

# Arzt-Manual

Eine Arbeitshilfe für Ihre tägliche Arbeit  
in der Praxis mit

## Strukturierten Behandlungsprogrammen

Diagnoseabhängiger Teil

### - Osteoporose -

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Fr. Scherbath ☎ 0391 627 - 6236

Fr. Rasin ☎ 0391 627 - 6247

Fr. Kröber ☎ 0391 627 - 8436

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1. Definition der Osteoporose</b>	<b>3</b>
<b>2. Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm</b>	<b>3</b>
2.1 Ärztliche ambulante Leistungserbringer	3
2.2 Spezialisierte Versorgungsebene	4
2.3 Teilnahme des Versicherten	6
<b>3. Versorgungsinhalte</b>	<b>8</b>
3.1 Therapieziele	
3.2 Therapeutische Maßnahmen	
3.2.1 Nichtmedikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen	
3.2.2 Medikamentöse Therapie	
3.2.3 Dauer der medikamentösen Therapie	
3.2.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation	
3.3 Ärztliche Kontrolluntersuchungen	
<b>4. Patientenschulungen</b>	

## Anhang

Anhang 1	Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt
Anhang 2	Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt mit Schulungsberechtigung (=Schulungsarzt)
Anhang 3	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
Anhang 4	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor mit Schulungsberechtigung (=Schulungsarzt)
Anhang 5	Teilnahmeerklärung des Arztes
Anhang 6	Abrechnungsziffern
Anhang 7	Abrechnungsziffern der Schulungsprogramme

## 1. Definition der Osteoporose

Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes charakterisiert ist, mit einem konsekutiven Anstieg der Knochenfragilität und der Neigung zu Frakturen. Sind bereits Frakturen als Folge der Osteoporose aufgetreten, liegt eine manifeste Osteoporose vor.

## 2. Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm

### 2.1 Ärztliche ambulante Leistungserbringer

Für die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm Osteoporose muss der teilnehmende Arzt die geforderten Strukturqualitäten erfüllen.

#### Teilnahmemöglichkeiten

<b>A</b>	Sie können als <b>koordinierender Arzt</b> gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen: ⇒ als <b>Hausarzt</b> , Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1
<b>B</b>	Sie können als <b>qualifizierter Arzt</b> gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen ⇒ als <b>Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie</b> , Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 2 oder optional bei schmerztherapeutischer Behandlung: ⇒ <b>Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie</b>
<b>C</b>	Sie können als <b>Vertragsarzt</b> gemäß § 21 Abs. 3 des Vertrages <b>Schulungsleistungen</b> erbringen. (Anlagen 2+4)

Der Nachweis wird gegenüber der KVSA erbracht. Die genaueren Details können Sie dem Anhang dieses Manuals entnehmen.

Die Langzeitbetreuung der Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt. Bei Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, kann die Langzeitbetreuung auch durch den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Osteoporose einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist, oder die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

### 2.2 Spezialisierte Versorgungsebene

Die Betreuung von Patienten mit Osteoporose erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

Bei Vorliegen folgender Indikationen oder Anlässen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:

- in besonderen Fällen zu einer erneuten Knochendichtemessung;
- bei Verdacht auf eine sekundäre Erkrankungsursache der Osteoporose;

- bei Progression der Osteoporose unter Therapie;
- bei Verdacht auf akute Wirbelkörperfraktur (akute Schmerzen der Wirbelsäule können ein Hinweis auf eine Fraktur sein);
- bei komplexen Krankheitskonstellationen zur geriatrischen Mitbehandlung;
- bei chronischen Schmerzen zur ambulanten Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung oder
- bei Verdacht auf Kiefernekrose zur kieferchirurgischen Abklärung.

