztin, einen Facharzt oder beispielsweise eine entsprechende Klinik wählen, die besonders für die Behandlung der Osteoporose qualifiziert und zugelassen oder ermächtigt ist und die am strukturierten Behandlungsprogramm teilnimmt. Dies gilt vor allem,

wenn diese die versicherte Person schon vor der Einschreibung in das Programm dauerhaft betreut hat oder ihre Wahl aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Mitbehandlung durch Fachärztinnen oder Fachärzte

Darüber hinaus prüft die gewählte Ärztin oder der entsprechende Arzt, ob die versicherte Person zu einer qualifizierten Fachärztin oder einem Facharzt oder an eine entsprechende Einrichtung überwiesen werden sollte. Die Frage nach einer Überweisung stellt sich etwa

- in besonderen Fällen zu einer erneuten Knochendichtemessung,
- bei Verdacht auf eine Osteoporose, die durch eine andere Erkrankung ausgelöst wurde,
- wenn die Osteoporose trotz der Behandlung voranschreitet,
- bei Verdacht auf einen akuten Wirbelbruch,
- wenn mehrere komplexe Krankheiten zusammenwirken, zur altersmedizinischen Mitbehandlung,
- bei chronischen Schmerzen zur ambulanten Schmerztherapie,
- zur kieferchirurgischen Abklärung bei Verdacht auf einen Knochenabbau im Kiefer,
- wenn die besondere Qualifikation des betreuenden Arztes beziehungsweise der betreuenden Ärztin für eine Behandlung nicht ausreicht.

SO KÖNNEN SIE IHRE BEHANDLUNG AKTIV UNTERSTÜTZEN

Die regelmäßige ärztliche Betreuung und die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm sind tragende Säulen der Behandlung bei einer Osteoporose. Diese Behandlung ist noch erfolgreicher, wenn Sie sich intensiv mit Ihrer Erkrankung beschäftigen und dadurch Sicherheit und Selbstvertrauen im Umgang damit gewinnen. Folgendes können Sie tun:

Stärken Sie Ihre Muskeln

Ein individuelles Krafttraining entsprechend Ihrer körperlichen Verfassung, am besten anfangs begleitet von einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, sowie Dehnübungen oder → Tai-Chi können den Aufbau der Knochen fördern. Gibt die Ärztin oder der Arzt grünes Licht für die neue Belastung, kann es beispielsweise mit Osteoporose-Gymnastik oder Kräftigungsübungen losgehen. Denken Sie dabei auch an eine aufrechte Körperhaltung, meiden Sie plötzliche Bewegungen und heben Sie nichts Schweres. Wenn Sie sich bücken müssen, halten Sie Ihren Rücken möglichst gerade und beugen Sie Hüften und Knie. Ausdauersportarten wie Wandern, Nordic Walking, Joggen, Radfahren und Schwimmen können eine Ergänzung des Muskelstärkungsprogramms sein. Zudem wirken sie positiv auf den Stoffwechsel und das Herz-Kreislauf-System. Ein individuell angepasster Mix aus Ausdauer- und Krafttraining ist daher meist die beste Option.



