

„Osteoporose systematisch behandeln“

Herr Prof. Niedhart, was war der Auslöser für die Entwicklung des DMP Osteoporose?

Die Versorgung war lange unzureichend. Wir hatten hohe Frakturraten, enorme Folgekosten – und trotzdem wurde die Erkrankung nicht ernst genug genommen. Das Programm schafft eine strukturierte Grundlage für bessere Versorgung.

Was leistet das Programm?

Es bietet eine standardisierte Anleitung: Risikoevaluation, Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle. Ziel ist, mehr Betroffene frühzeitig zu identifizieren und konsequent zu behandeln.

Wie ist die Resonanz unter Kollegen?

Erstaunlich positiv. Gerade konservativ tätige Orthopäden sind engagiert dabei. Und auch die Hausärzte, von denen viele zunächst als zurückhaltend eingeschätzt wurden, haben sich mit großer Offenheit eingebracht. Die Teilnahmequote steigt stetig. In Nordrhein hatten wir zuletzt eine Informationsveranstaltung mit fast 300 Hausärztinnen und Hausärzten – das Feedback war durchweg konstruktiv.

Warum ist die Rolle der Hausärzte so entscheidend?

Sie sind oft die erste Anlaufstelle – gerade bei älteren Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Beschwerden oder nach Frakturen. Viele Hausarztpraxen sind bereits mit DMP-Strukturen vertraut, etwa bei Diabetes oder KHK. Das erleichtert die Integration des neuen Programms erheblich.

Zudem können Hausärzte durch ihre kontinuierliche Betreuung eine hohe Therapietreue fördern.

Wie hoch ist der Dokumentationsaufwand?

Der ist nicht zu unterschätzen. Gerade in den ersten Quartalen braucht es Zeit, bis sich die Abläufe einspielen. Wer das aber einmal etabliert hat, profitiert langfristig – auch durch die strukturierte Rückmeldung zur eigenen Versorgung.

Was muss dokumentiert werden?

Therapie, Nebenwirkungen, neue Frakturen, Sturzrisiko, Blutdruck. Letzteres ist für Orthopäden eher ungewohnt. Es sind klare Standards, die sich gut integrieren lassen, wenn die Prozesse einmal stehen.

Mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Osteoporose erhalten Ärzte seit 2024 eine praxisnahe Grundlage für eine gezielte Versorgung. Christopher Niedhart war an der DMP-Entwicklung beteiligt. Im Interview erläutert er, wie das Programm funktioniert, den Nutzen für die Praxis – und wie es die Versorgung nachhaltig verbessert.

Interview und Text von Frank Brunner



© CREVIS / STOCK.ADOBE.COM

Wie sieht es mit der Vergütung aus? Sie ist angemessen für den Aufwand. Der eigentliche Gewinn liegt aber in der Versorgungsqualität – und in der Transparenz über die eigene Praxisleistung.

Und welche Rolle spielt die sektorenübergreifende Versorgung?

Eine zentrale Rolle. Viele Patientinnen und Patienten mit Frakturen gehen nach dem Klinikaufenthalt verloren. Das strukturierte Behandlungsprogramm ist ja rein ambulant – aber parallel laufen Projekte wie der Fracture Liaison Service, etwa in München. Dort identifizieren spezialisierte Pflegekräfte im Krankenhaus gezielt Patientinnen und Patienten mit osteoporosebedingten Frakturen und koordinieren deren Weiterbehandlung im ambulanten Bereich. Ziel ist, Folgefrakturen durch frühzeitige Diagnostik, leitliniengerechte Therapie und gezielte Sturzprophylaxe zu verhindern.



Prof. Christopher Niedhart ist Orthopäde, Unfallchirurg und Osteologe. Als Sachverständiger beim G-BA war er an der Entwicklung des DMP Osteoporose beteiligt. Außerdem ist er Präsident der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie e.V. (OGO). © PRIVAT

Was hat sich in Ihrer eigenen Praxis verändert?

Wenig – wir haben schon vorher standardisiert gearbeitet. Aber das Programm hilft, Prozesse zu reflektieren. Es zeigt, wo man etwa weniger Sturzprophylaxe empfiehlt als der Durchschnitt – und regt zur Nachjustierung an.

Wie funktioniert die Patientenschulung?

Fünf Module à eine Stunde, mit Fokus auf Bewegung, Ernährung und Selbstwirksamkeit. Gerade ältere Patientinnen profitieren enorm, wenn sie merken: Ich kann selbst etwas tun – und es wirkt.

Die Schulung ist didaktisch aufgebaut: Schon im ersten Modul werden alltagsrelevante Themen wie Ernährung und körperliche Aktivität integriert, um früh einen Lerneffekt zu erzielen. Besonders wichtig ist die Motivation durch kleine Erfolgserlebnisse – etwa durch ein-

fache Übungen, die spürbar besser gelingen.

Und wie werden Ärzte auf die Schulung vorbereitet?

Die Trainerschulung umfasst acht Stunden: vier zur Wissensvermittlung, vier zur Didaktik. Besonders für Orthopäden ist das oft Neuland, da sie in der Regel keine Gruppenschulungen durchführen. In den didaktischen Modulen geht es darum, wie man eine Gruppe aktiviert, wie man erkennt, ob die Teilnehmenden noch folgen – und wie man bei nachlassender Aufmerksamkeit sinnvoll reagiert. Ziel ist, dass die Schulenden nicht nur fachlich sicher sind, sondern auch methodisch überzeugen.

Könnten künftig auch Pflegekräfte oder Physiotherapeuten eingebunden werden?