Indikationen zur **stationären Behandlung** bestehen insbesondere für Patienten unter folgenden Bedingungen:

- akute immobilisierende Frakturen oder
- Vorliegen einer Indikation zur teilstationären oder stationären multimedialen Schmerztherapie

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Die Veranlassung einer **Rehabilitationsleistung** ist individuell zu prüfen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern sowie Benachteiligungen durch die Osteoporose und ihre Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken und eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

### 2.3 Teilnahme des Versicherten

Die Einschreibung der Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 (die entsprechende Diagnose ist anzukreuzen) erfolgt über die **indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEEWE) inclusive der Information zum Datenschutz und der Patienteninformation**. Diese weist den folgenden Formularschlüssel auf: **070E1**

**Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name, Vorname des Versicherten geb. am  
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status  
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**070E1** Krankenhaus-IK

Diabetes mellitus Typ 1  Koronare Herzkrankheit  Asthma  Brustkrebs  Depression  Rheumatoide Arthritis  
oder oder oder  
 Diabetes mellitus Typ 2  Herzinsuffizienz  COPD  Rücken  Osteoporose

**1. Teilnahmeerklärung:**  
Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.  
Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die aus...

Exemplar für die Datenstelle

Die TEEWE können beim Paul Albrechts Verlag (Tel. 04154 / 799 -292 oder -123) bestellt werden.

Patientinnen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose können in das Programm eingeschrieben werden.

Menschen mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht können unter Berücksichtigung der individuellen Situation und in Abhängigkeit der medizinischen Einschätzung des Arztes frühestens ab dem vollendeten 50. Lebensjahr in das DMP Osteoporose eingeschrieben werden.

Die Diagnosestellung basiert auf der Anamnese (inklusive der Erhebung der typischen Risikofaktoren), der körperlichen Untersuchung, wenn indiziert bildgebenden Verfahren zur Identifikation von prävalenten Fragilitätsfrakturen, Knochendichtemessung (ermittelt mittels DXA), und dem Basislabor zur Abklärung anderer häufiger metabolischer Knochenerkrankungen.

Als Einschreibekriterien für dieses strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose gelten:

⇒	Vorliegen von osteoporoseassoziierten Frakturen (insbesondere Wirbelkörperfrakturen, Beckenfrakturen, proximale Femurfrakturen, Humerusfrakturen, Radiusfrakturen)
<b>oder</b>	
⇒	ein mindestens 30%iges Frakturrisiko innerhalb der nächsten zehn Jahre berechnet anhand der Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte (ermittelt mittels DXA).

Bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung) und Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden.

Der Arzt soll prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

### **3. Versorgungsinhalte**

#### **3.1. Therapieziele**

Es sind folgende Therapieziele anzustreben:

- Vermeidung von Frakturen, auch durch Vermeidung von Stürzen
- Erhöhung der Lebenserwartung
- Verbesserung oder Erhaltung der osteoporosebezogenen Lebensqualität
- Verbesserung oder Erhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Reduktion von Schmerzen
- Verbesserung oder Erhaltung von Funktion und Beweglichkeit
- Verhinderung der Progredienz der Erkrankung

#### **3.2 Therapeutische Maßnahmen**

Patienten sollen über die Erkrankung aufgeklärt und über Lebensstilinterventionen sowie mögliche medizinische Therapievarianten informiert werden.

Im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sollen in Abhängigkeit insbesondere von Alter und Begleiterkrankungen und unter Abwägung von Nutzen und Risiken mit den Patientinnen und Patienten individuell therapeutische Maßnahmen ausgewählt werden.

##### **3.2.1 Nichtmedikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen**

###### Lebensstil

Allen Patienten wird empfohlen:

- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Vermeidung von Immobilisation
- Verzicht auf Rauchen
- Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums
- Vermeidung von Untergewicht (BMI unter 20 kg/m<sup>2</sup>)
- ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr

### Ermittlung des Sturzrisikos

Zur Feststellung des Sturzrisikos soll regelmäßig eine Sturzanamnese erhoben werden. Ab einem Lebensalter von 70 Jahren kann zum Beispiel im Rahmen des Geriatrischen Basisassessments ein Sturzassessment durchgeführt werden. Zur systematischen Erfassung eines Sturzrisikos sollen standardisierte Testverfahren verwendet werden (zum Beispiel Timed „up & go“ Test, Chair-Rising-Test, Tandem-Stand-Test).

### Körperliches Training und Sturzprophylaxe

Der Arzt soll regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und die Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen (zum Beispiel zur Erhaltung der Knochenmasse oder Sturzprophylaxe) empfehlen und dazu motivieren.

Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (zum Beispiel Treppensteigen oder Radfahren) als auch körperliches Training in Form von Sport (beispielsweise im Rahmen von Funktionstraining oder Rehabilitationssport).