ERNÄHREN SIE SICH KNOCHENFREUNDLICH

Um stark sein zu können, brauchen unsere Knochen Kalzium. Vitamin D hilft dem Körper, das Kalzium aus der Nahrung zu nutzen und den Kalziumspiegel stabil zu halten. Entsprechend kann ein Mangel an Kalzium und/oder Vitamin D das Risiko für Knochenbrüche erhöhen. Die Versorgung mit Vitamin D über die Ernährung reicht nicht immer aus, um dem Körper die Mengen an Vitamin D zur Verfügung zu stellen, die er braucht. Denn nur wenige Nahrungsmittel (wie etwa fetter Fisch) liefern dem Körper Vitamin D. Mithilfe von Sonnenlicht kann er zum Glück einen großen Teil seines täglichen Bedarfs aus einer Vorstufe in der Haut selbst bilden. Wie lange Sie sich für eine gute Vitamin-D-Versorgung in der Sonne aufhalten sollten, ist nicht geklärt. Einige Fachleute empfehlen etwa in den Sommermonaten eine Dauer von 20 bis 30 Minuten pro Tag, sofern der individuelle Hauttyp das erlaubt. Achten Sie darauf, dass Gesicht, Arme und Hände besonnt werden – vermeiden Sie aber einen Sonnenbrand. Ein Risiko für einen Vitamin-D-Mangel haben vor allem Babys, Kleinkinder und ältere Menschen. Bei älteren Menschen produzieren Haut und Nieren weniger Vitamin D als in der Jugend; zudem halten sich Seniorinnen und Senioren seltener im Freien auf und ernähren sich nicht immer ausgewogen und abwechslungsreich. Sie können das Vitamin als Präparat zusätzlich aufnehmen. Bitte halten Sie die Hinweise Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes zum Zeitpunkt der Einnahme und zur Dosis ein! Zudem ist es wichtig, auf → Kontraindikationen wie Nierensteine oder Nebennierenstörungen zu achten. Eine Nahrungsergänzung mit Kalzium kann sinnvoll sein, wenn eine Versorgung sich nicht über die Ernährung sicherstellen lässt. Die Dosierung sollten Sie mit der Ärztin oder dem Arzt absprechen. Besonders unter der Behandlung mit speziellen Osteoporose-Medikamenten wie Bisphosphonaten oder Denosumab ist eine ausreichende tägliche Versorgung mit Vitamin D und Kalzium entscheidend.

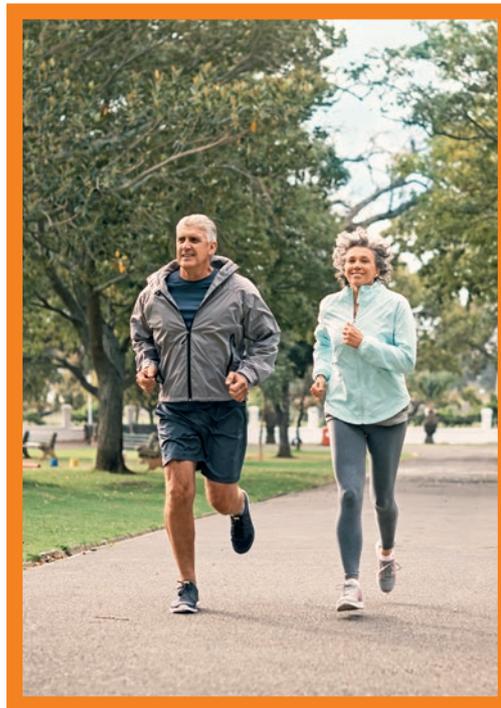
Verhindern Sie Stürze

Räumen Sie in Ihrer Wohnung Stolperfallen wie herumliegende Kabel, sperrige Möbel oder unebene Teppiche aus dem Weg; Vorsicht auch bei glatten Böden! Sorgen Sie darüber hinaus für gute Beleuchtung, bei Bedarf die korrekte Brillenstärke sowie auf gut passende Schuhe, vor allem im Winter im Freien. Bringen Sie außerdem an kritischen Stellen im Haus – Toilette, Badewanne, Dusche – Griffe oder Geländer an. Und machen Sie gegebenenfalls ein Training zur Sturzvorbeugung mit Übungen für Körperkraft, Körperkoordination und Gleichgewichtssinn.

Vermeiden Sie Untergewicht

Streben Sie mindestens einen Body-Mass-Index von 20 bis 25 an (siehe unten). Denn Untergewicht kann über einen Nährstoff- und Kalziummangel das Risiko für Oberschenkelhals- und andere osteoporosebedingte Knochenbrüche deutlich erhöhen. Versuchen Sie gegebenenfalls, über eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung Normalgewicht zu erreichen. Einen unklaren Gewichtsverlust sollten Sie immer von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt untersuchen lassen.

Ob Sie Untergewicht haben, können Sie herausfinden, indem Sie Ihren Body-Mass-Index (BMI) berechnen. Ist er zu niedrig, sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, was Sie dagegen tun können. Er oder sie wird Ihnen helfen, ein Ernährung- und Bewegungsprogramm zu finden, das zu Ihnen passt.