Das wäre sinnvoll, ist aber rechtlich noch nicht vorgesehen. Erste Ansätze gibt es, etwa in Medizinischen Versorgungszentren oder mit Physician Assistants. Ich denke, da wird sich in Zukunft noch etwas bewegen.

Wie sieht es mit der Weiterentwicklung aus?

Die Aktualisierung läuft regelmäßig über den G-BA. Anfang nächsten Jahres geht die Neufassung ins Plenum. Dort werden offene Punkte wie die Einbeziehung weiterer Fachgruppen oder die Definition der Zielgruppen diskutiert.

Gibt es Daten zur Wirksamkeit?

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung begleitet das Programm wissenschaftlich. Es gibt Auswertungen zur Versorgung, etwa zur Sturzprophylaxe. Was fehlt, ist eine echte Kontrollgruppe – aus ethischen Gründen. Wir können nicht Patienten bewusst ausschließen.

Ein Blick ins Ausland: Was machen andere Länder besser?

Die strukturierte Nachsorge nach Frakturen. In England etwa gibt es in jedem Krankenhaus eine sogenannte Fracture Liaison Nurse, die sicherstellt, dass Patientinnen und Patienten nach einer Fraktur gezielt osteologisch weiterbehandelt werden. Dieses Modell verbessert die Versorgung deutlich und dient auch hierzulande als Vorbild für sektorenübergreifende Ansätze.

Vielen Dank für das Gespräch.

DMP im Fokus: Osteoporose und Rheumatoide Arthritis

Das DMP Osteoporose zeigt: Wenn alle Gesundheitsakteure Hand in Hand arbeiten, lässt sich bundesweit Versorgung verbessern. Mit dem neuen DMP Rheumatoide Arthritis soll nun Ähnliches erreicht werden.

Mit dem Disease-Management-Programm (DMP) Osteoporose ist Ende 2023 ein weiteres strukturiertes Versorgungsangebot für gesetzlich Versicherte gestartet. Ziel ist es, die leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit medikamentös behandlungsbedürftiger Osteoporose zu verbessern und die Versorgung sektorenübergreifend zu koordinieren. Die Einführung des Programms ist in vielen Regionen bereits erfolgt und wird dort unter anderem von der AOK unterstützt.

Osteoporose zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Laut dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) besteht in Deutschland eine deutliche Versorgungslücke: Nur ein geringer Anteil der Betroffenen erhält nach einer Fragilitätsfraktur eine konsequente Osteoporose-Diagnostik und -Therapie.

Versorgungslücke geschlossen

Das DMP Osteoporose wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Basis evidenzbasierter Leitlinien entwickelt und legt verbindliche Standards für Diagnostik, Therapie, Monitoring und Patientenschulung fest. Die AOK war in mehreren Regionen an der Umsetzung beteiligt. So startete das Programm im Januar 2024 in Rheinland-Pfalz mit einem „Versorgungsplus für 26.000 Betroffene“, wie die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland mitteilte. Auch der AOK-Bundesverband betont die Bedeutung des Programms: „Mit dem DMP Osteoporose schließen wir eine lang bekannte Versorgungslücke. Die strukturierte Betreuung hilft, Frakturen zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern“, heißt es in der Praxisinfo des Verbandes.

Bundesweit wird das DMP Osteoporose mittlerweile in vielen KV-Regionen angeboten. Die Zahl der



Im Norden ist im Juli das DMP Rheumatoide Arthritis an den Start gegangen. Über 250 Ärzte sind eingeschrieben. © HALFPOINT / STOCK.ADOBE.COM (MOTIV MIT FOTOMODELLEN)

eingeschriebenen Versicherten steigt kontinuierlich. Genaue bundesweite Zahlen liegen derzeit nicht vor, da die Programme regional unterschiedlich schnell implementiert werden.

Neu: DMP Rheumatoide Arthritis

Zum 1. Juli 2025 wurde in Schleswig-Holstein ein weiteres DMP eingeführt: das strukturierte Behandlungsprogramm für Rheumatoide Arthritis. Es ist das erste seiner Art in Deutschland und richtet sich an gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren mit gesicherter Diagnose. Wie bereits bei der Indikation Osteoporose sind die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein auch bei der Einführung dieses DMP die Vorreiter.

„In Schleswig-Holstein leben etwa 40.000 Menschen mit einer Rheumatoiden Arthritis. Diesen Personen bieten wir mit dem DMP jetzt eine optimierte Behandlung in

den beteiligten Praxen und Kliniken“, erklärte Claudia Straub, Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), stellvertretend für die gesetzlichen Krankenkassen in der Region. Zum Programmstart haben sich bereits mehr als 250 Ärztinnen und Ärzte – darunter Hausärzte, Internisten und Orthopäden mit rheumatologischem Schwerpunkt – eingeschrieben. Auch zwei Krankenhäuser und eine Reha-Klinik beteiligen sich. Damit ist die komplette Behandlungskette abgedeckt.

Kontinuierliche Evaluation

Beide Programme – Osteoporose und Rheumatoide Arthritis – stehen exemplarisch für die Weiterentwicklung der DMP-Landschaft. Sie zeigen, wie evidenzbasierte Versorgungskonzepte in der Fläche etabliert werden können, wenn Krankenkassen, Ärzteschaft und Versorgungseinrichtungen gemeinsam agieren.

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut findet eine Qualitätsüberwachung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) statt. Mit der geplanten Weiterentwicklung der DMP-Richtlinien durch den G-BA ist zu erwarten, dass die Programme künftig noch stärker an die Bedürfnisse der Versicherten angepasst werden.

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 11. September:

Im Interview blickt der scheidende Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo), Jürgen Klauber, auf die Schwerpunkte seiner Arbeit zurück und beschreibt die Herausforderungen bei der Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus- und Pflegebereich.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.