Körperliches Training führt in der Regel zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen, insbesondere können frakturbegünstigende Faktoren durch körperliches Training positiv beeinflusst werden.

Ein positiver Effekt auf die Knochendichte mit resultierender Frakturdektion kann nur durch regelmäßig durchgeführtes Widerstandstraining (high-impact-training/Krafttraining) erreicht werden, dies setzt jedoch eine ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit voraus.

Insbesondere Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko sollen geeignete Maßnahmen zur Förderung der Koordination, der Reaktionsfähigkeit, des Gleichgewichts, der Kraftsteigerung und zur Reduktion der Sturzangst empfohlen werden. Eine Reduktion der Sturzinzidenz kann bereits durch ein leichteres Kraft- oder Ausdauer- oder Gleichgewichtstraining erreicht werden. Sowohl Funktionstraining als auch Rehabilitationssport können hierfür eingesetzt werden. Bei ausreichender Sicherheit des Patienten sollte die Trockengymnastik beispielsweise im Rahmen des Funktionstrainings bevorzugt werden. Bei sehr sturzängstlichen oder teilweise immobilisierten Patienten kann auch Wassergymnastik indiziert sein.

Funktionstraining oder Rehabilitationssport sind einem langfristigen Einsatz von Physiotherapie (insbesondere passive Maßnahmen) vorzuziehen.

Die Sturzgefahr kann auch durch Eigenübungen (zum Beispiel Treppensteigen, Walking oder Jogging), Balancetraining oder Tai-Chi reduziert werden.

Außerdem sollen Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko zur Reduktion von Sturzrisiken beraten werden. Eine regelmäßige Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente soll ebenfalls erfolgen.

### Heil- und Hilfsmittelversorgung

Bei Bedarf soll der Arzt den Patienten über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten. Physiotherapie soll in Betracht gezogen werden, um Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren.

Um bei einer Wirbelkörperfraktur oder einer deutlichen Kyphosierung eine schmerzarme Mobilisation zu ermöglichen, sollte die Versorgung mit einer wirbelsäulenaufrichtenden Orthese erwogen werden.

### 3.1.2 Medikamentöse Therapie

Alle Patienten soll eine osteoporosespezifische Therapie angeboten werden. Bei geschlechter-spezifischen Anforderungen an die Therapie entscheidet der Arzt bei Menschen mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht unter Berücksichtigung der individuellen Situation nach pflichtgemäßem Ermessen.

#### Spezifische Therapie

Hierfür stehen folgende antiresorptive und osteoanabole Therapien zur Verfügung.

Antiresorptive Therapie:

- Bisphosphonate:
  - Alendronat, Risedronat, Zoledronat (Männer und postmenopausale Frauen)
  - Ibandronat (postmenopausale Frauen)
- Denosumab (Männer und postmenopausale Frauen)
- selektiver Östrogenrezeptor-Modulator (SERM):
  - Raloxifen (postmenopausale Frauen)
- Osteoanabole Therapie:
  - Teriparatid (rH-Parathormon 1-34) (Männer und postmenopausale Frauen)

Zudem wird unterschieden zwischen Therapeutika mit persistierender Wirkung wie den Bisphosphonaten, deren Effekt auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt und Therapeutika mit schnell reversibler Wirkung (Denosumab, Teriparatid und Raloxifen), bei denen nach Beendigung der Therapie der Therapieerfolg schnell wieder verloren gehen kann.

Für die individuelle Auswahl der Medikamente sollen die möglichen Neben- und Zusatzwirkungen, vorliegende Komorbiditäten, die nachgewiesene Wirkungsdauer auch nach Absetzen des Präparates, die Einnahmemodalität, die Patientenpräferenzen und der Zulassungsstatus berücksichtigt werden.

Orales Alendronat und Risedronat und intravenöses Zoledronat reduzieren sowohl Wirbelkörperfrakturen als auch periphere Frakturen und Hüftfrakturen. Für Bisphosphonate liegen neben Effektivitätsbelegen auch Langzeitdaten zur Sicherheit vor. Für Ibandronat ist die Wirksamkeit in der Reduktion von Wirbelkörperfrakturen nachgewiesen worden. Für die Reduktion von Hüftfrakturen gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis.

Für Denosumab ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, periphere und Hüftfrakturen nachgewiesen worden.