DER BODY-MASS-INDEX (BMI) DER EMPFOHLENE BMI HÄNGT VOM ALTER AB

Alter in Jahren	empfohlener BMI
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
ab 65	24-29

Der Body-Mass-Index (BMI)

Gewicht in kg / (Größe in m x Größe in m)

Beispiel:

Körpergröße 1,70 m,
Körpergewicht 82 kg;
BMI = 82 kg / (1,70 m x 1,70 m) = 28,4

Normalgewicht: BMI 18,5–24,9

Übergewicht: BMI 25,0–29,9

Fettleibigkeit: BMI 30,0 und höher



Rauchen Sie nicht

Wenn Sie rauchen, ist die beste Empfehlung für Sie, damit aufzuhören. Jede Art von Tabakkonsum schädigt nicht nur Herz und Kreislauf. Rauchen begünstigt auch Osteoporose – das gilt auch für das Passivrauchen. Wer täglich mitrauchen muss, hat ein erhöhtes Herzinfarktrisiko, auch ohne selbst zu rauchen. Aber es lohnt sich immer, mit dem Rauchen aufzuhören: **Nach zwei Jahren sind Ihr Herzinfarkt- und Ihr Lungenkrebsrisiko deutlich kleiner geworden. 10 Jahre nach dem Rauchstopp ist Ihr Risiko für Lungenkrebs wieder so hoch wie bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern.** Quelle: www.internisten-im-netz.de/vorsorge/gesund-leben/endlich-nichtraucher.html

Trinken Sie keinen oder wenig Alkohol

Ein hoher Alkoholkonsum birgt das Risiko einer Mangelernährung und damit eines Kalziummangels, der wiederum die Knochen schwächt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für Frauen ein Tages-Limit von 10 Gramm Alkohol (zum Beispiel etwa 0,1 Liter Sekt), für Männer 20 Gramm (zum Beispiel 0,5 Liter Bier).

Gehen Sie regelmäßig zu Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie optimal behandelt werden, sieht das strukturierte Behandlungsprogramm der DAK-Gesundheit regelmäßige Besuche bei einer Ärztin oder einem Arzt vor. Nehmen Sie jeden dieser Termine wahr – auch wenn Sie gerade keine Beschwerden haben. Denn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss auch von den Erfolgen der Behandlung und des Programms erfahren. Außerdem

- ist er oder sie Ansprechperson für alle Probleme, Fragen und Sorgen rund um die Osteoporose,
- gibt er oder sie Ihnen Hilfestellungen, damit Sie Ihre individuellen Behandlungsziele erreichen können,
- legen sie gemeinsam mit ihm oder ihr die konkreten Behandlungsziele und die nächsten Behandlungsschritte fest,
- überwacht er oder sie Ihre Knochengesundheit und passt gegebenenfalls die Behandlung an,
- überweist sie oder er Sie bei Bedarf an andere Fachleute, um Folgeerkrankungen so weit wie möglich zu verhindern.

Nehmen Sie an Schulungen teil

Schulungen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms sind weder graue Theorie noch langweiliger Unterricht. Sie erhalten dort verständliche und praxisnahe Informationen rund um die Osteoporose. Die Schulungen helfen Ihnen, sicher und selbstbewusst mit Ihrer Erkrankung umzugehen.

HILFREICHE ADRESSEN

Menschen mit Osteoporose sind in Deutschland gut organisiert. In vielen Regionen gibt es Interessengemeinschaften, Verbände oder Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder zum Beispiel zusammen Sport treiben, gemeinsam etwas unternehmen und sich rege untereinander austauschen. Eine Selbsthilfegruppe finden Sie beispielsweise mithilfe von

NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin

Tel.: (030) 31 01 89 60
Fax: (030) 31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

Nehmen Sie Medikamente wie verordnet ein

Solange Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen nichts anderes mitteilt, sollten Sie alle verordneten Medikamente auch in beschwerdefreien Zeiten wie besprochen einnehmen.

DAS STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMM.