Für eine Raloxifen-Therapie liegen Nutzenbelege zur Risikoreduktion von Wirbelkörperfrakturen nicht jedoch von peripheren oder Hüftfrakturen vor. Außerdem kann Raloxifen das Risiko für das Auftreten von östrogenrezeptor-positiven Mammakarzinomen erheblich senken. Dieser Effekt sollte unter Berücksichtigung des individuellen Brustkrebsrisikos gegenüber den thromboembolischen Risiken des Medikaments im Rahmen des Therapiegespräches mit der Patientin abgewogen werden.

Für Teriparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper- und peripheren Frakturen nachgewiesen worden.

Solange Frauen eine Hormonersatztherapie (HRT) mit Östrogenen und Gestagenen oder nur mit Östrogenen (bei Zustand nach Gebärmutterentfernung) erhalten, ist in der Regel keine zusätzliche osteoporosespezifische Therapie erforderlich.

Für die spezifische Therapie bei systemischer Glukokortikoid-Langzeittherapie stehen für postmenopausale Frauen und für Männer Alendronat, Zoledronat, Denosumab und Teriparatid (rH-Parathormon 1-34) und nur für postmenopausale Frauen zusätzlich Risedronat zur Verfügung.

Insbesondere Patienten, die eine antiresorptive Therapie erhalten, sollten vor dem Hintergrund des potentiellen Risikos einer Kiefernekrose auf die regelmäßigen jährlichen zahnärztlichen Kontrollen hingewiesen werden. Vor Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten und Denosumab ist bei Patienten mit begleitenden Risikofaktoren eine zahnärztliche Untersuchung mit präventiver Zahnbehandlung sinnvoll.

## Kalzium und Vitamin D

Grundsätzlich wird eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen. Zur Abschätzung der eigenen Kalziumzufuhr kann die Patientin oder der Patient auf den Kalziumrechner des IQWiG hingewiesen werden. Nur, wenn die empfohlene Kalziumzufuhr mit der Nahrung nicht erreicht wird, sollte eine Supplementierung mit Kalzium durchgeführt werden. Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig.

Zusätzlich wird die tägliche Zufuhr von 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D empfohlen. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn diese Menge mit der Ernährung nicht erreicht werden kann. Dabei ist die Verordnungsfähigkeit gemäß der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses im individuellen Fall zu beachten.

### **3.2.3 Dauer der medikamentösen Therapie**

Eine spezifische Osteoporosetherapie soll in der Regel mindestens drei Jahre andauern, kann aber auch in Abhängigkeit vom individuellen Frakturrisiko lebenslang notwendig sein. Nach jeweils drei bis fünf Jahren Therapiedauer soll eine Reevaluation hinsichtlich Nutzen und Risiko erfolgen. Bei einer Entscheidung zur Beendigung der osteoporosespezifischen Therapie sind das aktuelle individuelle Frakturrisiko, die Ausgangsknochendichte, Komorbiditäten und deren medikamentöse Behandlung sowie Lebensstilfaktoren zu berücksichtigen.

Bisphosphonate persistieren im Knochen und wirken nach Beendigung der Therapie für wenigstens 12 Monate frakturreduzierend.

Nach Beendigung der Therapie mit Denosumab kann der positive Effekt auf die Knochenmasse sowie die Frakturreduktion schnell verloren gehen. Um die Therapie abzuschließen, wird nachfolgend die Gabe eines Bisphosphonates empfohlen.

Wird die knochenanabole Therapie mit Teriparatid beendet, wird anschließend eine antiresorptive Therapie empfohlen, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Therapie mit Teriparatid ist auf 24 Monate begrenzt.

### **3.2.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

Insbesondere bei Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

Der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich, sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31 a SGB V informiert.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.



### 3.3 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen beinhalten insbesondere:

- Sturzanamnese;
- Erfassung von Frakturen oder klinischen Hinweisen auf Frakturen;
- Abschätzung, ob die Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr ausreichend ist;
- Motivation zu adäquatem, regelmäßigem körperlichem Training und dessen Verstärkung sowie zur Fortführung der erlernten Lebensstilinterventionen;
- bei postmenopausalen Frauen: Frage nach einer Hormonersatztherapie;
- Berücksichtigung weiterer eingenommener Medikamente, die das Frakturrisiko erhöhen und, falls erforderlich, die Einleitung der Überprüfung der Indikation;
- Prüfung der osteoporosespezifischen Medikation:
- Überprüfung von Kontraindikationen (zum Beispiel neu aufgetretene Niereninsuffizienz),
- Überprüfung der Adhärenz,
- Einhaltung der empfohlenen Einnahmemodalitäten (insbesondere bei Bisphosphonaten),
- Erfassung von Nebenwirkungen,
- Abwägung der Fortführung der osteoporosespezifischen Therapie in Abhängigkeit von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken.

Nach der Initialisierung einer medikamentösen Behandlung sollten alle drei bis sechs Monate klinische Kontrollen hinsichtlich der Verträglichkeit und eingetretener Ereignisse (zum Beispiel Frakturen) erfolgen. Wenn es unter einer Therapie mit Bisphosphonaten, Denosumab oder Raloxifen zu einem deutlichen Abfall der Knochendichte ( $\geq 5\%$ ) kommt oder, wenn unter einer Therapie zwei oder mehr osteoporotische Frakturen innerhalb von drei Jahren auftreten, ist von einem Therapieversagen auszugehen. In diesem Fall ist eine Prüfung der Gründe schlechte Adhärenz oder Resorption, Änderung der Risikokonstellation) und bei Bedarf die Umstellung auf eine andere Medikation zu erwägen.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach fünf Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist. Die Wiederholungsmessung sollte nach Möglichkeit mit demselben Gerät erfolgen.

Unabhängig von den individuell erforderlichen regelmäßigen Verlaufskontrollen erfolgt die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie mittels der aufgeführten Parameter quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

## 4. Patientenschulungen

Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen, welche sich an internationalen Qualitätsstandards orientieren. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs.

Die im Anhang aufgeführten Schulungen können dem am jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Patienten durch seinen koordinierenden Arzt empfohlen werden. Dabei sind nur Schulungen angebracht, welche entsprechend der Diagnose des Patienten indiziert sind.

Folgende Schulungsprogramme können im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für eingeschriebene Versicherte erbracht und abgerechnet werden:

### Diabetesschulungsprogramme

- ZI-Schulung für Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- ZI-Schulung für Diabetiker, die Insulin spritzen
- ZI-Schulung ohne Insulin
- MEDIAS 2
- MEDIAS 2 ICT
- Diabetes II im Gespräch
- Disko-Schulung (Wie Diabetiker zum Sport kommen)
- Intensivierte Insulintherapie bzw. DITP
- LINDA Diabetes-Selbstmanagement-Schulung
- Diabetes & Verhalten (Typ 2 Diabetes mit Insulin)
- Strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm (SGS)

### **Hypertonieschulungsprogramme**

- Hypertonie-Schulung (ZI)
- Modulare Blutdruckschulung IPM

### **KHK Schulungsprogramm**

- Cardio-Fit

### **Schulungen zum Gerinnungsselbstmanagement**

- SPOG (orale Gerinnungsstörung)

### **Asthmaschulungsprogramme**

- NASA/ AFAS

### **COPD-Schulungsprogramme**

- COBRA/ AFBE
- Schulung COPD nach Bad Reichenhaller Modell

### **Osteoporose-Schulungsprogram**

- Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie

Bitte beachten Sie, dass z.B. am DMP Osteoporose teilnehmende Patienten auch eine Schulung zum Thema Diabetes erhalten können auch wenn diese nicht gleichzeitig im DMP Diabetes eingetragen sind.

## **Anhang**

- Anhang 1      **Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt**
- Anhang 2      **Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt mit  
Schulungsberechtigung (=Schulungsarzt)**
- Anhang 3      **Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor**
- Anhang 4      **Strukturqualität p..... (=Schulungsarzt)**

## Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt

Die nach § 3 des Vertrages teilnahmeberechtigten Ärzte haben nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen: Der Nachweis wird gegenüber der KVSA erbracht.