ALLGEMEINE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

Wenn Sie als Mitglied der DAK-Gesundheit an diesem Programm teilnehmen möchten und die medizinischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, prüft Ihre Ärztin oder Ihr Arzt in Abstimmung mit Ihnen, ob Sie von der Teilnahme profitieren und aktiv an ihrer Umsetzung mitwirken können.

Fällt die Prüfung positiv aus, bestätigt die Ärztin oder der Arzt, dass Sie Osteoporose haben. Danach informiert die DAK-Gesundheit Sie ausführlich über die langfristigen Ziele und Inhalte des Programms sowie die beteiligten Personen und Einrichtungen. Sie erfahren außerdem, welche Ihrer persönlichen und medizinischen Daten im Rahmen des Programms erhoben, verarbeitet, aufbewahrt und gegebenenfalls an Dritte (Datenstellen) zur Weiterverarbeitung übermittelt werden.

Wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie

- freiwillig am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen und wissen, dass Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden können,
- die Ziele des strukturierten Behandlungsprogramms und einer optimalen medizinischen Versorgung bei einer Osteoporose kennen und aktiv daran mitwirken werden, sie zu erreichen,
- über die Programminhalte, Ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert wurden,
- die Aufgabenteilung aller Beteiligten (Ärztinnen, Ärzte, Fachärztinnen, Fachärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Gesundheitsdienstleistende etc.) kennen und diese unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit hingewiesen wurden, eine Liste der oben genannten Beteiligten zu erhalten.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift außerdem, dass Sie

- über die mit Ihrer Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten und die Dauer der Aufbewahrung informiert worden sind,
- über die Möglichkeit informiert worden sind, dass
 - Ihre Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des Vertrages des strukturierten Behandlungsprogramms übermittelt werden können,
 - die Daten für den Zweck der Pseudonymisierung des Versichertenbezuges an eine Arbeitsgemeinschaft oder einen von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können
 - die pseudonymisierten Daten an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Gemeinsame Einrichtung zu Zwecken der Qualitätssicherung sowie an eine externe, unabhängige Institution zur Durchführung der Evaluation gegeben werden können.



MEDIZINISCHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

Frauen können ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr an diesem Programm teilnehmen, wenn die Diagnose einer behandlungsbedürftigen Osteoporose sicher feststeht. Versicherte mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht können unter Berücksichtigung der individuellen Situation und der medizinischen Einschätzung der Ärztin oder des Arztes ab dem vollendeten 50. Lebensjahr in dieses Programm eingeschrieben werden. Weitere Kriterien für die Einschreibung sind:

- Es sind Knochenbrüche aufgetreten, die für gewöhnlich im Zusammenhang mit einer Osteoporose vorkommen, insbesondere Brüche der Wirbelkörper, des Beckens, des Oberschenkels in der Nähe des Hüftgelenks, des Arms oder der Speiche in der Nähe des Handgelenks.

oder

- Es besteht ein mindestens 30-prozentiges Risiko für einen Knochenbruch innerhalb der folgenden 10 Jahre – berechnet anhand der Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte (ermittelt per → DXA). Bei osteoporosetypischen Veränderungen wie einem Verlust an Körpergröße, einem Rundrücken, Wirbelkörperbrüchen und/oder einem Oberschenkelbruch in der Nähe des Hüftgelenks kann die Ärztin oder der Arzt auf eine Knochendichtemessung verzichten.

Schulungen für Ärztinnen und Ärzte sowie andere beteiligte Personen und Einrichtungen

Ärztinnen und Ärzte, Krankenhauspersonal und die weiteren beteiligten Personen und Einrichtungen werden speziell geschult, damit die Zusammenarbeit reibungslos läuft. Die Inhalte der Schulungen umfassen vor allem das Management, die Organisation der Zusammenarbeit und die korrekte Anwendung der Kriterien für die Einschreibung von Versicherten mit Osteoporose in das Programm. Weil diese Schulungen sehr wichtig sind, um die Programmziele zu erreichen, kann die DAK-Gesundheit die Mitwirkung an diesem Programm von der Teilnahme an den Schulungen abhängig machen.

QUALITÄTSZIELE

Ziel des strukturierten Behandlungsprogramms ist es, die medizinische Versorgung und Betreuung von Versicherten mit einer Osteoporose zu optimieren. Damit das langfristig funktioniert, verlangt der Gesetzgeber neben qualitätssichernden Maßnahmen vertraglich festgelegte Qualitätsziele. Dazu gehören

- ein niedriger Anteil von Teilnehmenden mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Knochenbrüchen,
- bei Teilnehmenden mit Stürzen oder erhöhtem Sturzrisiko bei Einschreibung: ein hoher Anteil von Personen, denen eine Maßnahme zur Sturzvorbeugung empfohlen wurde,
- ein hoher Anteil von Teilnehmenden, die regelmäßig körperlich trainieren (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzvorbeugung),
- bei Teilnehmenden, die bei der Einschreibung in das Programm noch nicht geschult waren: ein hoher Anteil geschulter Teilnehmender
- ein hoher Anteil an Teilnehmenden, die eine osteoporose-spezifische medikamentöse Therapie erhalten
- bei Teilnehmenden, die mit speziellen Osteoporose-Medikamenten behandelt werden: ein hoher Anteil von Teilnehmenden, die die Behandlung mindestens drei Jahre fortgeführt haben
- die gesetzlichen Anforderungen einzuhalten, einschließlich der Therapieempfehlungen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Medikamententherapie durchzuführen,
- die Regeln für die Zusammenarbeit von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Beteiligten einzuhalten,
- die einheitlichen Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie des sonstigen medizinischen Personals zu erfüllen,
- die einheitlichen Anforderungen an die technische, apparative und räumliche Ausstattung zu erfüllen,
- die einheitlichen Anforderungen an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Eingriffen zu erfüllen,
- die Dokumentation vollständig, plausibel und verfügbar zu gestalten und
- die Teilnahme und die aktive Mitarbeit der Teilnehmenden sicherzustellen, inklusive der Wahrnehmung von Schulungen.

Das Programm sieht außerdem Maßnahmen vor, die das Erreichen der Ziele unterstützen. Diese können auf Teilnehmende, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser beschränkt sein, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen.

Zu den Maßnahmen gehören insbesondere

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (zum Beispiel Reminder-Systeme) für Versicherte, Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser und andere Beteiligte,
- ein strukturiertes Feedback auf Basis der Dokumentation für Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser und andere Beteiligte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle (zum Beispiel

regelmäßige Qualitätszirkel),

- Maßnahmen, die die aktive Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten fördern – inklusive der Beratung sehr passiver Teilnehmender,

Alle gesetzlichen Krankenkassen, die am strukturierten Behandlungsprogramm beteiligt sind, weisen dem Bundesamt für Soziale Sicherung BAS gegenüber nach, welche Maßnahmen sie im Rahmen der versichertenbezogenen Qualitätssicherung durchgeführt haben.

BEWERTUNG DES PROGRAMMS

Ob das strukturierte Behandlungsprogramm die medizinische Versorgung und damit die Gesundheit von Versicherten mit einer Osteoporose deutlich verbessert, wird, wie vom Gesetzgeber vorgeschrieben, regelmäßig überprüft. Im Ergebnis kommt es dabei vor allem darauf an, dass

- die Ziele des strukturierten Behandlungsprogramms erreicht werden,
- die Einschreibekriterien für das Programm eingehalten werden,
- die Kosten der Versorgung der Versicherten im strukturierten Behandlungsprogramm optimiert werden.

Grundlage für die Überprüfung sind die freigegebenen Daten der Teilnehmenden sowie alle medizinischen Behandlungs- und Abrechnungsdaten, die Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser und andere Beteiligte im Rahmen dieses Programms für die Teilnehmenden erheben. Für die Überprüfung der Daten wird die Identität der Teilnehmenden unkenntlich gemacht.

Nach Auswertung der Daten wird beurteilt, ob die vereinbarten Behandlungsziele der Teilnehmenden erreicht werden. Außerdem wird bewertet, ob das Erreichen der Ziele einzelner Teilnehmender die medizinische Versorgungslage, die Lebensqualität und die Zufriedenheit der gesamten Versichertengemeinschaft beeinflusst.

DATENSCHUTZ

Im Rahmen dieses Programms werden in regelmäßigen Abständen persönliche und medizinische Daten erhoben und nach den Vorschriften des Gesetzgebers dokumentiert. Unter anderem sind dies Daten zur Krankengeschichte, zu Beschwerden, zu Untersuchungsergebnissen und zu Behandlungen. Dazu gehören beispielsweise die Zahl der osteoporosebedingten Frakturen sowie



Informationen zum persönlichen Sturzrisiko, zum regelmäßigen körperlichen Training, zu eingenommenen Medikamenten wie die Bisphosphonate und zu den empfohlenen und wahrgenommenen osteoporosespezifischen Schulungen.

Ein Grund für die Dokumentation ist, dass alle beteiligten Personen und Einrichtungen den genauen Stand der Behandlung einer versicherten Person mit einer Osteoporose jederzeit kennen sollen. Alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Versicherten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der

Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.

→ Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dak.de/dmp oder über den abgebildeten QR-Code.



DIE FACHBEGRIFFE.

antiresorptive Behandlung	siehe Bisphosphonate
Bisphosphonate (Alendronat, Ibandronat, Risedronat, Zoledronat)	Medikamente, die den Knochenabbau verlangsamen
Denosumab	Medikament, das sich gegen Zellen richtet, die am Knochenabbau beteiligt sind
DXA	„Dual Energy X-ray Absorptiometry“; eine spezielle Röntgentechnik zur Messung der Knochendichte
Kalzium	Baustoff für Knochen und Zähne
Kiefernekrose	Erkrankung, bei der Teile eines Kieferknochens absterben – oder der gesamte Knochen abstirbt
Knochendichtemessung	dient dazu, den Kalksalzgehalt des Knochens zu bestimmen, der ein wesentlicher Faktor für die Stabilität der Knochen ist
Knochenmasse	Wert, der verrät, zu wie viel Prozent die Körpermasse aus Knochen besteht
Kontraindikationen	Umstände, bei denen man ein bestimmtes Medikament oder Verfahren nicht anwenden darf



multimodale Schmerztherapie	Kombination verschiedener Behandlungselemente im Rahmen einer Schmerzbehandlung
Oberschenkelhalsbruch	Knochenbruch im Bereich zwischen Hüftkopf und Oberschenkelknochen
Orthese	äußerlich am Körper angebrachtes orthopädisches Hilfsmittel, das Gelenke, Muskeln oder Knochen entlasten, stabilisieren oder deren Stellung korrigieren soll
osteoanabole Therapie	Medikamente, die den Knochenaufbau unterstützen
Östrogenrezeptor-positiver Brustkrebs	Form des Brustkrebses, die auf eine antihormonelle Therapie ansprechen kann
Raloxifen	Medikament, das in der Behandlung bei Osteoporose die Wirkung des Hormons Östrogen fördert
Tai-Chi	sanfte Bewegungsform aus China, die Meditation, körperliches Training und Selbstverteidigung verbindet
Teriparatid	Medikament, das den Knochenaufbau stimuliert
Vitamin D	Vitamin, das die Aufnahme von Kalzium im Darm fördert und so für starke Knochen und Zähne sorgt

NOCH FRAGEN?

WIR SIND RUND
UM DIE UHR ERREICHBAR.

DAK Service-Hotline 040 325 325 555

Für alles zu Leistungen, Beiträgen und Mitgliedschaft.

DAK Medizin-Hotline 040 325 325 800

Für allgemeine medizinische Fragen oder auch zu Kinder- und Sportmedizin. Und als Unterstützung vor und während eines Auslandsaufenthaltes.

Meine DAK

Ihr Online-Servicezentrum. Für alles, was Papierkram ist. Und für so viel mehr. Immer und überall, im Web oder per DAK App: „Meine DAK“ für die Hosentasche und Ihr Schlüssel für mehr Sicherheit bei jedem Web-Login.

Mehr erfahren: [dak.de/online](https://www.dak.de/online)

Online-Beratung: [dak.de/chat](https://www.dak.de/chat)

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de



D980-0800 / Stand 07/23.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen.

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.