(1) Persönliche Qualifikation des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen</li> </ul>
(2) Organisatorische, strukturelle und apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> </ul>
(3) Qualitätssicherungs-mechanismen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung, bzw. Information und Kenntnisnahme durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme und Bestätigung der Kenntnisnahme</li> <li>▪ Teilnahme an jährlich mindestens einer osteoporose-spezifischen Fortbildungsmaßnahme (durch die Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen); z. B. Teilnahme an osteoporose-spezifischen Qualitätszirkeln</li> </ul>

## Anlage 2

### Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt mit Schulungsberechtigung (=Schulungsarzt)

Die nach § 21 Abs. 3 des Vertrages schulenden Ärzte, die hausärztlich tätig sind, haben nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KVSA erbracht.

(1) Persönliche Qualifikation des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärzte nach § 73 Abs. 1 a SGB V, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen</li> <li>▪ Teilnahme als koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrages</li> <li>▪ Persönliche Genehmigung des Arztes durch die KVSA, Berechtigung zur Schulung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose entsprechend Anlage 12</li> </ul>
(2) Organisatorische, strukturelle und apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>▪ Notwendige Voraussetzungen für die Durchführung der angebotenen Schulungen:</li> <li>▪ Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen</li> <li>▪ Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein</li> <li>▪ Schulungsteam der Praxis muss entsprechende Berechtigungen zur Schulung von Patienten nachweisen</li> </ul>
(3) Qualitätssicherungs-mechanismen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung, bzw. Information und Kenntnisnahme durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme und Bestätigung der Kenntnisnahme</li> <li>▪ Teilnahme an jährlich mindestens einer osteoporose-spezifischen Fortbildungsmaßnahme (durch die Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen); z. B. Teilnahme an osteoporose-spezifischen Qualitätszirkeln</li> </ul>

**Anlage 3**  
**Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor**

Die nach § 4 des Vertrages teilnahmeberechtigten Ärzte haben nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KVSA erbracht.

<p>(1) Persönliche Qualifikation des Arztes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder optional bei schmerztherapeutischer Behandlung<sup>1</sup></li> <li>• Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie und zusätzlich:</li> <li>• Genehmigung der KVSA zur Abrechnung der EBM-Ziffern 30700 und 30702<sup>2</sup> und</li> <li>• Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie</li> </ul>
<p>(2) Organisatorische und apparative Voraussetzungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>▪ Erfüllung der für das Fachgebiet geltenden regionalen Niederlassungsvorgaben sowie qualifikationsgebundenen Abrechnungsvoraussetzungen</li> </ul>
<p>(3) Qualitätssicherungsmechanismen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung, bzw. Information und Kenntnisnahme durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme und Bestätigung der Kenntnisnahme</li> <li>▪ Teilnahme an jährlich mindestens einer osteoporose-spezifischen Fortbildungsmaßnahme (durch die Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen); z. B. Teilnahme an osteoporose-spezifischen Qualitätszirkeln</li> </ul>

<sup>1</sup> Sofern es sich dabei nicht um einen teilnehmenden Facharzt für Orthopädie oder Unfallchirurgie handelt, ist keine Koordinationsfunktion in Ausnahmefällen zulässig.

<sup>2</sup> Entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

#### Anlage 4

#### Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor mit Schulungsberechtigung (= Schulungsarzt)

Die nach § 21 Abs. 3 des Vertrages schulenden Ärzte, die fachärztlich tätig sind, haben nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KVSA erbracht.

<p>(1) Persönliche Qualifikation des Arztes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>• Teilnahme als Arzt gemäß § 4 des Vertrages</li> <li>• Persönliche Genehmigung des Arztes durch die KVSA, Berechtigung zur Schulung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose entsprechend Anlage 12</li> </ul> <p>oder optional bei schmerztherapeutischer Behandlung<sup>3</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie</li> <li>und</li> <li>zusätzlich:</li> <li>• Genehmigung der KVSA zur Abrechnung der EBM-Ziffern 30700 und 30702<sup>4</sup></li> <li>und</li> <li>• Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie</li> <li>• Teilnahme als Arzt gemäß § 4 des Vertrages</li> <li>• Persönliche Genehmigung des Arztes durch die KVSA, Berechtigung zur Schulung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose entsprechend Anlage 12</li> </ul>
---	---

<sup>3</sup> Sofern es sich dabei nicht um einen teilnehmenden Facharzt für Orthopädie oder Unfallchirurgie handelt, ist keine Koordinationsfunktion in Ausnahmefällen zulässig.

<sup>4</sup> Entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung