

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die 42. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-
RL):

Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage
20 (Osteoporose – Dokumentation)

Vom 16. April 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	2
4.	Verfahrensablauf	15
5.	Fazit.....	17
6.	Literaturverzeichnis.....	17
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	20

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. Zudem prüft der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) wird nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Mit diesem Beschluss werden die am 16. Januar 2020 beschlossenen und als Anlagen 19 und 20 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Osteoporose aktualisiert. Darüber hinaus erfolgten mit diesem Beschluss redaktionelle Anpassungen, die der rechtsförmlichen Ausgestaltung sowie der besseren Lesbarkeit dienen.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose“ des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 6. Mai 2024 [11]. Die folgenden Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu Nummer 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Das DMP Osteoporose bezieht sich weiterhin auf die Gruppe der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Indikation zur medikamentösen spezifischen Osteoporose-Therapie besteht. Auf Grundlage der nationalen „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ erfolgten Anpassungen im Kapitel zu den Diagnostischen Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe für dieses DMP [6]. Mit den beschlossenen Anpassungen können nunmehr alle Versicherten mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose bereits ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und nicht nur Männer erst ab dem vollendeten 60. Lebensjahr in das Programm eingeschrieben werden.

Die nationale „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ des Dachverbands der

Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften (im Folgenden DVO-Leitlinie) definiert unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Knochendichte sowie vorliegenden Risikofaktoren Indikationsschwellenwerte, ab wann eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie [6] angezeigt ist. Auf dieser Grundlage wurde auch die Regelung zum Frakturrisiko als Einschreibekriterium (alternativ zum Vorliegen von osteoporoseassoziierten Frakturen) geändert.

Zur Abschätzung der Höhe des 3-Jahres-Frakturrisikos für die Ermittlung des Indikationsschwellenwertes werden die entsprechenden Tabellen aus der DVO-Leitlinie herangezogen (siehe nachfolgend Tabelle 2a, 2b, 3a und 3b) [6]. In den Tabellen zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos wird in der linken Spalte das Alter der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Falls vorhanden, wird in der oberen Zeile der T-Score (T-Wert der Knochendichte) ermittelt mittels DXA-Messung berücksichtigt.

Hinweis: In den Tabellen 2a, 2b, 3a und 3b wird das Alter der Patientinnen und Patienten in 5-Jahresschritten und das Ergebnis der Knochendichte am Gesamtfemur als T-Score in 0,5 - Schritten angegeben. Sofern das Alter oder der T-Score zwischen den angegebenen Stufen liegen, kann hier interpoliert werden. Eine gewisse Ungenauigkeit des Ergebnisses muss beachtet werden. Es empfiehlt sich in solchen Fällen eine Bestimmung der Therapieschwelle sowohl mit dem jeweils darunter als auch dem darüber liegenden Wert, um das Risiko der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten individuell einschätzen zu können.

Eine Bestimmung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ist in einigen Fällen auch ohne Vorliegen einer Knochendichtemessung mit der Spalte „Ohne BMD“ möglich. Dabei wird nur das Geschlecht, das Alter und das Vorliegen von Risikofaktoren berücksichtigt.

Für den Indikationsschwellenwert zu einer osteoporosespezifischen medikamentösen Therapie gilt:

Für Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr sollte eine spezifische medikamentöse Therapie ab einem 3 Jahres-Frakturrisiko von größer gleich 3 % für Schenkelhals- und Wirbelkörperfrakturen (ermittelt mit den Tabellen 2a und 2b) nur in Betracht gezogen werden, wenn außerdem starke oder irreversible Risikofaktoren vorliegen oder ein sehr hohes Risiko einer unmittelbar bevorstehenden Fraktur (siehe Tabelle 1 „imminent fracture risk/ imminente Frakturrisikoerhöhung“) besteht.

Tabelle 1: „imminent fracture risk/ imminente Frakturrisikoerhöhung“

Imminente Frakturrisikoerhöhung besteht bei:	
Sturzrisiko assoziierte Risikofaktoren/ Geriatric	>1 Sturz in den vergangenen 12 Monaten (1 - Jahres RR)
Rheumatologie und Glukokortikoide	Dosis > 7,5 mg Prednisolonäquivalent/Tag begonnen oder erhöht im letzten Jahr (1-Jahres RR)
Wirbelfrakturen	Wirbelkörperfraktur(en) im letzten Jahr
Hüft- und andere Frakturen	Hüftfraktur im letzten Jahr (1-Jahres Risiko)

Die Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos erfolgt anhand der folgenden Tabellen 2a für Frauen und 2b für Männer.

Tabelle 2a: Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Frauen:

Faktor Indikatio- ns- schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0	
Frauen	Faktor, um 3% Schwelle zu erreichen										
50	13	13	9	7	5	4	3	2,1	1,5		
55	8	8	6	5	3,5	2,6	1,9	1,4			
60	5	6	4	3	2,4	1,8	1,3				
65	3	4	3	2,3	1,7	1,2					
70	1,7	3	2,2	1,6	1,2						
75	1,1	2,3	1,7	1,2							
80		1,8	1,3								
85		1,5	1,1								
90		1,2									
	3% Schwelle erreicht			5% Schwelle erreicht				10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung

BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Tabelle 2b: Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Männer:

Faktor Indikatio- ns- schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0	
Männer	Faktor, um 3% Schwelle zu erreichen										
50	12	10	7	5	3,4	2,3	1,6	1,1			
55	9	8	5	3,7	2,5	1,7	1,2				
60	6	6	4	2,8	1,9	1,3					
65	5	5	3	2,2	1,5						
70	3	4	2,5	1,7	1,1						
75	2,4	3	2	1,4							
80	1,6	2,4	1,6	1,1							
85		2	1,3								
90		1,4	1								
	3% Schwelle erreicht			5% Schwelle erreicht				10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung

BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Frauen und Männern ab dem 50. Lebensjahr soll eine spezifische medikamentöse Therapie empfohlen werden ab einem 3 Jahres-Frakturrisiko von größer gleich 5 % für Schenkelhals- und Wirbelkörperfrakturen (ermittelt mit Tabellen 3a und 3b „Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos“ des DVO-Risikomodell).

Die Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos erfolgt anhand der folgenden Tabellen 3a für Frauen und 3b für Männer.

Tabelle 3a: Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Frauen:

Faktor Indikationsschwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Frauen	Faktor, um 5% Schwelle zu erreichen									
50	22	21	16	12	9	6	5	3,5	2,5	2
55	13	14	10	8	6	4	3	2,3	1,7	
60	8	10	7	5	4	3	2,2	1,6		
65	5	7	5	4	3	2,1	1,5			
70	2,8	5	4	2,7	2,0	1,5	1,1			
75	1,8	4	3	2,1	1,5	1,1				
80	1,1	3	2,2	1,6	1,2					
85		2,4	1,8	1,3						
90		2	1,4							
	5% Schwelle erreicht						10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung

BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Tabelle 3b: Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Männer:

Faktor Indikationsschwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Männer	Faktor, um 5% Schwelle zu erreichen									
50	19	17	12	8	6	4	2,6	1,8		
55	14	13	9	6	4	2,9	2			
60	11	10	7	5	3,2	2,2	1,5			
65	8	8	5	3,6	2,4	1,6				
70	6	6	4	2,8	1,9	1,3				
75	4	5	3,4	2,3	1,5					
80	2,7	4	2,7	1,8	1,2					
85	1,6	3,3	2,1	1,4						
90		2,4	1,5							
	5% Schwelle erreicht						10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung

BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Ist der Indikationsschwellenwert für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung von Alter und T-Score (sofern bekannt) (ermittelt mit den vorstehenden Tabellen 2a, 2b, 3a, 3b) noch nicht erreicht, können nach der DVO-Leitlinie zusätzlich maximal zwei, bei den Patientinnen und Patienten vorliegende Risikofaktoren für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden. Die Risikofaktoren, die für die Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos berücksichtigt werden können, sind in Tabelle Nr. 4 „Frakturrisikokonstellationsbestimmung anhand der Übersicht der Risikofaktoren“ aufgeführt.

Da maximal zwei Risikofaktoren für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden dürfen, sollen nur die zwei Risikofaktoren mit dem höchsten Wert des Risikogradienten einbezogen werden.

Bei dem Einbezug der Risikofaktoren ist außerdem zu beachten, dass aus den Gruppen 1, 4 und 5 der Tabelle 4, d.h. der Gruppe „1. Wirbelfraktur(en)“, „der Gruppe „4. Rheumatologie und Glukokortikoide“ und der Gruppe „5. Sturzrisiko assoziierte Risikofaktoren/Geriatrie“ nur je **ein** Risikofaktor berücksichtigt werden darf (grau gefärbte Zeilen Tabelle Nr. 4). Wurde aus der Gruppe „1. Wirbelfraktur(en)“, „der Gruppe „4. Rheumatologie und Glukokortikoide“ und der Gruppe „5. Sturzrisiko assoziierte Risikofaktoren/Geriatrie“ bereits der erste Risikofaktor für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt und soll ein zweiter Risikofaktor einbezogen werden, muss dieser zweite Risikofaktor aus einer jeweils anderen Gruppe stammen.

Aus den Gruppen 2 und 3 sowie den Gruppen 6 bis 8 (d.h. der Gruppe „2. Hüftfraktur- und andere Frakturen“, der Gruppe „3. Allgemeine Risikofaktoren“ der Gruppe „6. Endokrinologie“, der Gruppe „7. Weitere Erkrankungen/ Medikationen“ und der Gruppe „8. TBS (Trabecular bone score)“ können zwei Risikofaktoren derselben Gruppe für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden.

Um die entsprechende Therapieschwelle zu erreichen, muss der Wert zum Erreichen der Therapieschwelle ermittelt mit den Tabellen 2a, 2b, 3a und 3b erreicht oder überschritten werden. Dies erfolgt durch Berücksichtigung eines Faktors eines Risikogradienten oder des Produktes aus den Faktoren von zwei einbezogenen Risikofaktoren. Liegt der Faktor des Risikogradienten des ersten Risikofaktors (bestimmt anhand der Tabelle 4) unter dem Wert, der mit der Tabelle zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ermittelt wurde, so kann ein zweiter Risikofaktor berücksichtigt werden. Dabei wird der Faktor des zweiten Risikofaktors mit dem Faktor des ersten Risikofaktors multipliziert. Erreicht das Produkt der Risikogradienten den Wert oder liegt über dem Wert, der mit der Tabelle zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ermittelt wurde, ist die entsprechende Therapieschwelle erreicht.

Beispiel zur Bestimmung der Therapieschwelle:

Beispiel 1: Bei eine 75-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur liegt auch ohne weitere Risikofaktoren gemäß der Tabelle 2a und 3a ein Frakturrisiko von mindestens 5 %/3 Jahre vor. Somit besteht die Indikation für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie.

Beispiel 2: Bei einer 70-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur liegt bereits ein Frakturrisiko von mindestens 3 %/3 Jahre vor. Risikofaktoren hinsichtlich einer imminenten Frakturrisikoerhöhung bestehen nicht. Da bei der Patientin ein Diabetes Mellitus Typ 1 bekannt ist, muss dies ebenfalls bei der Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos einbezogen werden. Der Faktor der Risikofaktors Diabetes mellitus Typ 1 beträgt 2,5. Bei der 70-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur muss ein Wert von mindestens 1,1 durch Einbezug von Risikofaktoren erreicht werden, um ein mindestens 5 %iges 3 Jahres-Frakturrisiko zu erreichen. Der Faktor des Risikofaktors Diabetes mellitus Typ 1 liegt mit 2,5 über dem Wert von 1,1. Somit besteht die Indikation für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie.

Tabelle 4: Frakturrisikokonstellationsbestimmung anhand der Übersicht der Risikofaktoren (eigene Darstellung - modifiziert nach „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50.Lebensjahr“ DVO 2023, Langfassung, S. 243-244)

Risikofaktor	Faktor Alter 70
Aus dieser Gruppe kann maximal ein Risikofaktor einbezogen werden.	
1. Wirbelfraktur(en)	
Wirbelfraktur(en) im letzten Jahr	2,9
Wirbelkörperfraktur (en) > 12 Monate Zeitabstand	
1 osteoporotischer Wirbelbruch	2,0
2 osteoporotische Wirbelbrüche	2,9
3 oder mehr osteoporotische Wirbelbrüche	5,0
Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 1 Genant	2,0
Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 2 Genant	2,9
Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 3 Genant	5,0
2. Hüftfraktur und andere Frakturen	
Hüftfraktur im letzten Jahr (1-Jahres RR)	4,1
Hüftfraktur > 12 Monate Zeitabstand	2,5
Humerusfraktur	1,7
Handgelenksfraktur	1,6
Beckenfraktur	1,7
3. Allgemeine Risikofaktoren	
Mutter oder Vater mit Hüftbruch	1,3
Erheblicher Alkoholkonsum (ab 50 g/Tag)	1,9
Rauchen (aktuell >10 Zigaretten/Tag) oder Chronische Obstruktive Lungenerkrankung	1,5
Body Mass Index BMI	
≤ 15 kg/m ²	2,2
15 - 18,5 kg/m ²	1,7
18,5 -< 20 kg/m ²	1,3
Aus dieser Gruppe kann maximal ein Risikofaktor einbezogen werden	
4. Rheumatologie und Glukokortikoide	
Axiale Spondyloarthritis	1,6

Rheumatoide Arthritis	2,7
Prednisolonäquivalent bis 2,5 mg/Tag > 3Monate	1,4
Prednisolonäquivalent 2,5 – 7,5 mg/Tag > 3Monate	2,3
Prednisolonäquivalent > 7,5 mg/Tag > 3Monate	4,0
Prednisolonäquivalent ab 7,5 mg/Tag, neu im letzten Jahr (1-Jahres RR)	4,9
Aus dieser Gruppe kann maximal ein Risikofaktor einbezogen werden	
5. Sturzrisiko assoziierte Risikofaktoren/Geriatrie	
>1 Sturz im letzten Jahr (1-Jahres Risiko RR)	2,0
1 Sturz im letzten Jahr	1,6
Chronische Hyponatriämie	1,4
Depression/ Antidepressiva	1,3
Epilepsie	1,2
Immobilität (angewiesen sein auf eine Gehhilfe)	1,7
M. Alzheimer/Demenz	1,6
M. Parkinson	1,7
Multiple Sklerose	2,1
Opioide	1,4
Schlaganfall	1,6
Timed up and Go Test > 12 Sek.	1,8
6. Endokrinologie	
Diabetes mellitus Typ I	2,5
Diabetes mellitus Typ II seit 5-10 Jahren	1,1
Diabetes mellitus Typ II seit > 10 Jahren	1,6
Primärer Hyperparathyreoidismus	2,2
TSH 0,1-0,45 mU/l	1,2
TSH <0,1 mU/l	1,2
7. Weitere Erkrankungen/Medikationen	
Chronische Herzinsuffizienz	1,5
MGUS	2,0
Niereninsuffizienz CKD 3a, 3b, 4	1,6
Protonenpumpenhemmer > 3 Monate	1,4
8. TBS	

TBS Z-Score: -1,0 SD	1,3
TBS Z-Score: -1,5 SD	1,4
TBS Z-Score: -2,0 SD	1,6
TBS Z-Score: -2,5 SD	1,8

Zudem soll weiterhin eine osteoporosespezifische Therapie bei Vorliegen von osteoporosebedingten Fragilitätsfrakturen empfohlen werden.

Zu Nummer 1.4.1.3 Körperliches Training und Sturzprophylaxe

Im allgemein erklärenden Satz, was von körperlicher Aktivität umfasst ist, wurde der Klammerzusatz mit der beispielhaften Nennung des Funktionstrainings und Rehabilitationssports als Beispiele für körperliches Training in Form von Sport gestrichen, da auch andere Settings zur Durchführung in Frage kommen.

Das Wort „Besserung“ wurde durch den Begriff „Steigerung“ hinsichtlich der Auswirkungen von körperlichem Training auf die Belastbarkeit präzisiert.

Das Funktionstraining wird nun vor dem Rehabilitationssport als in erster Linie geeignete Maßnahme genannt, um den Stellenwert des Funktionstrainings beim Krankheitsbild Osteoporose zu verdeutlichen.

Gemäß Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [2] fördert Funktionstraining umfassend die funktionale Gesundheit insbesondere von Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

Rehabilitationssport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern. Funktionstraining und Rehabilitationssport erfolgt in Gruppen unter fachkundiger Anleitung [2].

Im Rahmen von Funktionstraining werden bei Osteoporose spezifische Übungen zum Erhalt von Funktionen der Muskulatur, der Knochen, der Gelenke und des gesamten Skelettsystems erlernt. Am Ende der Übungsveranstaltungen sollen die Patientinnen und Patienten befähigt sein, selbstständig individuell weiter zu trainieren. Funktionstraining zielt damit auch auf die Hilfe zur Selbsthilfe [2].

Auch bei teilweise immobilisierten Patientinnen und Patienten z. B. aufgrund von Schmerzen kann Wassergymnastik indiziert sein, da es u. a. die Gelenke schont und die Wärme die Muskeln entspannt.

Im letzten Satz dieses Kapitels wurde eine sprachliche Präzisierung vorgenommen.

Zu Nummer 1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittel

Auf Grundlage der IQWiG-Leitlinien-Synopse wurde die Empfehlung der DVO-Leitlinie 2023 [6] ergänzt, welche vorsieht, dass nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen soll.

Zu Nummer 1.4.2 Medikamentöse Therapie

Es wurde klargestellt, dass bei der Verordnung einer osteoporosespezifischen Therapie die Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 1.4.2.1 Spezifische Therapie

Die genannten spezifischen medikamentösen Therapieoptionen berücksichtigen den bei Beschlussfassung aktuellen Zulassungsstatus in Deutschland und wurden auf die Benennung von Substanzklassen und Wirkstoffen begrenzt, da bereits unter 1.4.2 Medikamentöse Therapie ausreichend adressiert ist, dass Zulassungsbeschränkungen und geschlechter-spezifische Anforderungen zu beachten sind. Für einige der genannten Präparate bestehen zu beachtende Zulassungsbeschränkungen, die den Fachinformationen zu entnehmen sind.

Bei den, für die spezifische medikamentöse Therapie zur Verfügung stehenden antiresorptiv und osteoanabol wirksamen Therapeutika, wurden die osteoanabol wirksamen Therapeutika Abaloparatid und Romosozumab ergänzt.

Tabelle 5: Spezifische medikamentöse Therapie

Antiresorptive Therapie	
Bisphosphonate	Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat
Denosumab (monoklonaler RANK-Ligand-Antikörper)	
selektiver Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen	
Osteoanabole Therapie	
Teriparatid (rH-Parathormon 1-34)	
Abaloparatid (PTH1R-Aktivator)	
Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper)	

Die DVO-Leitlinie gibt Empfehlungen hinsichtlich der Wahl der medikamentösen Therapie zur möglichen Frakturrisikoreduktion aufgrund von vorliegender Evidenz. Für die Reduktion von Wirbelkörperfrakturen besteht eine starke Empfehlung für Alendronat, Bazedoxifen, Denosumab, Ibandronat, Östrogene, Raloxifen, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat.

Für die Reduktion von peripheren Frakturen besteht eine starke Empfehlung für Alendronat, Denosumab, Östrogene, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat. Für Bazedoxifen und Ibandronat wird eine Empfehlung gegeben. Zur Reduktion von peripheren Frakturen wird keine Empfehlung für Raloxifen gegeben.

Für die Reduktion von proximalen Femurfrakturen wird eine starke Empfehlung für Alendronat, Denosumab, Östrogene, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat gegeben. Keine Empfehlung wird für Bazedoxifen, Ibandronat und Raloxifen für die Reduktion von proximalen Femurfrakturen gegeben.

Für die Behandlung bei der postmenopausalen Frau mit manifester Osteoporose mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko steht Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper) zur Verfügung. Die ARCH-Studie hat gezeigt, dass unter Romosozumab für 12 Monate und anschließend Alendronsäure für 12 Monate im Vergleich zu Alendronat 24 Monate signifikant weniger neue vertebrale Frakturen, neue klinische Frakturen, Hüftfrakturen und nicht-vertebrale Frakturen auftraten [17].

Drei der vom IQWiG bewerteten internationalen Leitlinien empfehlen Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper) für postmenopausale Patientinnen mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko zu erwägen [6, 15, 16]. Es liegt ein Beschluss des G-BA zum Wirkstoff Romosozumab vom 03.09.2020 vor [10].

Für die Behandlung der postmenopausalen Frau mit Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko steht Abaloparatid (Parathormon-Rezeptor-Agonist) seit 2022 zur Verfügung. In der ACTIVE-Studie verringerte Abaloparatid nach 18 Monaten das absolute Risiko neuer Wirbelfrakturen bei postmenopausalen Patientinnen mit Osteoporose im Vergleich zu Placebo signifikant.

Drei der vom IQWiG bewerteten internationalen Leitlinien empfehlen Abaloparatid für postmenopausale Patientinnen mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko [1, 12, 19]. Es liegen Beschlüsse des G-BA zum Wirkstoff Abaloparatid vom 02.10.2024 und 16.01.2025 vor [8, 9].

Aufgrund der ergänzten Empfehlung zur medikamentösen Therapie um Romosozumab und Abaloparatid muss eine Anpassung der Operationalisierung des Qualitätszieles „Anteil an Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer“ erfolgen.

Zu Nummer 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie

Die Zulassung beschränkt eine Behandlungsdauer mit Romosozumab auf 12 Monate. Die Empfehlung, nach Beendigung einer Romosozumab-Therapie eine antiresorptive Therapie anzuschließen, basiert auf internationalen Empfehlungen [12, 15, 18, 19].

Im Rahmen der FRAME-Studie wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Romosozumab (12 Monate) gefolgt von Denosumab (24 Monate) im Vergleich zu Placebo (12 Monate) gefolgt von Denosumab (24 Monate) untersucht. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Romosozumab die Inzidenz neuer Wirbelbrüche um 75 % nach 24 Monaten und um 66 % nach 36 Monaten im Vergleich zur Placebo-Gruppe signifikant reduzierte. Über einen Zeitraum von 36 Monaten hatte die Romosozumab-Gruppe ein um 27 % geringeres Risiko für klinische Frakturen und ein um 21 % geringeres Risiko für nicht-vertebrale Frakturen im Vergleich zur Placebo-Gruppe [4].

Die ARCH-Studie ist eine Phase-3-Studie „head to head“, die die Wirksamkeit von Romosozumab (12 Monate) gefolgt von Alendronat (24 Monate) (zusammen 36 Monate) im Vergleich zu Alendronat allein (36 Monate) untersuchte [17].

Die Studie ergab, dass die Romosozumab-Gruppe ein um 48 % geringeres Risiko für neue Wirbelbrüche und ein um 75 % geringeres Risiko für neue oder sich verschlechternde Wirbelbrüche im Vergleich zur Alendronat-Gruppe aufwies.

Nach 33 Monaten (im median) wies die Romosozumab-Gruppe ein um 27 % geringeres Risiko für klinische Frakturen und ein um 19 % geringeres Risiko auf. Für nicht-vertebrale Frakturen und ein um 38 % geringeres Risiko für Hüftfrakturen im Vergleich zur Alendronat-Gruppe.

Sicherheit: Die häufigsten unerwünschten Ereignisse (AEs) wurden in der Romosozumab-Gruppe als Osteoarthritis und Überempfindlichkeit dokumentiert. Die Inzidenz von AEs über 12, 24 und 36 Monate ist in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

In der Conclusio sind beide Phase 3 Studien zu Romosozumab über ca. 36 Monate gelaufen, jeweils mit 12 Monaten Romosozumab und 24 Monaten entweder Denosumab oder Alendronat. Die Überlegenheit zu Placebo und Alendronat sind immer über einen Zeitraum von 36 Monaten belegt. Auch die Sicherheitsanalysen wurden über den gesamten Zeitraum von 36 Monaten durchgeführt und so in den Publikationen beschrieben.

Nach Abschluss der Therapie mit Romosozumab ist die Umstellung auf eine antiresorptive Therapie angebracht, um den mit Romosozumab erzielten Nutzen über 12 Monate hinaus zu erhalten.

Die Zulassung beschränkt eine Behandlungsdauer mit Abaloparatid auf 18 Monate. Die Empfehlung, nach Beendigung einer Abaloparatid-Therapie eine anti-resorptive Therapie anzuschließen, basiert auf internationalen Empfehlungen [12, 19].

Im Rahmen der ACTIVE-Studie [14] wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid und Placebo verglichen, gefolgt von der sich anschließenden Studie ACTIVEExtend mit einer Anschlusstherapie mit Alendronsäure für 24 Monate [13].

Die ACTIVE-Studie ist eine 18 monatige Phase-3-Studie, die die Sicherheit und Wirksamkeit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid und Placebo verglich [14]. In der sich anschließenden Phase-3-Studie ACTIVEExtend wurde für den Abaloparatid- und Placebo Arm eine Anschlusstherapie mit Alendronsäure für 24 Monate untersucht [13].

Die Ergebnisse der ACTIVE-Studie zeigen, dass Abaloparatid das Risiko für Wirbelkörperfrakturen im Vergleich zur Placebo-Gruppe signifikant reduzierte. Die Frakturrate verminderte sich um 86 Prozent [14]. Die ACTIVEExtend-Studie ergab, dass die Abaloparatid/Alendronsäure -Gruppe ein um 84 % geringeres Risiko für Wirbelkörperfrakturen aufwies im Vergleich zur Placebo/Alendronsäure -Gruppe [13].

Nach Abschluss der Therapie mit Abaloparatid ist die Umstellung auf eine anti-resorptive Therapie angebracht, um den mit Abaloparatid erzielten Nutzen über 18 Monate hinaus zu erhalten [13].

Sicherheit: Bei der Behandlung mit Abaloparatid wurde eine vorübergehende Erhöhung der Herzfrequenz und eine geringe Blutdrucksenkungen beobachtet, ohne dass das Risiko schwerer kardialer Nebenwirkungen, MACE oder Herzinsuffizienz erhöht war [5].

Aufgrund der ergänzten Empfehlung zur Dauer der medikamentösen Therapie um Romosozumab und Abaloparatid muss eine Anpassung der Operationalisierung des Qualitätszieles „Anteil der Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben“ erfolgen.

Zu Nummer 1.4.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Es erfolgte zur Klarstellung eine Anpassung des Satzes zur strukturierten Erfassung der Medikation mit Hinweis auf den Medikationsplan nach § 31a SGB V.

Zu Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Für die Rolle der koordinierenden Ärztin und des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose sind grundsätzlich Hausärztinnen und Hausärzte geeignet. Die Koordination kann auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie erfolgen, sofern keine Multimorbidität vorliegt. Weitere Zusatzqualifikationen sind für diese Fachärztinnen oder Fachärzte nicht erforderlich.

Der Teilsatz mit Bezug auf das Vorliegen der ausschließlich systemischen Skeletterkrankung Osteoporose ist redundant und wurde daher gestrichen.

In Ausnahmefällen kann die Koordination auch durch zugelassene oder ermächtigte qualifizierte

- Fachärztinnen oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder
- Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie

oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung

teilnimmt, erfolgen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist. Dies soll gewährleisten, dass eine langjährige Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auch bei Teilnahme am DMP kontinuierlich weitergeführt werden.

Die Aufnahme der für die Koordination in Ausnahmefällen in Frage kommenden Facharztgruppen (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Rheumatologie) erfolgt zur Klarstellung und mit der Begründung, dass das Krankheitsbild Osteoporose gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 spezifischer Inhalt der Facharzt-Weiterbildung in den drei genannten Facharztgruppen ist [3]. Weitere Zusatzqualifikationen sind für diese Fachärztinnen und Fachärzte deshalb nicht erforderlich.

Ferner kann in Ausnahmefällen die Koordination stattdessen durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt (z.B. für Innere Medizin, für Physikalische und Rehabilitative Medizin) erfolgen, wenn diese oder dieser neben der fachärztlichen Weiterbildung den Nachweis einer osteologischen Zusatzqualifikation erbringt. Diese zusätzliche Qualifikation wird gefordert, weil das Krankheitsbild Osteoporose gemäß der (Muster)Weiterbildungsordnung 2018 kein spezifischer Inhalt der jeweiligen fachärztlichen Weiterbildung ist. Vom Vorliegen einer solchen osteologischen Zusatzqualifikation ist auszugehen, wenn die Fachärztin bzw. der Facharzt das Zertifikat „Osteologin DVO / Osteologe DVO“ des Dachverbandes Osteologie (DVO) erworben hat oder eine dem Zertifikat gleichwertige Qualifikation nach Maßgabe der unter Nummer 1.6.1 beschlossenen Vorgaben nachweisen kann [7]. Der Nachweis über die osteologische Zusatzqualifikation muss bei der Antragstellung zur Teilnahme am DMP Osteoporose erbracht werden.

Die Regelung für die Koordination in Ausnahmefällen gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist. Dies soll gewährleisten, dass eine langjährige Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auch bei Teilnahme am DMP kontinuierlich weitergeführt werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist für alle vorgenannten Facharztgruppen sichergestellt, dass eine relevante inhaltliche Nähe zur Indikation sowie zur Kompetenz der (medikamentösen) Therapie der Osteoporose besteht. Ebenfalls ist durch die genannten Facharztgruppen eine Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose im Sinne einer durchgängigen, mehrjährigen Betreuung sowie Dokumentation und Koordination gewährleistet.

Gemäß § 1 Absatz 5 richten sich die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen nach der Muster- Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Leistungserbringer, die vor dem Tag des Inkrafttretens dieses Beschlusses Ihre Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose erklärt haben, können unabhängig von den neu getroffenen Regelungen weiterhin am jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen.

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Für das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten“ muss eine Anpassung der Operationalisierung an die um Romosozumab und Abaloparatid ergänzte Empfehlung zur medikamentösen Therapie unter Nummer 1.4.2.1 erfolgen.

Bei der Berechnung dieses Qualitätsziel werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen. Erhalten Teilnehmerinnen eine Hormonersatztherapie werden diese Teilnehmerinnen in diesem Indikator nicht berücksichtigt. Als „gute Qualität“ werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewertet, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie mit einem Bisphosphonat, Denosumab, Raloxifen, Teriparatid, Abaloparatid oder Romosozumab erhalten. Diejenigen, die keine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, werden als „schlechte Qualität“ gewertet.

Basierend auf einem Expertenkonsens und orientierend an Zielwertvorgaben zur Verordnung von medikamentösen Therapien sollte der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bei mindestens 80 % liegen.

Für das Qualitätsziel „Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben“ muss eine Anpassung der Operationalisierung an die um Romosozumab und Abaloparatid ergänzte Empfehlung unter Nummer 1.4.3 erfolgen.

Bei der Berechnung des Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer als „gute Qualität“ gewertet, bei denen eine Therapie aktuell andauernd und über drei Jahre hinaus fortgeführt wird oder bei denen eine Therapie nach drei Jahren abgeschlossen wurde. Diejenigen, bei denen eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie vor dem abgeschlossenen 3. Jahr abgebrochen wurde, werden als „schlechte Qualität“ gewertet.

Basierend auf einem Expertenkonsens und orientierend an Zielwertvorgaben sollte der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die osteoporosespezifische medikamentöse Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt wurde, bei mindestens 75 % liegen.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Wegen der vorgenommenen Umformulierung in den Nummer 1.2 und 3.2 wurde eine klarstellende Formulierung für die noch nach den Kriterien des DMP Osteoporose mit Beschlussdatum 16. Januar 2020, Inkrafttreten: 1. Juli 2020 geltenden Einschreibediagnostik eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingefügt. Für Versicherte, die auf Basis der bis zum [Einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach II.] geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Da die Anforderungen an Schulungen in § 4 der Richtlinie übergreifend geregelt sind, sind entsprechende Ausführungen dazu in der Anlage entbehrlich und wurden daher gestrichen.

Zu Anlage 20 Osteoporose - Dokumentation

Der Dokumentationsparameter 9 und die Fußnote 7 wurden an die Ergänzungen unter Nummer 1.4.2.1 und Nummer 1.4.3 angepasst und dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 27. Juni 2024 begann die Arbeitsgruppe AG DMP Osteoporose mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 17 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Mai 2023	UA DMP	Beauftragung der AG DMP Osteoporose mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Osteoporose
06. Mai 2024	IQWiG	Abgabe Abschlussbericht IQWiG Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose
27. Juni 2024	AG	Beginn der Beratungen zur Aktualisierung des DMP Osteoporose
29. August 2024	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe <i>Präsentation zur Vorstellung des IQWiG Abschluss-Berichts</i>
19. November 2024	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. Dezember 2024	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
29. Januar 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Februar 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
19. März 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

23. April 2025	AG	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
27. Mai 2025	AG	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
25. Juni 2025	AG	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
27. August 2025	AG	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
7. Oktober 2025	AG	Abschließende Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
15. Oktober 2025	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
18. November 2025	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
26. November 2025	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
14. Januar 2026	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
21. Januar 2026	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
28. Januar 2026	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
11. März 2026	Unterausschuss DMP	Auswertung Stellungnahmen und Anhörung
16. April 2026	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Prüfverfahren zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der G-BA bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die

jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 12. Juli 2024 erstmals gebeten, digitale medizinische Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose unter Berücksichtigung der im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerfO genannten Kriterien vorzuschlagen. Insgesamt wurden zwei Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose vorgeschlagen (**Anlage 5**).

Der G-BA hat die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen umfassend geprüft und beraten. Die Prüfung der Eignung der vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen ist in **Anlage 6** dokumentiert.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlagen 17 und 18 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 15. Oktober 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 17. Oktober 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. November 2025.

Es wurden 16 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 3**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in fünf Arbeitsgruppensitzungen am 18. November 2025, 26. November 2025, 14. Januar 2026, 21. Januar 2026 sowie am 28. Januar 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. März 2026 durchgeführt (**Anlage 4**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 17. Oktober 2025 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. April 2026 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**. Management of postmenopausal osteoporosis: ACOG clinical practice guideline no. 2. *Obstet Gynecol* 2022;139(4):698-717. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004730>.

2. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).** Rehabilitationssport und Funktionstraining; Rahmenvereinbarung [online]. Stand: 26.11.2021. Frankfurt am Main (GER): BAR; 2022. [Zugriff: 10.07.2025]. (REHA-Vereinbarungen). URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/RVRehasport.web.pdf.
3. **Bundesärztekammer (BÄK).** (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 14.06.2024 [online]. Berlin (GER): BÄK; 2024. [Zugriff: 10.07.2025]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/AusFort-Weiterbildung/Weiterbildung/20240614_MWBO-2018.pdf.
4. **Cosman F, Crittenden DB, Adachi JD, Binkley N, Czerwinski E, Ferrari S, et al.** Romosozumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med 2016;375(16):1532-1543. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1607948>.
5. **Cosman F, Peterson LR, Towler DA, Mitlak B, Wang Y, Cummings SR.** Cardiovascular safety of abaloparatide in postmenopausal women with osteoporosis: analysis from the ACTIVE phase 3 trial. J Clin Endocrinol Metab 2020;105(11):3384-3395. <https://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgaa450>.
6. **Dachverband der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften (DVO).** Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr; Langfassung V 2.1 [online]. AWMF-Registernummer: 183-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-11.pdf.
7. **Dachverband Osteologie (DVO).** Zertifizierung Osteologin DVO/Osteologe DVO [online]. Essen (GER): DVO; 2025. [Zugriff: 09.02.2026]. URL: https://dv-osteologie.org/uploads/zertifizierung/Vorlagen%20ab%2001-2025/OsteologIn_Zertifizierung_Bestimmungen,%2008-2025.pdf.
8. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Abaloparatid (Osteoporose, postmenopausale Frauen) vom 2. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2024. [Zugriff: 16.03.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6838/2024-10-02_AM-RL-XII_Abaloparatid_D-1053_BAnz.pdf.
9. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Abaloparatid (Osteoporose, postmenopausale Frauen) vom 16. Januar 2025 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 16.03.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7016/2025-01-16_AM-RL-XII_Abaloparatid_D-1053_Geltungsdauer_BAnz.pdf.

10. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Romosozumab (Osteoporose, postmenopausale Frauen) vom 3. September 2020 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2020. [Zugriff: 16.03.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4441/2020-09-03_AM-RL-XII_Romosozumab_D-516_BAnz.pdf.
11. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose; Abschlussbericht, Auftrag V23-03 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 15.05.2024]. (IQWiG-Berichte; Band 1777). URL: <https://www.iqwig.de/projekte/v23-03.html>.
12. **Khan AA, Alrob HA, Ali DS, Dandurand K, Wolfman W, Fortier M.** Guideline no. 422g: menopause and osteoporosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2022;44(5):527-536.e525. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2021.09.013>.
13. **Leder BZ, Zapalowski C, Hu MY, Hattersley G, Lane NE, Singer AJ, et al.** Fracture and bone mineral density response by baseline risk in patients treated with abaloparatide followed by alendronate: results from the phase 3 ACTIVEExtend trial. J Bone Miner Res 2019;34(12):2213-2219. <https://dx.doi.org/10.1002/jbmr.3848>.
14. **Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, Williams GC, Lau E, Russo LA, et al.** Effect of abaloparatide vs placebo on new vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized clinical trial. JAMA 2016;316(7):722-733. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.11136>.
15. **National Osteoporosis Guideline Group UK (NOGG).** Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis [online]. NOGG; 2021. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: <https://www.nogg.org.uk/sites/nogg/download/NOGG-Guideline-2021-g.pdf>.
16. **Qaseem A, Hicks LA, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Shamliyan T, Cooney TG, Clinical Guidelines Committee of the American College of P, et al.** Pharmacologic treatment of primary osteoporosis or low bone mass to prevent fractures in adults: a living clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2023;176(2):224-238. <https://dx.doi.org/10.7326/M22-1034>.
17. **Saag KG, Petersen J, Brandi ML, Karaplis AC, Lorentzon M, Thomas T, et al.** Romosozumab or alendronate for fracture prevention in women with osteoporosis. N Engl J Med 2017;377(15):1417-1427. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1708322>.
18. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures: a national clinical guideline [online]. Edinburgh (GBR): SIGN; 2021. [Zugriff: 16.04.2025]. (SIGN Publications; Band 142). URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf>.
19. **Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R.** Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Guideline Update. J Clin Endocrinol Metab 2020;105(3). <https://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgaa048>.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 3: Stellungnahmen
- Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung
- Anlage 5: Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose
- Anlage 6: Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

Berlin, den 16. April 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 sowie Abs.8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V
zur X. Änderung der DMP-A-RL:**

**Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -
Dokumentation)**

(Stand: 01.10.2025)

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.
- Deutscher Heilbäderverband e. V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB)
- Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e. V. (BfO)
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Verband Physikalische Therapie e. V.
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V.
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)
- Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)
- Bundesamt für Soziale Sicherung
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die Mitgliedsgesellschaften)
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)
- Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPhG)
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
- Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (EVAA)
- Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)
- GWG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.
- Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V.
- Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V.
- Bundesinnung der Hörakustiker K.d.Ö.R
- Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.
- SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.
- VDPGH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.
- Pharma Deutschland e.V.

- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **XX.** Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):

Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation)

Stand: 17.10.2025

Legende:

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss [ggf. G-BA] hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, ggf. die Anlage/die Kurzbezeichnung der Richtlinie/Regelungen (ggf. Abkürzung) in der Fassung vom T. Monat JJJJ (BAAnz AT TT.MM.JJJJ BX), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlagen 19 und 20 werden durch die folgenden Anlagen 19 und 20 ersetzt:

„Anlage 19 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Osteoporose

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1 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.

1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

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

<p>PatV</p> <p>Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

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) oder
- Vorliegen eines mindestens 5 %igen Frakturrisikos (für Wirbelkörperfrakturen und proximale Femurfrakturen) innerhalb der nächsten drei Jahre berechnet anhand der Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte (ermittelt mittels DXA) oder
- Vorliegen eines mindestens 3 %igen Frakturrisikos (für Wirbelkörperfrakturen und proximale Femurfrakturen) der nächsten drei Jahre berechnet anhand der Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte (ermittelt mittels DXA) bei gleichzeitigem Vorliegen von irreversiblen Risikofaktoren oder eine imminente Frakturrisikoerhöhung

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

Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.3 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.

1.4 Therapeutische Maßnahmen

Patientinnen und 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.

1.4.1 Nichtmedikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

1.4.1.1 Lebensstil

Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:

- regelmäßige körperliche Aktivität,
- Vermeidung von Immobilisation,
- Verzicht auf Rauchen,
- Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums,
- Vermeidung von Untergewicht (BMI unter 20 kg/m²),
- ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr (siehe auch Nummer 1.4.2.2).

1.4.1.2 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).

1.4.1.3 Körperliches Training und Sturzprophylaxe

Die Ärztin oder der Arzt sollen 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.

Körperliches Training führt in der Regel zur Steigerung 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 Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko sollen darüber hinaus 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 (zum Beispiel Treppensteigen, Walking, Jogging, Balancetraining oder Tai-Chi oder Aerobic) erreicht werden.

Sofern erforderlich, soll Funktionstraining (in erster Linie) oder Rehabilitationssport in Gruppen unter fachkundiger Anleitung empfohlen werden. Ein Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe.

Bei ausreichender Sicherheit der Patientin oder des Patienten sollte die Trockengymnastik beispielweise im Rahmen des Funktionstrainings bevorzugt werden. Bei sehr sturzängstlichen oder teilweise immobilisierten Patientinnen und Patienten kann auch Wassergymnastik indiziert sein.

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

Außerdem sollen Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko zur Reduktion von Sturzrisiken beraten werden. Eine regelmäßige Überprüfung des Medikamentenplanes in

Bezug auf die Notwendigkeit der Einnahme von Medikamenten, die zum Sturzrisiko beitragen, soll ebenfalls erfolgen.

1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittelversorgung

Bei Bedarf soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten.

Physiotherapie soll in Betracht gezogen werden, um Patientinnen und Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren. Insbesondere nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen soll schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen.

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

1.4.2 Medikamentöse Therapie

Allen Patientinnen und Patienten soll eine osteoporosespezifische Therapie angeboten werden. Bei geschlechter-spezifischen Anforderungen an die Therapie entscheidet die Ärztin oder der Arzt; bei Menschen mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht unter Berücksichtigung der individuellen Situation nach pflichtgemäßem Ermessen. Es sind zudem der Zulassungsstatus und Kontraindikationen zu beachten.

1.4.2.1 Spezifische Therapie

Für eine osteoporosespezifische Therapie stehen entweder antiresorptive oder osteoanabole Therapien zur Verfügung.

Zu den antiresorptiv wirksamen Therapeutika zählen Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat), Denosumab und der selektive Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen. Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid und Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper).

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, Abaloparatid, Romosozumab 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-, peripheren 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-, peripheren und Hüftfrakturen nachgewiesen worden.

Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörperfrakturen nachgewiesen worden.

Für Romosozumab ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, peripheren und Hüftfrakturen 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 Patientinnen und 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.

1.4.2.2 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.

1.4.3 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 Ausgangsknochenichte, 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 anti-resorptive Therapie empfohlen, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Therapie mit Teriparatid ist auf 24 Monate begrenzt.

Wird die knochenanabole Therapie mit Abaloparatid beendet, wird anschließend eine anti-resorptive Therapie empfohlen, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Therapie mit Abaloparatid ist auf 18 Monate begrenzt.

Wird die knochenanabole Therapie mit Romosozumab beendet, wird anschließend eine anti-resorptive Therapie empfohlen, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Therapie mit Romosozumab ist auf 12 Monate begrenzt.

1.4.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Insbesondere bei Patientinnen und 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:

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich, sämtliche von der Patientin oder von dem 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 mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

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

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und 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.

1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung

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 körperlichen Training und dessen Verstetigung 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 (zum Beispiel 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 in Anlage 20 aufgeführten Parameter quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Multimorbidität vorliegt, kann die Langzeitbetreuung nach Satz 1 auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie erfolgen.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist, oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind insbesondere Fachärztinnen oder Fachärzte für

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Innere Medizin und Rheumatologie,

KBV, DKG	GKV-SV
<ul style="list-style-type: none"> - Physikalische und Rehabilitative Medizin, - Innere Medizin. 	<p>.</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin, dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- in besonderen Fällen (vgl. Nummer 1.5) 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.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

1.6.4 Veranlassung einer medizinischen Rehabilitationsleistung

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist bei Vorliegen von Komplikationen oder Folgeerkrankungen der Osteoporose zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

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 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Frakturen	Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Frakturen während der letzten zwölf Monate, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer
2	Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Stürzen oder mit erhöhtem Sturzrisiko: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, denen eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe empfohlen wurde.	Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Stürzen oder mit hohem Sturzrisiko: Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe empfohlen wurde
3	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern die regelmäßig körperliches Training (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe) betreiben	Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig körperliches Training (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe) betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei denen körperliches Training möglich ist
4	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben.
5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten	Anteil an Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer
6	Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Therapie	Anteil der Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie:

	mindestens drei Jahre fortgeführt haben	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben
--	---	---

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 50. Lebensjahr mit Osteoporose können am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe erfüllen.

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum [Einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach II.] geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüfen die Ärztin oder der Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, in der Regel evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.

Alle Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können, sollen Zugang zu einem strukturierten, in der Regel evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten.

5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a) Tod,
- b) Medikation,
- c) Frakturen,
- d) Stürze,

e) Körperliches Training.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-A -RL ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem ersten Tag des der frühesten Zulassung eines DMP Osteoporose folgenden Quartals.

Anlage 20 Osteoporose – Dokumentation

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese und Befunddaten		
1	Osteoporosebedingte Fraktur in den letzten zwölf Monaten ¹	Ja / Nein
2	Neu aufgetretene osteoporosebedingte Fraktur seit der letzten Dokumentation ²	Ja / Nein
3	Lokalisation der osteoporosebedingten Fraktur ³	Proximale Femurfraktur / Singuläre Wirbelkörperfraktur / Multiple Wirbelkörperfrakturen / Beckenfraktur / Humerusfraktur / Radiusfraktur / Andere
4	Stürze in den letzten sechs Monaten ¹	Anzahl
5	Stürze seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Sonstige Befunde und nichtmedikamentöse Behandlung		
6	Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko	Ja / Nein
7	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit erhöhtem Sturzrisiko oder Stürzen: Sturzprophylaxemaßnahme empfohlen ⁴	Ja / Nein
8	Regelmäßiges körperliches Training ⁵	Ja / Nein / Nicht möglich
Medikamentöse Behandlung		
9	Aktuelle osteoporosespezifische Medikation	Bisphosphonate / Denosumab / Raloxifen / Teriparatid / Abaloparatid / Romosozumab / Keine osteoporosespezifische Medikation / Patientin mit Hormonersatztherapie ⁶
10	Dauer der osteoporosespezifischen Medikation ⁷	Vor dem abgeschlossenen dritten Jahr abgebrochen / Nach drei Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als drei Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über drei Jahre hinaus / Keine osteoporosespezifische Medikation durchgeführt

Schulungen		
11	Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen ¹	Ja / Nein
12	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
13	Empfohlene Schulung wahrgenommen ²	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist nur zu machen, wenn Feld 1 (Osteoporosebedingte Frakturen in den letzten zwölf Monaten) in der Erstdokumentation oder Feld 2 (Neu aufgetretene osteoporosebedingte Fraktur seit der letzten Dokumentation) in der zweiten oder einer folgenden Dokumentation (Folgedokumentation) mit „Ja“ beantwortet wurde.

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sturzprophylaxemaßnahmen sind Maßnahmen zur Förderung der Koordination, der Reaktionsfähigkeit, des Gleichgewichts, der Kraftsteigerung und zur Reduktion der Sturzangst.

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Körperliches Training beinhaltet regelmäßiges sportliches Training, regelmäßiges Krafttraining oder Maßnahmen zur Sturzprophylaxe inklusive Eigenaktivitäten.

⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: 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.

⁷ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Eine spezifische Osteoporosetherapie soll in der Regel mindestens drei Jahre andauern, kann aber auch in Abhängigkeit vom individuellen Frakturrisiko lebenslang notwendig sein. Bei einer Therapie mit Teriparatid, welche auf 24 Monate begrenzt ist, ist auch hier die antiresorptive Anschlussstherapie zu berücksichtigen. Bei einer Therapie mit Abaloparatid, welche auf 18 Monate begrenzt ist, ist auch hier die antiresorptive Anschlussstherapie zu berücksichtigen. Bei einer Therapie mit Romosozumab, welche auf zwölf Monate begrenzt ist, ist auch hier die antiresorptive Anschlussstherapie zu berücksichtigen.

“

II. Der Beschluss tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten Quartals eines Jahres, tritt dieser Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den XX. August 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die **XX.** Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL):

Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage
20 (Osteoporose – Dokumentation)

Vom **T.** Monat **JJJJ**

Stand: 17.10.2025

Legende:

Gelb hinterlegte Passagen: dissente Positionen

Grau hinterlegte Passagen: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Hinweis:

Der Entwurf der Tragenden Gründe wird im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses DMP in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	2
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit.....	17
6.	Literaturverzeichnis.....	17
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	17

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. Zudem prüft der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die Anforderungen der Disease-Management-Programme-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Mit diesem Beschluss werden die am 16. Januar 2020 beschlossenen und als Anlagen 19 und 20 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Osteoporose aktualisiert. Darüber hinaus erfolgten mit diesem Beschluss redaktionelle Anpassungen, die der rechtsförmlichen Ausgestaltung sowie der besseren Lesbarkeit dienen.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose“ des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 6. Mai 2024 [11]. Die folgenden Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu Nummer 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Das DMP Osteoporose bezieht sich weiterhin auf die Gruppe der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Indikation zur medikamentösen spezifischen Osteoporose-Therapie besteht. Auf Grundlage der nationalen „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ erfolgten Anpassungen im Kapitel zu den Diagnostischen Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe für dieses DMP [6].

Die nationale „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ definiert (unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Knochendichte sowie vorliegenden Risikofaktoren) Indikationsschwellenwerte, ab wann eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie [6] angezeigt ist.

<p>PatV</p> <p>Die vom IQWiG in ihrer Synopse [11] inkludierten Leitlinien, deren Gegenstand die Behandlung von Osteoporose ist, haben neben Männern ab 50 Jahren einheitlich als Zielgruppe auch postmenopausale Frauen angegeben [1,6,16,17,20]. Da der Beginn der Menopause individuell verschieden ist und durch Faktoren wie Rauchen oder das Vorliegen von chronischen Erkrankungen beeinflusst wird und damit bei einigen Frauen deutlich vor dem 50. Lebensjahr eintritt [9], können auch postmenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr in das DMP Osteoporose eingeschrieben werden, wenn sie bzgl. der Osteoporose medikamentös behandlungsbedürftig sind. Dabei ist es unerheblich, ob die Amenorrhoe durch einen medizinischen Eingriff verursacht wurde (zum Beispiel Ovariectomie, Chemotherapie bei Tumorerkrankungen) oder die Ursachen ungeklärt sind (zum Beispiel vorzeitige ovarielle Erschöpfung (POI)).</p> <p>Das Risiko eine Osteoporose zu erleiden, ist bei Patientinnen und Patienten unter Pharmakotherapie mit Wirkung auf die Knochensubstanz besonders erhöht. Bei Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen werden in der S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen insbesondere die Aromatasehemmer-Therapie und die Androgen-Deprivations-Therapie erwähnt [14]. Gemäß DVO Leitlinie und NOGG 2021 sollte Frauen mit Beginn einer Aromatasehemmer-Therapie eine osteologische Basisdiagnostik empfohlen werden [6,17]. Gemäß NOGG 2021 sollte auch Männer mit Prostatakarzinom unter androgener Deprivationstherapie eine Frakturrisikobestimmung angeboten werden. Die Osteoporose kann auch eine schwerwiegende Folge der antineoplastischen Therapie sein [8].</p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen eine längerfristige hochdosierte Therapie mit Glukokortikoiden indiziert ist, haben ebenfalls ein erhöhtes Frakturrisiko. Die Glukokortikoid-induzierte Osteoporose (GIOP) ist die wichtigste Osteoporoseform, die unabhängig von Alter und Geschlecht auftritt. So wird beispielsweise für Erwachsene mit mindestens 3 monatiger Glukokortikoidtherapie (≥ 2.5 mg/Tag) eine starke Empfehlung zur Frakturrisikobestimmung in der American College of Rheumatology Guideline ausgesprochen [10].</p> <p>Aus diesen Gründen können Patientinnen und Patienten, die eine Pharmakotherapie erhalten beziehungsweise erhalten haben, die zu einer therapieassoziierten Osteoporose geführt hat, ebenfalls in das Programm eingeschrieben werden, auch vor dem 50. Lebensjahr.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---

Für die Ermittlung des Indikationsschwellenwertes werden die entsprechenden Tabellen zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos herangezogen (Tabelle 2a, 2b, 3a und 3b). In den Tabellen zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos wird in der linken Spalte das Alter der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Falls vorhanden, wird in der oberen Zeile der T-Score (T-Wert der Knochendichte) ermittelt mittels DXA-Messung berücksichtigt.

Hinweis: In den Tabellen 2a, 2b, 3a und 3b wird das Alter der Patientinnen und Patienten in 5-Jahresschritten und das Ergebnis der Knochendichte am Gesamtfemur als T-Score) in 0,5 - Schritten angegeben. Sofern das Alter oder der T-Score zwischen den angegebenen Stufen liegen, kann hier interpoliert werden. Eine gewisse Ungenauigkeit des Ergebnisses muss beachtet werden. Es empfiehlt sich in solchen Fällen eine Bestimmung der Therapieschwelle sowohl mit dem jeweils darunter als auch dem darüber liegenden Wert, um das Risiko der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten individuell einschätzen zu können.

Eine Bestimmung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ist auch ohne Vorliegen einer Knochendichtemessung mit der Spalte „Ohne BMD“ möglich. Dabei wird nur das Geschlecht, das Alter und das Vorliegen von Risikofaktoren berücksichtigt.

Für den Indikationsschwellenwert zu einer osteoporosespezifischen medikamentösen Therapie gilt: Für

Folgedissens zu 1.2	
PatV Männer ab dem 50. Lebensjahr und postmenopausale Frauen sollte eine	GKV-SV, KBV, DKG Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr sollte eine

spezifische medikamentöse Therapie ab einem 3 Jahres-Frakturrisiko von größer gleich 3 % für Schenkelhals- und Wirbelkörperfrakturen (ermittelt mit den Tabellen 2a und 2b) nur in Betracht gezogen werden, wenn außerdem starke oder irreversible Risikofaktoren vorliegen oder ein sehr hohes Risiko einer unmittelbar bevorstehenden Fraktur (siehe Tabelle 1 „imminent fracture risk/ imminente Frakturrisikoerhöhung“) besteht.

Tabelle 1: „imminent fracture risk/ imminente Frakturrisikoerhöhung“ (eigene Darstellung - modifiziert nach „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der OSTEOPOROSE bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ DVO 2023, Langfassung)

Imminente Frakturrisikoerhöhung besteht bei:	
Sturzrisiko assoziierte Risikofaktoren/ Geriatrie	>1 Sturz in den vergangenen 12 Monaten (1 - Jahres RR)
Rheumatologie und Glukokortikoide	Dosis > 7,5 mg Prednisolonäquivalent/Tag begonnen oder erhöht im letzten Jahr (1-JahresRR)
Wirbelfrakturen	Wirbelkörperfraktur (en) im letzten Jahr
Hüft- und andere Frakturen	Hüftfraktur im letzten Jahr (1-Jahres Risiko)

Die Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos erfolgt anhand der folgenden Tabellen 2a für Frauen und 2b für Männer.

Tabelle 2a: Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Frauen:

Faktor Indikatio- ns- schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Frauen										
Faktor, um 3% Schwelle zu erreichen										
50	13	13	9	7	5	4	3	2,1	1,5	
55	8	8	6	5	3,5	2,6	1,9	1,4		
60	5	6	4	3	2,4	1,8	1,3			
65	3	4	3	2,3	1,7	1,2				
70	1,7	3	2,2	1,6	1,2					
75	1,1	2,3	1,7	1,2						
80		1,8	1,3							
85		1,5	1,1							
90		1,2								
3% Schwelle erreicht			5% Schwelle erreicht				10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung
 BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Tabelle 2b: Abschätzung der Höhe des 3 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Männer:

Faktor Indikatio- ns- schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Männer										
Faktor, um 3% Schwelle zu erreichen										
50	12	10	7	5	3,4	2,3	1,6	1,1		
55	9	8	5	3,7	2,5	1,7	1,2			
60	6	6	4	2,8	1,9	1,3				
65	5	5	3	2,2	1,5					
70	3	4	2,5	1,7	1,1					
75	2,4	3	2	1,4						
80	1,6	2,4	1,6	1,1						
85		2	1,3							
90		1,4	1							
3% Schwelle erreicht			5% Schwelle erreicht				10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung
 BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Folgedissens zu 1.2	
PatV Männern ab dem 50. Lebensjahr und postmenopausale Frauen	GKV-SV, KBV, DKG Frauen und Männern ab dem 50. Lebensjahr

soll eine spezifische medikamentöse Therapie empfohlen werden ab einem 3 Jahres-Frakturrisiko von größer gleich 5 % für Schenkelhals- und Wirbelkörperfrakturen (ermittelt mit Tabellen 3a und 3b „Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos“ des DVO-Risikomodell).

Die Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos erfolgt anhand der folgenden Tabellen 3a für Frauen und 3b für Männer.

Tabelle 3a: Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Frauen:

Faktor Indikations-schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Frauen	Faktor, um 5% Schwelle zu erreichen									
50	22	21	16	12	9	6	5	3,5	2,5	2
55	13	14	10	8	6	4	3	2,3	1,7	
60	8	10	7	5	4	3	2,2	1,6		
65	5	7	5	4	3	2,1	1,5			
70	2,8	5	4	2,7	2,0	1,5	1,1			
75	1,8	4	3	2,1	1,5	1,1				
80	1,1	3	2,2	1,6	1,2					
85		2,4	1,8	1,3						
90		2	1,4							
	5% Schwelle erreicht						10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung
 BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Tabelle 3b: Abschätzung der Höhe des 5 %igen 3 Jahres-Frakturrisikos für Männer:

Faktor Indikations-schwelle	Ohne BMD	T 0.0	T -0.5	T -1.0	T -1.5	T -2.0	T -2.5	T -3.0	T -3.5	T -4.0
Männer	Faktor, um 5% Schwelle zu erreichen									
50	19	17	12	8	6	4	2,6	1,8		
55	14	13	9	6	4	2,9	2			
60	11	10	7	5	3,2	2,2	1,5			
65	8	8	5	3,6	2,4	1,6				
70	6	6	4	2,8	1,9	1,3				
75	4	5	3,4	2,3	1,5					
80	2,7	4	2,7	1,8	1,2					
85	1,6	3,3	2,1	1,4						
90		2,4	1,5							
	5% Schwelle erreicht						10% Schwelle erreicht			

T= T-Score/T-Wert ermittelt durch Knochendichtemessung bzw. DXA-Messung
 BMD= Bone Mineral Density/ dt: Knochenmineraldichte

Ist der Indikationsschwellenwert für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung von Alter und T-Score (sofern bekannt) (ermittelt mit den vorstehenden Tabellen 2a,2b,3a,3b) noch nicht erreicht, können zusätzlich maximal zwei, bei den Patientinnen und Patienten vorliegende Risikofaktoren für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden. Die Risikofaktoren, die für die Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos berücksichtigt werden können, sind in Tabelle Nr. 4 „Frakturrisikokonstellationsbestimmung anhand der Übersicht der Risikofaktoren“ aufgeführt.

Da maximal zwei Risikofaktoren für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden dürfen, sollen nur die zwei Risikofaktoren mit dem höchsten Wert des Risikogradienten einbezogen werden.

Bei dem Einbezug der Risikofaktoren ist außerdem zu beachten, dass aus den Gruppen 1 bis 3 der Tabelle 4, d.h. der Gruppe der „1. Sturzrisikoassoziierten“ Risikofaktoren, der Gruppe „2. Orale Glukokortikoide und Rheumatoide Arthritis“ und der Gruppe „3. Wirbelfrakturen“ nur je **ein** Risikofaktor berücksichtigt werden darf (grau gefärbte Zeilen Tabelle Nr.4). Wurde aus der Gruppe der „1. Sturzrisikoassoziierten“ Risikofaktoren, der Gruppe „2. Orale Glukokortikoide und Rheumatoide Arthritis“ oder der Gruppe „3. Wirbelkörperfrakturen“ bereits der erste Risikofaktor für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt und soll ein zweiter Risikofaktor einbezogen werden, muss dieser zweite Risikofaktor aus einer jeweils anderen Gruppe stammen.

Aus den Gruppen 4 bis 9 (d.h. der Gruppe „4. Rheumatologie und Glukokortikoide“, der Gruppe „5. Hüft- und andere Frakturen“, der Gruppe „6. Allgemeine Risikofaktoren“, der Gruppe „7. Endokrinologie, der Gruppe „8. Weitere Erkrankungen/ Medikationen“ und der Gruppe „9. TBS (Trabecular bone score)“) können **zwei** Risikofaktoren derselben Gruppe für die Ermittlung der Therapieschwelle berücksichtigt werden.

Um die entsprechende Therapieschwelle zu erreichen, muss der Wert zum Erreichen der Therapieschwelle ermittelt mit den Tabellen 2a, 2b, 3a und 3b erreicht oder überschritten werden. Dies erfolgt durch Berücksichtigung eines Faktors eines Risikogradienten oder des Produktes aus den Faktoren von zwei einbezogenen Risikofaktoren. Liegt der Faktor des Risikogradienten des ersten Risikofaktors (bestimmt anhand der Tabelle 4) unter dem Wert, der mit der Tabelle zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ermittelt wurde, so kann ein zweiter Risikofaktor berücksichtigt werden. Dabei wird der Faktor des zweiten Risikofaktors mit dem Faktor des ersten Risikofaktors multipliziert. Erreicht das Produkt der Risikogradienten den Wert oder liegt über dem Wert, der mit der Tabelle zur Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos ermittelt wurde, ist die entsprechende Therapieschwelle erreicht.

Beispiel zur Bestimmung der Therapieschwelle:

Beispiel 1: Bei eine 75-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur liegt auch ohne weitere Risikofaktorengemäß der Tabelle 2a und 3a ein Frakturrisiko von mindestens 5 %/3 Jahre vor. Somit besteht die Indikation für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie.

Beispiel 2: Bei einer 70-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur liegt bereits ein Frakturrisiko von mindestens 3 %/3 Jahre vor. Risikofaktoren hinsichtlich einer imminents Frakturrisikoerhöhung bestehen nicht. Da bei der Patientin ein Diabetes Mellitus Typ 1 bekannt ist, muss dies ebenfalls bei der Abschätzung der Höhe des 3 Jahres-Frakturrisikos einbezogen werden. Der Faktor der Risikofaktors Diabetes mellitus Typ 1 beträgt 2,5. Bei der 70-jährigen Patientin mit einem T-Score von -2,5 SD am Gesamtfemur muss ein Wert von mindestens 1,1 durch Einbezug von Risikofaktoren erreicht werden, um ein mindestens 5 %iges 3 Jahres-Frakturrisiko zu erreichen. Der Faktor des Risikofaktors Diabetes mellitus Typ 1 liegt mit 2,5 über dem Wert von 1,1. Somit besteht die Indikation für eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie.

*****Hier erfolgt die Einfügung einer Tabelle zur Frakturrisikokonstellationsbestimmung**

„TABELLE 4: Frakturrisikokonstellationsbestimmung anhand der Übersicht der Risikofaktoren (eigene Darstellung - modifiziert nach „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der OSTEOPOROSE bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50.Lebensjahr“ DVO 2023, Langfassung, S. 243-244)“ ***

Zudem soll weiterhin eine osteoporosespezifische Therapie bei Vorliegen von osteoporosebedingten Fragilitätsfrakturen empfohlen werden.

Zu Nummer 1.4.1.3 Körperliches Training und Sturzprophylaxe

Im allgemein erklärenden Satz, was von körperlicher Aktivität umfasst ist, wurde der Klammerzusatz mit der beispielhaften Nennung des Funktionstrainings und Rehabilitationssports als Beispiele für körperliches Training in Form von Sport gestrichen, da auch andere Settings zur Durchführung in Frage kommen.

Das Wort „Besserung“ wurde durch den Begriff „Steigerung“ hinsichtlich der Auswirkungen von körperlichem Training auf die Belastbarkeit präzisiert.

Das Funktionstraining wird nun vor dem Rehabilitationssport als in erster Linie geeignete Maßnahme genannt, um den Stellenwert des Funktionstrainings beim Krankheitsbild Osteoporose zu verdeutlichen.

Gemäß Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [2] fördert Funktionstraining umfassend die funktionale Gesundheit insbesondere von Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

Rehabilitationssport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern. Funktionstraining und Rehabilitationssport erfolgt in Gruppen unter fachkundiger Anleitung [2].

Im Rahmen von Funktionstraining werden bei Osteoporose spezifische Übungen zum Erhalt von Funktionen der Muskulatur, der Knochen, der Gelenke und des gesamten Skelettsystems erlernt. Am Ende der Übungsveranstaltungen sollen die Patientinnen und Patienten befähigt sein, selbstständig individuell weiter zu trainieren. Funktionstraining zielt damit auch auf die Hilfe zur Selbsthilfe [2].

[PatV: Nur wenn die Anforderlichkeit für die unter fachkundiger Anleitung von Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport durchgeführten Übungsveranstaltungen nicht mehr gegeben ist (z. B. wenn die Osteoporosepatientin bzw. der Osteoporosepatient entsprechende Fertigkeiten und Kenntnisse bereits besitzt), kommt ein selbstständiges körperliches Training infrage.]

Auch bei teilweise immobilisierten Patientinnen und Patienten z. B. aufgrund von Schmerzen kann Wassergymnastik indiziert sein, da es u.a. die Gelenke schont und die Wärme die Muskeln entspannt.

Im letzten Satz dieses Kapitels wurde eine sprachliche Präzisierung vorgenommen.

Zu Nummer 1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittel

Auf Grundlage der IQWiG-Leitlinien-Synopse wurde die Empfehlung der DVO-Leitlinie 2023 [6] ergänzt, welche vorsieht, dass nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen soll.

Zu Nummer 1.4.2 Medikamentöse Therapie

Es wurde klargestellt, dass bei der Verordnung einer osteoporosespezifischen Therapie die Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 1.4.2.1 Spezifische Therapie

Die genannten spezifischen medikamentösen Therapieoptionen berücksichtigen den bei Beschlussfassung aktuellen Zulassungsstatus in Deutschland und wurden auf die Benennung von Substanzklassen und Wirkstoffen begrenzt, da bereits unter 1.4.2 Medikamentöse Therapie ausreichend adressiert ist, dass Zulassungsbeschränkungen und geschlechter-spezifische Anforderungen zu beachten sind. Für einige der genannten Präparate bestehen zu beachtende Zulassungsbeschränkungen, die den Fachinformationen zu entnehmen sind.

Antiresorptive Therapie	
Bisphosphonate	Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat
Denosumab	
selektiver Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen	
Osteoanabole Therapie	
Teriparatid (rH-Parathormon 1-34)	
Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper)	

Die DVO-Leitlinie gibt Empfehlungen hinsichtlich der Wahl der medikamentösen Therapie zur möglichen Frakturrisikoreduktion aufgrund von vorliegender Evidenz. Für die Reduktion von Wirbelkörperfrakturen besteht eine starke Empfehlung für Alendronat, Bazedoxifen, Denosumab, Ibandronat, Östrogene, Raloxifen, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat.

Für die Reduktion von peripheren Frakturen besteht eine starke Empfehlung für Alendronat, Denosumab, Östrogene, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat. Für Bazedoxifen und Ibandronat wird eine Empfehlung gegeben. Zur Reduktion von peripheren Frakturen wird keine Empfehlung für Raloxifen gegeben.

Für die Reduktion von proximalen Femurfrakturen wird eine starke Empfehlung für Alendronat, Denosumab, Östrogene, Risedronat, Romosozumab, Teriparatid und Zoledronat gegeben. Keine Empfehlung wird für Bazedoxifen, Ibandronat und Raloxifen für die Reduktion von proximalen Femurfrakturen gegeben.

Für die Behandlung bei der postmenopausalen Frau mit manifester Osteoporose mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko steht Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper) zur Verfügung. Die ARCH-Studie hat gezeigt, dass unter Romosozumab für 12 Monate und anschließend Alendronsäure für 12 Monate im Vergleich zu Alendronat 24 Monate signifikant weniger neue vertebrale Frakturen, neue klinische Frakturen, Hüftfrakturen und nicht-vertebrale Frakturen auftraten [19].

Drei der vom IQWiG bewerteten internationalen Leitlinien empfehlen Romosozumab (monoklonale Sklerostin-Antikörper) für postmenopausale Patientinnen mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko zu erwägen [6,17,18].

Für die Behandlung der postmenopausalen Frau mit Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko steht Abaloparatid (Parathormon-Rezeptor-Agonist) seit 2022 zur Verfügung. In der ACTIVE-Studie verringerte Abaloparatid nach 18 Monaten das absolute Risiko neuer Wirbelfrakturen bei postmenopausalen Patientinnen mit Osteoporose im Vergleich zu Placebo signifikant.

Drei der vom IQWiG bewerteten internationalen Leitlinien empfehlen Abaloparatid für postmenopausale Patientinnen mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko [ACOG 2022, ES 2020, SOGC 2022].

Aufgrund der ergänzten Empfehlung zur medikamentösen Therapie um Romosozumab und Abaloparatid muss eine Anpassung der Operationalisierung des Qualitätszieles „Anteil an Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer“ erfolgen.

Zu Nummer 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie

Die Zulassung beschränkt eine Behandlungsdauer mit Romosozumab auf 12 Monate. Die Empfehlung, nach Beendigung einer Romosozumab-Therapie eine antiresorptive Therapie anzuschließen, basiert auf internationalen Empfehlungen [12,17,20,21].

Im Rahmen der FRAME-Studie wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Romosozumab (12 Monate) gefolgt von Denosumab (24 Monate) im Vergleich zu Placebo (12 Monate) gefolgt von Denosumab (24 Monate) untersucht. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Romosozumab die Inzidenz neuer Wirbelbrüche um 75 % nach 24 Monaten und um 66 % nach 36 Monaten im Vergleich zur Placebo-Gruppe signifikant reduzierte. Über einen Zeitraum von 36 Monaten hatte die Romosozumab-Gruppe ein um 27 % geringeres Risiko für klinische Frakturen und ein um 21 % geringeres Risiko für nicht-vertebrale Frakturen im Vergleich zur Placebo-Gruppe [4].

Die ARCH-Studie ist eine Phase-3-Studie „head to head“, die die Wirksamkeit von Romosozumab (12 Monate) gefolgt von Alendronat (24 Monate) (zusammen 36 Monate) im Vergleich zu Alendronat allein (36 Monate) untersuchte [19].

Die Studie ergab, dass die Romosozumab-Gruppe ein um 48 % geringeres Risiko für neue Wirbelbrüche und ein um 75 % geringeres Risiko für neue oder sich verschlechternde Wirbelbrüche im Vergleich zur Alendronat-Gruppe aufwies.

Nach 33 Monaten (im median) wies die Romosozumab-Gruppe ein um 27 % geringeres Risiko für klinische Frakturen und ein um 19 % geringeres Risiko auf. Für nicht-vertebrale Frakturen und ein um 38 % geringeres Risiko für Hüftfrakturen im Vergleich zur Alendronat-Gruppe.

Sicherheit: Die häufigsten unerwünschten Ereignisse (AEs) wurden in der Romosozumab-Gruppe als Osteoarthritis und Überempfindlichkeit dokumentiert. Die Inzidenz von AEs über 12, 24 und 36 Monate ist in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

In der Conclusio sind beide Phase 3 Studien zu Romosozumab über ca. 36 Monate gelaufen, jeweils mit 12 Monaten Romosozumab und 24 Monaten entweder Denosumab oder Alendronat. Die Überlegenheit zu Placebo und Alendronat sind immer über einen Zeitraum von 36 Monaten belegt. Auch die Sicherheitsanalysen wurden über den gesamten Zeitraum von 36 Monaten durchgeführt und so in den Publikationen beschrieben.

Nach Abschluss der Therapie mit Romosozumab ist die Umstellung auf eine antiresorptive Therapie angebracht, um den mit Romosozumab erzielten Nutzen über 12 Monate hinaus zu erhalten.

Die Zulassung beschränkt eine Behandlungsdauer mit Abaloparatid auf 18 Monate. Die Empfehlung, nach Beendigung einer Abaloparatid-Therapie eine antiresorptive Therapie anzuschließen, basiert auf internationalen Empfehlungen [ES 2020, SOGC 2022].

Im Rahmen der ACTIVE-Studie wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid und Placebo verglichen, gefolgt von der sich anschließenden Studie ACTIVEExtend mit einer Anschlusstherapie mit Alendronsäure für 24 Monate.

Die ACTIVE-Studie ist eine 18monatige Phase-3-Studie, die die Sicherheit und Wirksamkeit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid und Placebo verglich. In der sich anschließenden Phase-

3-Studie ACTIVEExtend wurde für den Abaloparatid- und Placebo Arm eine Anschlusstherapie mit Alendronsäure für 24 Monate untersucht.

Die Ergebnisse der ACTIVE-Studie zeigen, dass Abaloparatid das Risiko für Wirbelkörperfrakturen im Vergleich zur Placebo-Gruppe signifikant reduzierte. Die Frakturrate verminderte sich um 86 Prozent [15]. Die ACTIVEExtend-Studie ergab, dass die Abaloparatid/Alendronsäure -Gruppe ein um 84% geringeres Risiko für Wirbelkörperfrakturen aufwies im Vergleich zur Placebo/Alendronsäure -Gruppe [13].

Nach Abschluss der Therapie mit Abaloparatid ist die Umstellung auf eine antiresorptive Therapie angebracht, um den mit Abaloparatid erzielten Nutzen über 18 Monate hinaus zu erhalten [13].

Sicherheit: Bei der Behandlung mit Abaloparatid wurde eine vorübergehende Erhöhung der Herzfrequenz und eine geringe Blutdrucksenkungen beobachtet, ohne dass das Risiko schwerer kardialer Nebenwirkungen, MACE oder Herzinsuffizienz erhöht war [5].

Aufgrund der ergänzten Empfehlung zur Dauer der medikamentösen Therapie um Romosozumab und Abaloparatid muss eine Anpassung der Operationalisierung des Qualitätszieles „Anteil der Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben“ erfolgen.

Zu Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Für die Rolle der koordinierenden Ärztin und des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose sind grundsätzlich Hausärztinnen und Hausärzte geeignet.

Die Koordination kann auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie erfolgen, sofern keine Multimorbidität vorliegt. Der Teilsatz mit Bezug auf das Vorliegen der ausschließlich systemischen Skeletterkrankung Osteoporose ist redundant und wurde daher gestrichen.

<p>KBV, DKG</p> <p>Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist.</p>	<p>GKV-SV,</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

Das Management von Multimorbidität ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, soll die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms grundsätzlich durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen. Die S3-Leitlinie „Multimorbidität“ (2024) der DEGAM [7] definiert Multimorbidität mit dem Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen. Gemäß der Leitlinie ist Multimorbidität assoziiert mit erhöhter Mortalität, vermehrten Krankenhauseinweisungen, funktionalen Einschränkungen, sozialer Isolation und reduzierter Lebensqualität. Für chronische Erkrankungen gilt darüber hinaus die Definition der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“).

In Ausnahmefällen kann die Koordination auch durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt

- für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder
- für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- für Innere Medizin und Rheumatologie

KBV, DKG - für Physikalische und Rehabilitative Medizin - für Innere Medizin	GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	--

oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, erfolgen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist. Dies soll gewährleisten, dass eine langjährige Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auch bei Teilnahme am DMP kontinuierlich weitergeführt werden.

KBV, DKG <p>Durch die Aufnahme und explizite Benennung der für die Koordination in Frage kommenden Facharztgruppen soll vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten für eine Teilnahme am DMP einen Arztwechsel vollziehen müssen, obwohl sie bereits bei einem Facharzt dauerhaft betreut werden. Die genannten Facharztgruppen sind in der Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose im Sinne einer durchgängigen, mehrjährigen Betreuung und Koordination bereits beteiligt. Alle aufgeführten Facharztgruppen, die in Ausnahmefällen für die Koordination und Langzeitbetreuung im DMP Osteoporose in Frage kommen können, sind gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 hinreichend qualifiziert. Weitere zusätzliche Qualifikationen sind für die aufgeführten Facharztgruppen nicht erforderlich, da gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 neben den spezifischen Inhalten der Facharzt-Weiterbildung auch allgemeine Inhalte der Weiterbildung unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung nachzuweisen sind. Die allgemeinen Inhalte der Weiterbildung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung beinhalten den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien, die Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen, die Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen, die interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik</p>	GKV-SV <p>Die Aufnahme der für die Koordination in Ausnahmefällen in Frage kommenden Facharztgruppen erfolgt zur Klarstellung und mit der Begründung, dass das Krankheitsbild Osteoporose gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 spezifischer Inhalt der Facharzt-Weiterbildung in den genannten Facharztgruppen ist [3]. Vor diesem Hintergrund ist sichergestellt, dass eine relevante inhaltliche Nähe zur Indikation sowie zur Kompetenz der (medikamentösen) Therapie der Osteoporose besteht. Ebenfalls ist durch die genannten Facharztgruppen eine Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose im Sinne einer durchgängigen, mehrjährigen Betreuung sowie Dokumentation und Koordination gewährleistet. Weitere, nicht in der Aufzählung genannte Facharztgruppen kommen für die Koordination im Ausnahmefall im DMP Osteoporose nicht in Frage.</p>
--	--

einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde.	
--	--

Gemäß § 1 Absatz 5 richten sich die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen nach der Muster- Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Für das Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten“ muss eine Anpassung der Operationalisierung an die um Romosozumab und Abaloparatid ergänzte Empfehlung zur medikamentösen Therapie unter Nummer 1.4.2.1 erfolgen.

Bei der Berechnung dieses Qualitätsziel werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen. Erhalten Teilnehmerinnen eine Hormonersatztherapie werden diese Teilnehmerinnen in diesem Indikator nicht berücksichtigt. Als „gute Qualität“ werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewertet, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie mit einem Bisphosphonat, Denosumab, Raloxifen, Teriparatid, Abaloparatid oder Romosozumab erhalten. Diejenigen, die keine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, werden als „schlechte Qualität“ gewertet.

Basierend auf einem Expertenkonsens und orientierend an Zielwertvorgaben zur Verordnung von medikamentösen Therapien sollte der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bei mindestens 80 % liegen.

Für das Qualitätsziel „Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben“ muss eine Anpassung der Operationalisierung an die um Romosozumab und Abaloparatid ergänzte Empfehlung unter Nummer 1.4.3 erfolgen.

Bei der Berechnung des Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer als „gute Qualität“ gewertet, bei denen eine Therapie aktuell andauernd und über drei Jahre hinaus fortgeführt wird oder bei denen eine Therapie nach drei Jahren abgeschlossen wurde. Diejenigen, bei denen eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie vor dem abgeschlossenen 3. Jahr abgebrochen wurde, werden als „schlechte Qualität“ gewertet.

Basierend auf einem Expertenkonsens und orientierend an Zielwertvorgaben sollte der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die osteoporosespezifische medikamentöse Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt wurde, bei mindestens 75 % liegen.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Wegen der vorgenommenen Umformulierung in den Nummer 1.2 und 3.2 wurde eine klarstellende Formulierung für die noch nach den Kriterien des DMP Osteoporose mit Beschlussdatum 16. Januar 2020, Inkrafttreten: 1. Juli 2020 geltenden Einschreibediagnostik eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingefügt. Für Versicherte, die auf Basis der bis zum [Einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach II.] geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Da die Anforderungen an Schulungen in § 4 der Richtlinie übergreifend geregelt sind, sind entsprechende Ausführungen dazu in der Anlage entbehrlich und wurden daher gestrichen.

Zu Anlage 20 Osteoporose - Dokumentation

Der Dokumentationsparameter 9 und die Fußnote 7 wurden an die Ergänzungen unter Nummer 1.4.2.1 und Nummer 1.4.3 angepasst und dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

3. Bürokratiekostenermittlung

[Nutzung eines der Schnellbausteine:]

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 27. Juni 2024 begann die Arbeitsgruppe AG DMP Osteoporose mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Mai 2023	UA DMP	Beauftragung der AG DMP Osteoporose mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Osteoporose
06. Mai 2024	IQWiG	Abgabe Abschlussbericht IQWiG Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose
27. Juni 2024	AG	Beginn der Beratungen zur Aktualisierung des DMP Osteoporose
29. August 2024	AG	Beratung des Beschlusssentwurfes und der Tragenden Gründe <i>Präsentation zur Vorstellung des IQWiG Abschluss-Berichts</i>
19. November 2024	AG	Beratung des Beschlusssentwurfes und der Tragenden Gründe
5. Dezember 2024	AG	Beratung des Beschlusssentwurfes und der Tragenden Gründe

29. Januar 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Februar 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
19. März 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
23. April 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
27. Mai 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
25. Juni 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
27. August 2025	AG	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
7. Oktober 2025	AG	Abschließende Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
15. Oktober 2025	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	AG	ggf. Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	AG	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	AG	ggf. Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	AG	ggf. Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	AG	ggf. Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	AG	ggf. Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJJ	Unterausschuss DMP	Auswertung Stellungnahmen und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Prüfverfahren zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der G-BA bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 12. Juli 2024 erstmals gebeten, digitale medizinische Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose unter Berücksichtigung der im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerfO genannten Kriterien vorzuschlagen. Insgesamt wurden zwei Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose vorgeschlagen (**Anlage 6**).

Der G-BA hat die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen umfassend geprüft und beraten. Die Prüfung der Eignung der vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen ist in **Anlage 7** dokumentiert.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlagen 17 und 18 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 15. Oktober 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Es wurden XX Stellungnahmen fristgerecht, XX Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie XX Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 20JJ beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

6. Literaturverzeichnis

[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher erfolgt die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 7. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 4: Stellungnahmen

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Anlage 6: Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

Anlage 7: Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** Management of postmenopausal osteoporosis: ACOG clinical practice guideline no. 2. Obstet Gynecol 2022;139(4):698-717.
2. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).** Rehabilitationssport und Funktionstraining; Rahmenvereinbarung [online]. Stand: 26.11.2021. Frankfurt am

- Main (GER): BAR; 2022. [Zugriff: 10.07.2025]. (REHA-Vereinbarungen). URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/RVRehasport.web.pdf.
3. **Bundesärztekammer (BÄK).** (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 14.06.2024 [online]. Berlin (GER): BÄK; 2024. [Zugriff: 10.07.2025]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20240614_MWBO-2018.pdf.
 4. **Cosman F, Crittenden DB, Adachi JD, Binkley N, Czerwinski E, Ferrari S, et al.** Romosozumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2016;375(16):1532-1543.
 5. **Cosman F, Peterson LR, Towler DA, Mitlak B, Wang Y, Cummings SR.** Cardiovascular safety of abaloparatide in postmenopausal women with osteoporosis: analysis from the ACTIVE phase 3 trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;105(11):3384-95.
 6. **Dachverband der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften (DVO).** Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr; Langfassung V 2.1 [online]. AWMF-Registernummer: 183-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-11.pdf.
 7. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Multimorbidität; S3-Leitlinie, Living Guideline, Langfassung, Version 3.0 [online]. AWMF-Registernummer 053-047. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 27.05.2025]. (DEGAM-Leitlinie; Band 20). URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-047_S3_Multimorbiditaet_2024-11.pdf.
 8. **Deutsche Krebsgesellschaft (DKG).** Osteoprotektion in der Onkologie [online]. Berlin (GER): DKG; 2025. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/aktuelle-themen/service/zeitschriften/best-practice-onkologie/osteoprotektion-in-der-onkologie/articles/osteoprotektion-in-der-onkologie.html>.
 9. **Deutsche Menopause Gesellschaft (DMG).** Was ist die Menopause? [online]. Marburg (GER): DMG; 2025. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: <https://www.menopause-gesellschaft.de/was-ist-die-menopause>.
 10. **Humphrey MB, Russell L, Danila MI, Fink HA, Guyatt G, Cannon M, et al.** 2022 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2023;75(12):2405-2419.
 11. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose; Abschlussbericht,

- Auftrag V23-03 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 15.05.2024]. (IQWiG-Berichte; Band 1777). URL: <https://www.iqwig.de/projekte/v23-03.html>.
12. **Khan AA, Alrob HA, Ali DS, Dandurand K, Wolfman W, Fortier M.** Guideline no. 422g: menopause and osteoporosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2022;44(5):527-536.e5.
 13. **Leder BZ, Zapalowski C, Hu MY, Hattersley G, Lane NE, Singer AJ, et al.** Fracture and bone mineral density response by baseline risk in patients treated with abaloparatide followed by alendronate: results from the phase 3 ACTIVEExtend trial. J Bone Miner Res 2019;34(12):2213-2219.
 14. **Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Krebshilfe (DKH), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)).** S3 Leitlinie: supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen; Langversion 1.3 [online]. AWMF-Registernummer: 032/054OL. Berlin (GER): AWMF; 2020. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/LL_Supportiv_Langversion_1.3.pdf.
 15. **Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, Williams GC, Lau E, Russo LA, et al.** Effect of abaloparatide vs placebo on new vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized clinical trial. JAMA 2016;316(7):722-33.
 16. **Morin SN, Feldman S, Funnell L, Giangregorio L, Kim S, McDonald-Blumer H, et al.** Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update. CMAJ 2023;195(39):E1333-E1348.
 17. **National Osteoporosis Guideline Group UK (NOGG).** Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis [online]. NOGG; 2021. [Zugriff: 16.04.2025]. URL: <https://www.nogg.org.uk/sites/nogg/download/NOGG-Guideline-2021-g.pdf>.
 18. **Qaseem A, Hicks LA, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Shamliyan T, Cooney TG, Clinical Guidelines Committee of the American College of P, et al.** Pharmacologic treatment of primary osteoporosis or low bone mass to prevent fractures in adults: a living clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2023;176(2):224-238.
 19. **Saag KG, Petersen J, Brandi ML, Karaplis AC, Lorentzon M, Thomas T, et al.** Romosozumab or alendronate for fracture prevention in women with osteoporosis. N Engl J Med 2017;377(15):1417-1427.
 20. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures: a national clinical guideline [online]. Edinburgh (GBR): SIGN; 2021. [Zugriff: 16.04.2025]. (SIGN Publications; Band 142). URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf>.
 21. **Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R.** Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Guideline Update. J Clin Endocrinol Metab 2020;105(3).

Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

Im Rahmen des Prüfverfahrens zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 der Verfo wurden von vier stellungnahmeberechtigten Organisationen die folgenden Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose vorgeschlagen:

1. Lindera,
2. Vivira.

Der G-BA hat zu den eingegangenen Vorschlägen die jeweiligen Hersteller der digitalen medizinischen Anwendung gebeten, die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Verfo genannten Kriterien unter anderem mithilfe eines Fragenkatalogs darzulegen.

Die zu den einzelnen Anwendungen übermittelten Fragenkataloge sind im Folgenden dokumentiert.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	09.08.2024
Rückmeldung von:	BITKOM e.V
Name der DimA	LINDERA Mobilitätsanalyse
Name und Anschrift des Herstellers	LINDERA GmbH Kottbusser Damm 79 10967 Berlin, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Die Zielgruppe sind Senioren*innen jeden Geschlechts im Alter von 60 Jahren oder älter und/oder einem potenziellem Sturzrisiko und/oder eingeschränkte Mobilität. Die Senioren:innen müssen in der Lage sein, von einem Stuhl aufzustehen, 3 Meter vorwärtszugehen, sich umzudrehen, zum Stuhl zurückzukehren und sich zu setzen, entweder allein oder unterstützt durch Gehhilfen oder eine dritte Person.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	1. S3-Leitlinie zur Osteoporose Gemäß der S3-Leitlinie zur Osteoporose sollten allgemeine Maßnahmen zur Prophylaxe von Frakturen, die durch Stürze entstehen, umgesetzt werden. Zur Einhaltung der Leitlinie sind eine systematische Erfassung des Sturzrisikos sowie effektive Sturzprophylaxe unerlässlich. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bietet hierbei eine innovative Unterstützung. 2. Intervention mit LINDERA Mobilitätsanalyse Unsere Intervention besteht aus der Anwendung der LINDERA Mobilitätsanalyse, die auf den aktuellen

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Sturzprophylaxe basiert und einheitlich multifaktorielle Ansätze fordert.

Der Ansatz der LINDERA Mobilitätsanalyse umfasst zwei zentrale Dimensionen: ein standardisiertes Sturzassessment und gezielte Sturzrisikoprävention. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bewertet Sturzrisiken umfassend und bietet individuelle Empfehlungen zur Risikominderung, um Komplikationen durch Stürze bei Osteoporose zu reduzieren.

a. Sturzassessment mit der LINDERA Mobilitätsanalyse

Die LINDERA Mobilitätsanalyse bewertet das Sturzrisiko mithilfe einer KI-gestützten Analyse eines Gangvideos, basierend auf dem *Timed Up-and-Go-Test* und ergänzt durch digitale Fragebögen. Nutzen Senioren*innen im Alltag eine Gehhilfe wie einen Rollator, können sie diese auch während der Videoaufnahme verwenden. Ziel ist es, das natürliche Gehverhalten der Senioren*innen zu beobachten.

Anschließend wird ein individuelles Sturzrisikoprofil erstellt, das den Sturzgrad, eine Zusammenfassung der wichtigsten Sturzrisikofaktoren sowie die ermittelten Gangparameter (z.B. Schritthöhe, Schrittlänge, Schrittgeschwindigkeit, Symmetrie des Gangs) umfasst.

Der Sturzgrad der LINDERA Mobilitätsanalyse ist gegenüber klassischen Sturzassessments wie dem *Timed Up-and-Go-Test* (Sturz et al., 2022) validiert und zeigt eine hohe diagnostische Genauigkeit bei der Unterscheidung zwischen Sturzgefährdeten und Nicht-Sturzgefährdeten (Rabe et al., 2020).

b. Maßnahmenempfehlungen mit der LINDERA Mobilitätsanalyse

Zusätzlich erhalten die Senioren*innen Maßnahmenempfehlungen, die relevant für die Minimierung der Sturzrisiken sind und damit zur Erhaltung und Verbesserung der Knochengesundheit beitragen.

Jede Empfehlung in der LINDERA-Datenbank basiert auf Fachliteratur und ist auf spezifische Bedingungen zugeschnitten, um personalisierte und zielgerichtete Interventionsstrategien zu gewährleisten. Die Inhalte wurden in allgemeinverständlicher Sprache formuliert, um

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	wichtige Präventionsinformationen einer breiten Nutzerbasis zugänglich zu machen und deren Umsetzung im Alltag zu erleichtern.
Mindestdauer der Nutzung	Im Kontext des DMP-Osteoporose und in Übereinstimmung mit seinen Anforderungen könnte die LINDERA Mobilitätsanalyse als integraler Bestandteil des initialen Sturzassessments zur Ermittlung des Sturzrisikos, beispielsweise im Rahmen des geriatrischen Basisassessments, eingesetzt werden. Anschließend sollte die LINDERA Mobilitätsanalyse-App regelmäßig verwendet werden. Sie ermöglicht eine objektive Vergleichbarkeit von Behandlungserfolgen durch kontinuierliche Beobachtung des Sturzgrads, der Sturzrisikofaktoren und der Gangparameter. So können der Entwicklungsverlauf überwacht und ein möglicher Nachsteuerungsbedarf ermittelt werden.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	<p>Die LINDERA Mobilitätsanalyse wurde entwickelt, um mit Hilfe einer auf künstlicher Intelligenz basierenden Analyse einer Videoaufnahme des Ganges der Senioren*innen und eines digitalen Fragebogens Sturzrisikofaktoren zu identifizieren und zu monitoren.</p> <p>Die Zielsetzung besteht in der Reduktion der identifizierten Risikofaktoren durch die Ausgabe evidenzbasierter Empfehlungen zur Sturzprävention, was besonders relevant bei Osteoporose ist. Die medizinische Zweckbestimmung ist es, durch gezielte Interventionen die Sturzgefahr zu minimieren und die Knochengesundheit zu fördern.</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
<p>Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n):</p> <p>Rabe, S., Azhand, A., Pommer, W., Müller, S., & Steinert, A. (2020). Descriptive Evaluation and Accuracy of a Mobile App to Assess Fall Risk in Seniors: Retrospective Case-Control Study. <i>JMIR aging</i>, 3(1), e16131. https://doi.org/10.2196/16131</p> <p>Strutz, N., Brodowski, H., Kiselev, J., Heimann-Steinert, A., & Müller-Werdan, U. (2022). App-Based Evaluation of Older People's Fall Risk Using the mHealth App Lintera Mobility Analysis: Exploratory Study. <i>JMIR aging</i>, 5(3), e36872. https://doi.org/10.2196/36872</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Anmerkungen</u></p> <p>Anbei folgen zwei Abstracts. Das erste betrifft eine Real-World-Data-Studie, die derzeit im Peer-Review-Journal <i>JMIR Aging</i> eingereicht ist. Das zweite bezieht sich auf die Ergebnisse einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie in der stationären Versorgung, die aktuell für eine Veröffentlichung eingereicht wird.</p>
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls ja – Risikoklasse: Klasse I (MDD), in Übergang zu Klasse IIa (MDR)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	23.07.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Osteologie
Name der DimA	Vivira
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	<p>Geeignete Indikation ist der unspezifische Rückenschmerz und die Arthrose der Wirbelsäule</p> <p>Beides liegt bei Osteoporose Betroffenen in der Mehrzahl vor</p> <p>Die Kontraindikationen für die Anwendung der DimA beinhaltet nicht die Diagnose Osteoporose, eine Knochendichteminderung ist zudem aus osteologischer Sicht keine Kontraindikation für Physiotherapie, sondern ein Grund, diese zu beginnen</p> <p>Die DimA Vivira ist eine durch das BfArM endgültig ins DiGA-Verzeichnis aufgenommene digitale Anwendung zur Behandlung von Rückenschmerzen bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen</p>
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	<p>Im Rahmen der Bewegungstherapie adressiert ViViRA durch regelmäßige Eigenübungen gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Dies ist im Rahmen der Osteoporosetherapie nach Leitlinienempfehlungen der S3 Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Osteoporose (AWMF Register 183-001) Ziel.</p> <p>Die ViViRA-Übungen wurden nach einem funktionellen Trainingsansatz ausgewählt. Sie wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten. Das ViViRA Training verfolgt damit einen ganzheitlichen Therapieansatz, um die</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Stärkung des Körpers in seiner gesamten Bewegungsfähigkeit zu unterstützen. 4 Übungen täglich für ca. 15 min Schritt-für-Schritt Anleitung
Mindestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Ziel ist neben der Schmerzreduktion bei unspezifischen Rückenschmerzen, eine verbesserte Funktionalität. Täglich personalisierte bewegungstherapeutische Übungen werden durch Video, Ton und Text angeleitet und anhand von Patientenfeedback zu Schmerz und Funktion durch einen medizinischen Progressionsalgorithmus individuell und kontinuierlich angepasst. Es liegen Daten zur Verbesserung von Rückenschmerz, Kraft, Beweglichkeit und Koordination innerhalb von 4 Wochen vor.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n): _ Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K. The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2022 Oct 28;24(10):e41899. doi: 10.2196/41899. Erratum in: J Med Internet Res. 2023 Feb 20;25:e46512. doi: 10.2196/46512. PMID: 36215327; PMCID: PMC9652727. Und Teepe GW, Kowatsch T, Hans FP, Benning L Postmarketing Follow-Up of a Digital Home Exercise Program for Back, Hip, and Knee Pain: Retrospective Observational Study With a Time-Series and Matched-Pair Analysis J Med Internet Res 2023;25:e43775 doi: 10.2196/43775 <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<input checked="" type="checkbox"/> X Ja

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Falls ja – Risikoklasse: 1 <input type="checkbox"/> Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<input checked="" type="checkbox"/> X Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> XNein <input type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	https://www.diga-verzeichnis.de/diga/vivira

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinerrechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	29.07.2024
Rückmeldung von:	Dachverband Osteologie (DVO)
Name der DimA	Vivira
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Geeignete Indikation ist der unspezifische Rückenschmerz und die Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose) Beides liegt bei Osteoporose Betroffenen in der Mehrzahl vor Die Kontraindikationen für die Anwendung der DimA beinhaltet nicht die Diagnose Osteoporose. Empfehlung der Klasse A und Evidenzgrad I der Leitlinie: Supervidierte Übungsprogramme mit oder ohne Patientenedukation sollten Patientinnen und Patienten mit Osteoporose angeboten werden (S. 301). Körperliche Aktivität gehört zur Basistherapie gemäß der DVO-Leitlinie Osteoporose. Bei Knochendichteminderung soll die DIGA nur nach Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt angewendet werden, dies ist im DMP sichergestellt.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Im Rahmen der Bewegungstherapie adressiert ViViRA durch regelmäßige Eigenübungen gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Dies entspricht den Leitlinienempfehlungen der S3 Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Osteoporose“. Die ViViRA-Übungen wurden nach einem funktionellen Trainingsansatz ausgewählt. Sie wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten. Das ViViRA Training verfolgt damit einen ganzheitlichen Therapieansatz, um die

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Stärkung des Körpers in seiner gesamten Bewegungsfähigkeit zu unterstützen. 4 Übungen täglich für ca. 15 min Schritt-für-Schritt Anleitung
Mindestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Ziel ist neben der Schmerzreduktion bei unspezifischen Rückenschmerzen, eine verbesserte Funktionalität. Täglich personalisierte bewegungstherapeutische Übungen werden durch Video, Ton und Text angeleitet und anhand von Patientenfeedback zu Schmerz und Funktion durch einen medizinischen Progressionsalgorithmus individuell und kontinuierlich angepasst. Es liegen Daten zur Verbesserung von Rückenschmerz, Kraft, Beweglichkeit und Koordination innerhalb von 4 Wochen vor.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n): Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K. The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2022 Oct 28;24(10):e41899. doi: 10.2196/41899. Erratum in: J Med Internet Res. 2023 Feb 20;25:e46512. doi: 10.2196/46512. PMID: 36215327; PMCID: PMC9652727. Teepe GW, Kowatsch T, Hans FP, Benning L. Postmarketing Follow-Up of a Digital Home Exercise Program for Back, Hip, and Knee Pain: Retrospective Observational Study With a Time-Series and Matched-Pair Analysis. J Med Internet Res 2023;25:e43775. doi: 10.2196/43775 <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Falls ja – Risikoklasse: 1 <input type="checkbox"/> Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> XNein <input checked="" type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	https://www.diga-verzeichnis.de/diga/vivira

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	07.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Name der DimA	VivIRA
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH c/o Mindspace, Krausenstraße 9-10, 10117 Berlin
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Anwender mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sowie Arthrose der Wirbelsäule Ausschlusskriterien/Gegenanzeigen: Akute Entzündungen oder Fieber, Bandscheibenvorfall oder sensomotorische Störungen, neurologische Behandlung, frühere Wirbelsäulenoperationen, frühere Hüft- oder Knieoperationen, Verletzungen der Wirbelsäule, Rückenmark, Knie- oder Hüftgelenk, Wirbelsäulen- oder Gelenkinfektion, freie Gelenkkörper, fortgeschrittene Herzerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, verminderte Knochendichte, Gangunsicherheiten oder gehäufte Sturzereignisse, Blutungsneigung oder Vorgeschichte mit verstärkten Blutungen, Schwangerschaft, Lungenversagen, Thrombose, Psychose, Störung der Hautempfindlichkeit, große Hautdefekte oder schwere Verbrennungen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten)	Die App bietet personalisierte und therapeutischen Trainingsinhalte, die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer anpassen, Möglichkeiten zur Beobachtung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf, Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
(z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	
Minstdauer der Nutzung	Anwendungsdauer pro Verordnung 90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Die Übungen wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<p>X Ja, Quelle(n): Weise H et al. The effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and degenerative Back Pain: Pragmatic open-label randomized controlled trail. J Med Internet Res. 2022; 24(10):e41899</p> <p>Teepe GW et al. Postmarketing Follow-up of a digital home exercise program for back, hip and knee pain: Retrospective observational study with a time-series and matched-pair analysis. J Med Internet Res. 2023; 25:e43775_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<p>X Ja</p> <p>Falls ja – Risikoklasse: 1</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<p>X Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	s.o. Verzeichnis DiGA, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.diga-bfarm.de)

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.



ViViRA Health Lab GmbH, c/o Mindspace, Krausenstr. 9-10, 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

- per E-mail -

Vivira Health Lab GmbH

c/o Mindspace
Krausenstraße 9-10
10117 Berlin
Telefon: 030 814 536 868
Telefax: 030 220 121 556
E-Mail: leo@vivira.com
Web: www.vivira.com
Datum: 30.09.2024

Unsere Stellungnahme zu Ihrer Aufforderung zur Prüfung der Angaben und zum Nachreichen ergänzender Informationen zum Vorschlag geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen: Disease-Management-Programm (DMP) Osteoporose

Sehr geehrte Frau Schmidt,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 03.09.2024, die wir intern geprüft haben. Es freut uns, dass die stellungnahmeberechtigten Fachgesellschaften die DiGA ViViRA als digitales Therapieelement für das Disease-Management-Programm (DMP) Osteoporose für geeignet erachten. Dies verstehen wir als Zeichen, dass digitale Therapeutika eine zunehmende Bedeutung für die strukturierte Versorgung von Patient*innen mit chronischen Krankheitsbildern gewinnen.

Tatsächlich ist die Osteoporose nicht als ICD-10-kodierte Kontraindikation für die Anwendung der DiGA ViViRA im DiGA-Verzeichnis aufgeführt. Im Absatz "Weitere nicht durch Kontraindikationen abgedeckte Ausschlusskriterien" führen wir allerdings eine verminderte Knochendichte auf, die eine ärztliche Abklärung und Einschätzung der Unbedenklichkeit für den jeweiligen Einzelfall erfordert. Diese Einschränkung ist im Kontext der indikationsgerechten Anwendung der DiGA ViViRA zu verstehen. Wird die DiGA ViViRA hingegen mit dem primären Ziel der Behandlung einer Osteoporose eingesetzt, ist diese Anwendung nicht indikationsgerecht und überschreitet die medizinische Zweckbestimmung des Medizinprodukts ViViRA und der DiGA ViViRA gleichermaßen.

Dies ist in der Funktionsweise der DiGA ViViRA begründet, die Patient*innen mit unspezifischen und degenerativ bedingten Rückenschmerzen u.a. zur unsupervidierten und eigenständigen Durchführung von bewegungstherapeutischen Übungen anleitet. Zwar sind bewegungstherapeutische Maßnahmen auch Bestandteil der leitliniengerechten Therapie der Osteoporose. Die Auswahl der bewegungstherapeutischen Übungen sowie die individuelle Anpassung der Übungen in Komplexität und Intensität ist jedoch auf das Indikationsspektrum der

Vivira Health Lab GmbH
(c/o Mindspace) Krausenstr. 9-10
10117 Berlin

Register (B München): HRB 286156
Umsatzsteuer ID: DE 30 17 82 409
Geschäftsführer: Dr. Philip Heimann

IBAN: DE07 1007 0100 0268 2847 00
BIC: DEUTDEBB101
Bank: Deutsche Bank AG

DiGA ViViRA abgestimmt und umfasst u.a. auch Rotationsbewegungen sowie Beuge- und Halteübungen, die bei einer Osteoporose problematisch sein können. Potentielle Komplikationen, wie bspw. Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen, erfasst die DiGA ViViRA durch engmaschige Feedback-Schleifen der Patient*innen. Diese sind jedoch indikationsspezifisch und nicht auf mögliche, durch eine Osteoporose bedingte Komplikationen abgestimmt. Hieraus resultiert das Risiko einer unbemerkten Verschlechterung bzw. inadäquaten Progression des Übungsprogramms. In Einklang mit der gültigen S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose (AWMF-Registernummer 183/001; Kap. 9.2.8) halten wir für Patient*innen mit einer Osteoporose die Anpassung des Bewegungsprogramms an den funktionellen Status der jeweiligen an Osteoporose erkrankten Patient*in für notwendig, um bewegungs- und belastungsassoziierte Risiken für Patient*innen zu minimieren. Hierfür ist die DiGA ViViRA nicht konfiguriert.

Vor diesem Hintergrund können wir die DiGA ViViRA aktuell nicht für die Anwendung im DMP Osteoporose empfehlen.

Wir danken Ihnen dennoch sehr für Ihr Interesse an unserer Anwendung und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Leo Benning, MPH
Chief Medical Officer
Vivira Health Lab GmbH

Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

1. Lindera Mobilitätsanalyse
2. Vivira

„LINDERA Mobilitätsanalyse“

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung „LINDERA Mobilitätsanalyse“ sind in Anlage 6 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung der für diese digitale medizinische Anwendung vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO bewertet der G-BA „LINDERA Mobilitätsanalyse“ nicht als geeignet, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Auf Grundlage der vorliegenden Informationen schlussfolgert der G-BA, dass „LINDERA Mobilitätsanalyse“ vorrangig im Pflegekontext angewendet wird. Insbesondere die vorliegende „Gebrauchsanweisung für die *ambulante Pflege*“ sieht vor, dass die digitale medizinische Anwendung besonders für pflegebedürftige Personen mit einem Pflegegrad geeignet sei (Grad 2 oder 3) [1]. Gemäß der Zweckbestimmung richtet sich „LINDERA Mobilitätsanalyse“ an Personen ab 60 Jahren, die ein erhöhtes Sturzrisiko oder eine eingeschränkte Mobilität aufweisen. Gleichzeitig werden als Zielgruppe neben „Senior:innen“ gleichrangig auch „Pflegerische Angehörige“ und „Pflegerkräfte in der ambulanten Pflege“ benannt. In der Gebrauchsanweisung wird beschrieben, dass „LINDERA Mobilitätsanalyse“ von „medizinischem Fachpersonal, wie Pflegerkräften, Physiotherapeut:innen oder Ärzt:innen, sowie von pflegenden Angehörigen angewendet werden kann, um präventive Maßnahmen zur Sturzvermeidung im ambulatorischen Umfeld zu unterstützen“ [1]. Insbesondere die obligatorisch durchzuführende „Mobilitätsanalyse“ als Kernfunktion der Anwendung muss mit Unterstützung einer weiteren Person durchgeführt werden. Auch die von der Anwendung basierend auf den Sturzrisikofaktoren generierten Empfehlungen (z.B. „Ärztliche Überprüfung Symptomatik der Füße“, „Kognitiv aktivierende Angebote“) richten sich im Schwerpunkt an medizinisches Fachpersonal im Bereich Pflege und Geriatrie. Insofern ist davon auszugehen, dass es sich bei „LINDERA Mobilitätsanalyse“ um ein Analysetool handelt, das primär der pflegerischen bzw. ärztlichen Therapiesteuerung zur Minimierung und Kontrolle von Sturzrisiken dient. Im Ergebnis eines umfassenden Prüfprozesses kommt der G-BA zu dem Schluss, dass die Anforderungen gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO *„Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung ist eindeutig definiert und relevant für die Indikation des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms“* und *„Der primäre Anwender ist der Patient selbst“* für „LINDERA Mobilitätsanalyse“ als nicht erfüllt anzusehen sind. Vor diesem Hintergrund kann für „LINDERA Mobilitätsanalyse“ keine Eignung für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose festgestellt werden.

„Vivira“

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung („Vivira“) sind in Anlage 6 (Verweis auf ausgefüllten Fragebogen von Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU); Dachverband Osteologie (DVO); Deutsche Gesellschaft für Osteologie) beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung der für diese digitale medizinische Anwendung vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO bewertet der G-BA „Vivira“ nicht als geeignet, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. Es liegen folgende Aussagen des Herstellers vor:

„Wird die DiGA ViViRA hingegen mit dem primären Ziel der Behandlung einer Osteoporose eingesetzt, ist diese Anwendung nicht indikationsgerecht und überschreitet die medizinische Zweckbestimmung des Medizinprodukts ViViRA und der DiGA ViViRA gleichermaßen.“ „Vor diesem Hintergrund können wir die DiGA ViViRA aktuell nicht für die Anwendung im DMP Osteoporose empfehlen.“

Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung „Vivira“ ist somit nicht relevant für die Indikation des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose und damit nicht geeignet für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose.

Literaturverzeichnis:

1. Lindera. LINDERA Mobilitätsanalyse: Gebrauchsanweisung für die ambulante Pflege; App Version 10.31.0 [online]. Berlin (GER): Lindera; 2024. [Zugriff: 07.03.2025]. URL: <https://lindera.de/hubfs/Gebrauchsanweisung-lindera-app/241125-gebrauchsanweisung-lindera-mobilitaetsanalyse-ambulant-de.pdf?hsLang=de-de>.

Von: [Melek Mirzanli](#)
An: [Wörz, Markus](#)
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Freitag, 17. Oktober 2025 14:29:38
Anlagen: [image002.png](#)
[image003.png](#)
[image004.png](#)
[image005.jpg](#)
[image006.png](#)
[image007.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner, sehr geehrter Herr Dr. Wörz,

vielen Dank für Ihre Nachricht und der Möglichkeit, eine Stellungnahme zur Aktualisierung DMP Osteoporose abzugeben.

Nach interner Rücksprache möchten wir Sie darüber informieren, dass die DeGIR dazu aus der interventionell-radiologischen Tätigkeit heraus keine belastbare Meinung bilden und daher auch keine Stellungnahme abgeben kann.

Sollten Sie noch Fragen haben, melden Sie sich gerne.

Viele Grüße
Melek Mirzanli

Leiterin der DeGIR-Geschäftsstelle
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie
und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Ernst-Reuter-Platz 10 | 10587 Berlin
Tel.: 030 916070-20
E-Mail: mirzanli@drg.de
www.drg.de/ / <http://www.degir.de/>

Besuchen Sie uns in den Sozialen Medien:





Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: [Extern] G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL:
Aktualisierung DMP Osteoporose

ACHTUNG: Externe E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**
Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Dr. Stefan Zimmer](mailto:Dr.Stefan.Zimmer@dmp@g-ba.de)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Freitag, 17. Oktober 2025 14:00:51
Anlagen: [image002.png](#)

Guten Tag, vielen Dank. Wir werden keine Stellungnahme einreichen.

VG

Stefan Zimmer
BVHI

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**
Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548
markus.woerz@g-ba.de
www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: dr.silke.brueggemann@drv-bund.de
An: dmp@g-ba.de
Cc: Susanne.Weinbrenner@drv-bund.de
Betreff: Antwort: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Dienstag, 21. Oktober 2025 07:58:01
Anlagen: [ATT00001.png](#)
[ATT00002.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen. Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Rentenversicherung wird keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Silke Brüggemann

Dr. Silke Brüggemann MSc
Fachärztin für Orthopädie, Sozialmedizin

Abteilung GQ 0400 Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Leiterin Dezernat Sozialmedizin und Prävention
0440/R 6014
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Tel.: 030 865 36863

Internet: www.rehainfo-aerzte.de

Von: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
An: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
Datum: 17.10.2025 12:50
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Gesendet von: "Wörz, Markus" <Markus.Woerz@g-ba.de>

Achtung: Diese E-Mail kommt von einem externen Versender.
Bitte seien Sie äußerst vorsichtig bei Mailanhängen oder weiterführenden
Links.

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**

Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)



Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)



Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

[Anhang "Anschreiben_Aufforderung_zur_StN_Anhörung_UA_DMP_Osteoporose.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage_1_BE_Aktualisierung_DMP Osteoporose_2025-10-17.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage_2_TrGr_DMP Osteoporose_inkl Anlagen_2025-10-17.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage_3_Servicedokument_DMP Osteoporose_2025-10-17.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage_4_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_DMP Osteoporose_2025-10-01.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage_5_Vorlage schriftl Stellungnahme_DMP Osteoporose_2025-10-17.docx" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund]

Von: [APH Bundesverband](#)
An: dmp@g-ba.de; [Wörz, Markus](#)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Montag, 20. Oktober 2025 10:14:49
Anlagen: [image002.png](#)
[image003.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrter Herr Dr. Wörz,

wunschgemäß bestätigen wir Ihnen den Erhalt Ihrer Email vom 17.10.2025 nebst Anlagen.

Dazu teilen wir Ihnen mit, dass wir mangels verbandlicher Betroffenheit sowie fehlender fachlicher Expertise auf die Übersendung einer Stellungnahme verzichten werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.

Tanja Traue
Sekretariat

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.
Karlsruher Str. 2 B
30519 Hannover
Tel.: 0511 - 875 98-0
Fax: 0511 - 875 98-13
E-Mail: traue@aph-bundesverband.de
www.aph-bundesverband.de



Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**

Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [DPhG Office](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Montag, 20. Oktober 2025 11:12:57
Anlagen: [image002.jpg](#)
[image003.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Wir werden hierzu keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen
Kerstin Tschuck



Kerstin Tschuck
Geschäftsführerin

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V.
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
Tel.: +49 (0)69 7191 596-14
Fax: +49 (0)69 7191 596-29
Mobil: +49 (0)172 8558238
kerstin.tschuck@dphg.de
www.dphg.de
Eingetragen im Vereinsregister beim
Registergericht Berlin-Charlottenburg,
Nr. 2737 B

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**

Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	[23. Oktober 2025]
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Geriatrie]

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
S. 7 unten	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Als entsprechend qualifizierte Fachärztinnen und – ärzte, die in Ausnahmefällen kontaktiert werden können, sollten dringend auch die Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Geriatrie aufgeführt werden, da diese die komplexen Krankheitsbilder, die bei Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auftreten am besten mitbehandeln können und sich gleichzeitig mit Osteoporose auskennen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind insbesondere Fachärztinnen oder Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, - für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, - für Innere Medizin und Rheumatologie, - für Geriatrie oder mit Zusatzweiterbildung Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie <p>KBV, DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physikalische und Rehabilitative Medizin, - Innere Medizin.
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: dmp@g-ba.de
M.Woerz@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
17. Oktober 2025

Durchwahl
-142

Datum
23. Oktober 2025

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V sowie entsprechend § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlagen 19 und 20 (DMP Osteoporose / -Dokumentation).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Von: [Helga Karanikas](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Freitag, 24. Oktober 2025 12:20:14
Anlagen: [image002.png](#)

Sehr geehrter Herr Dr. Wörz,

Zu diesem Thema macht der BDIZEDI keine eigenen Vorschläge.

An der Anhörung am 11. März 2026 nimmt von Seiten des BDIZ EDI niemand teil ?

Mit freundlichen Grüßen
Helga Karanikas

BDIZ EDI
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists
Präsident: Christian Berger
Vizepräsident: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Geschäftsstelle München
Lipowskystraße 12
81373 München
Tel. + 49 089 72069888
Fax + 49 089 72069889
office-munich@bdizedi.org

www.bdizedi.org

Wichtige Hinweise / important notice:

Die Datenübertragung per E-Mail ist im Hinblick auf Vertraulichkeit, Echtheit, Vollständigkeit und Empfang unsicher. In dringenden Angelegenheiten, insbesondere wenn Fristen zu beachten sind, bitten wir in jedem Fall um zusätzliche, zeitgleiche Mitteilung per Telefon und Hard Copy-Telefax. Andernfalls können wir eine fristgerechte Bearbeitung nicht gewährleisten.

Falls Sie nicht oben vermerkte/r Adressatin/Adressat oder Cc-Adressat/in dieser Nachricht sind, dürfen Sie deren Inhalt weder für sich oder Dritte verwenden noch Dritten zugänglich machen. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzerklärung im Internet.

Sending data by e-mail is insecure with regard to confidentiality, authenticity, completeness and reception. In matters of special urgency or importance, we may ask you to inform us additional per phone and send a hard copy fax at the same time. Otherwise we may not be able to deal with your matter within the end of term.

If you are not an addressee or otherwise authorized to receive this message, you should not use, copy, disclose or take any action based on this e-mail or any information contained in the message.

We explicitly like to emphasize the declaration on data protection on our website.

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46

An: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**

Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.woerz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	28.10.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC), DGOOC,- und DGOU-Sektion Osteologie, Prof. Dr. Uwe Maus, Prof. Dr. Andreas Kurth

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Der vorliegende Entwurf der DMP-Anforderungen-Richtlinie Osteoporose stellt eine wesentliche Weiterentwicklung der bisherigen Richtlinie dar. Die im aktuellen Entwurf eingefügten Änderungen und Neuerungen setzen die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose um und sind daher zu begrüßen. Insbesondere wurden auch die verschiedenen, aktuellen, medikamentösen Therapieoptionen in die Richtlinie mit aufgenommen. Das Risikomodell bzw. die Risikoberechnung orientiert sich in dem aktuellen Entwurf an dem 3-Jahres-Frakturrisiko und ist somit auch in dieser Hinsicht zu unterstützen.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1.6.1 Zeilen 324-330	<p>Stellungnahme mit Begründung: Der Absatz befasst sich mit dem Thema der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte. Aus Sicht der Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten erscheint es sinnvoll, die Fachbereiche mit besonderer osteologischer Perspektive auch für die Funktion der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte vorzusehen. Daher ist die Aufnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit den genannten Schwerpunkten sehr zu begrüßen. Zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen und Weiterbetreuung kann auch die Aufnahme des Facharztes für Physikalische und rehabilitative Medizin unterstützt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie, Rheumatologie, sowie Innere Medizin ohne Schwerpunkt und die Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin.</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

Von: [M.Liedke \(BPtK\)](#)
An: dmp@g-ba.de
Cc: [Wörz, Markus](#)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Freitag, 7. November 2025 10:02:06
Anlagen: [image002.png](#)

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
Sehr geehrter Herr Dr. Wörz,
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung am o. g. Stellungnahmeverfahren. Die BPtK wird dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten.

Freundliche Grüße

i. A. Maximilian Liedke
(er/ihm; he/him)
Sekretariat

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-47

E-Mail: liedke@bptk.de
Website: www.bptk.de

Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

--

Bitte beachten Sie: Diese E-Mail kann vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen enthalten. Der Inhalt ist ausschließlich für den bezeichneten Adressaten bestimmt. Wenn Sie nicht der richtige Adressat oder dessen Vertreter sind, setzen Sie sich bitte mit dem Absender der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**

Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	31.10.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme. Das DMP wird jetzt endlich in Deutschland umgesetzt, wenn auch noch nicht in allen KV-Bereichen
Problematisch ist, dass der DVO-Score zur Berechnung des Frakturrisikos bisher nicht suffizient validiert ist ¹ . Es gibt dazu bisher nur ein Abstract und einen Kongressbeitrag, der jedoch erhebliche Lücken aufweist: es fehlen einige Risikofaktoren, die Validierungskohorte besteht aus lange publizierten Daten aus den USA und betrifft nur Frauen
Problematisch ist die schlechte Verfügbarkeit der DXA-Messung als Kassenleistung. Es ist unseres Erachtens nicht hinnehmbar, dass viele vertragsärztliche Praxen diese Untersuchung zwar als Selbstzahlerleistung anbieten, aber nicht als vertragsärztliche Leistung, auch wenn die Vorgaben des G-BA dafür patientenseitig erfüllt sind.
Wir arbeiten zunehmend im Team. An etlichen Stellen sollte lieber vom Praxisteam gesprochen werden statt Arzt oder Ärztin wie z.B. bei der Erfassung der Medikation und Erfassung von Sturzrisiken sowie Lebensstilberatungen

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
<p>Dokumentationsbogen übergreifend Nr 17 (Begleiterkrankungen)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Definition Fettstoffwechselstörung ist sehr variabel, wichtig wäre Erfassung chronische Nierenkrankheit und auch Z.n. Schlaganfall</p> <p>Für Osteoporose spezifisch könnte man noch ergänzen: entzündlich rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Z.n. Magenteilresektion oder bariatrische Operation</p> <p>Änderungsvorschlag: Fettstoffwechselstörung streichen, chronische Nierenkrankheit ergänzen im allgemeinen Teil, für Osteoporose spezifisch ggf. die o.g. Begleiterkrankungen ergänzen. Statt KHK, AVK: manifeste arterielle Gefäßerkrankung (KHK, AVK, Z.n. Schlaganfall)</p>
<p>Anlage 19 Nr 1.2</p> <p>Einschreibekriterien</p> <p>1.4.1.3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: von PatV vorgeschlagene Ergänzung mit Einbezug von Frauen, die jünger als 50 Jahre alt, aber bereits postmenopausal sind, ist zielführend. Passagere Zustände wie eine in der Regel zeitlich begrenzte höherdosierte Glucocorticoidtherapie sollte man ohne Osteoporose nicht mit aufnehmen</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme Ausführungen PatV außer dem letzten Satz</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: bitte klarstellen, dass hier nur klinische Wirbelkörperfrakturen gemeint sind und nicht auch die rein radiologisch festgestellten</p> <p>Änderungsvorschlag: jeweils vor Wirbelkörperfrakturen einfügen: klinisch manifest gewordene</p> <p>Hinweis: Es wird nicht genannt, wie das Risiko genau zu ermitteln ist. Offensichtlich ist der Berechnungsmodus aus der DVO-Leitlinie von 2023 gemeint. Dieser ist allerdings wie oben gesagt bisher nicht validiert und in der Praxis nur mit Mühe und groben Schritten anwendbar. Es sollte daher zusätzlich ein anderer Berechnungsmodus erlaubt sein. Hierfür bietet sich der QFracture risk scoreⁱⁱ an, der für UK validiert ist und laut Beaudoin et al 2019ⁱⁱⁱ die vergleichsweise beste Prädiktion liefert. Hier könnte man vereinfachend die 5%-Schwelle pro 3 Jahre für Major Fractures heranziehen, sofern die folgende Knochendichtemessungen eine Osteoporose oder Osteopenie anzeigt. Die sehr gut bewertete SIGN-Leitlinie^{iv} nennt eine Schwelle von 10%/10 Jahre für Major Fractures als Ausgangspunkt und gibt dann differenzierte Empfehlungen (einschließlich Nichtbehandlung) abhängig vom DXA-Wert und Alter.</p>

1.4.1.4	Ergänzungsvorschlag: Zur Berechnung des Risikos kann auch der QFracture risk score herangezogen werden mit Überschreiten der 5%-Schwelle für Major Fractures pro 3 Jahre, sofern die nachfolgende DXA-Messung mindestens eine Osteopenie ergibt oder die Therapieempfehlung der SIGN-Leitlinie herangezogen werden.
1.4.2.1	<p>Stellungnahme mit Begründung: das ist teils sehr arztzentriert formuliert. Wir arbeiten zunehmend im Team und mit besonders qualifiziertem Assistenzpersonal</p> <p>Änderungsvorschlag: Das Praxisteam soll regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen...</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: gute Auflistung zu körperlicher Aktivität. Es sollte noch ergänzt werden: Rehabilitationssport oder Funktionstraining</p> <p>Änderungsvorschlag: hinter Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (zum Beispiel Treppensteigen oder Radfahren) als auch körperliches Training in Form von Sport</p> <p>Einfügen: einschließlich Rehabilitationssport und Funktionstraining</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: das ist teils sehr arztzentriert formuliert. Wir arbeiten zunehmend im Team und mit besonders qualifiziertem Assistenzpersonal</p> <p>Änderungsvorschlag: Bei Bedarf soll über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten werden</p>
1.4.2.2	<p>Stellungnahme mit Begründung: bitte noch etwas präzisieren, denn wir können die Dauer der persistierenden Wirkung nicht genau abschätzen: Zudem wird unterschieden zwischen Therapeutika mit persistierender Wirkung wie den Bisphosphonaten, deren Effekt auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt</p> <p>Änderung: vor erhalten bleibt einfügen: längere Zeit</p>
1.4.3	<p>Und im folgenden Absatz nach Zulassungsstatus einfügen, weil wir auch zur wirtschaftlichen Verordnungsweise angehalten sind: sowie die Kosten</p>
1.4.4	<p>Statt Hormonersatztherapie (HRT) bitte den Begriff menopausale Hormontherapie (MHT) verwenden: das ist inzwischen der international am besten etablierte Begriff und er wird auch in der kurz vor dem Abschluss stehenden Revision der Menopausenleitlinie (S3, federführend DGGG) durchgehend verwendet</p> <p>Letzter Satz in diesem Kapitel: bitte Vor streichen und durch mit ersetzen: die Therapie soll dadurch explizit nicht aufgeschoben werden. Dann soll aber eine regelmäßige Kontrolle erfolgen laut DVO-Leitlinie. außerdem oder statt und bei Nennung der Substanzen</p>

<p>1.5</p>	<p>Änderung: Mit Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab sind bei Patienten begleitend regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen mit präventiver Zielsetzung empfohlen</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung: bitte auch die körpereigene Vitamin D-Produktion mitberücksichtigen</p> <p>Änderungsvorschlag: Supplemente sollten eingenommen werden, wenn diese Menge mit der Ernährung oder UV-abhängiger Eigenproduktion nicht sicher erreicht werden kann</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: die Einschränkung der Therapiedauer gilt für Teriparatid lebenslang, für Romosozumab nur pro Zyklus</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Therapie mit Teriparatid ist lebenslang auf 24 Monate begrenzt... Die Therapie mit Romosozumab ist innerhalb eines solchen Zyklus auf 12 Monate begrenzt.</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung: Passage zu Denosumab ist zu vorsichtig formuliert, Es gibt nicht nur Wirkverlust sondern sogar Rebound (s. DVO-Leitlinie)</p> <p>Änderungsvorschlag: Nach Beendigung von Denosumab ist mit einem Rebound zu rechnen. Daher ist eine Anschlusstherapie mit einem anderen Antiresorptivum für mindestens 1 Jahr erforderlich</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung: bitte auch benennen, dass es Kontraindikationen bei Niereninsuffizienz gibt</p> <p>Änderungsvorschlag im letzten Satz: Bei festgestellter chronischer Nierenkrankheit sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen und Kontraindikationen zu beachten.</p>
	<p>Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Im letzten Spiegelstrich noch die Sequenzen erwähnen, denn diese sind wichtig (insbesondere dringend empfohlene Anschlussbehandlungen)</p> <p>Änderungsvorschlag: Abwägung der Fortführung der osteoporosespezifischen Therapie in Abhängigkeit von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken sowie empfohlenen Sequenzen.</p>

1.6	<p>Stellungnahme mit Begründung: gerne auch weitere Fachärzte aufnehmen wie von KBV und DKG vorgeschlagen, allerdings bei Facharzt für Innere Medizin nicht allgemein schreiben, sondern Innere Medizin und Nephrologie, weil hier besondere Expertise bei Personen mit GFR < 30ml/min erforderlich ist sowie bei sekundärer Osteoporose die Gastroenterologie</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung ja, aber nur Innere Medizin und Nephrologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie neben Physikalische und Rehabilitative Medizin</p>
Qualitätsziel 5	<p>Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p>
5 Bewertung der Auswirkungen	<p>Stellungnahme mit Begründung: bitte ergänzen: kardiovaskuläre Ereignisse, da sie unter Romosozumab vermehrt beobachtet wurden, unter anderen Therapeutika (Bisphosphonate) eventuell vermindert sind</p> <p>Änderungsvorschlag: ergänzen: f) kardiovaskuläre Ereignisse</p>
Anlage 20	<p>Punkt 1 ist nur bei Erstdokumentation sinnvoll, ansonsten erfolgt Erfassung über Punkt 2</p> <p>Punkt 9: Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p>

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

ⁱ https://leitlinien.dv-osteologie.org/wp-content/uploads/2025/05/05-2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf Seite 26

ⁱⁱ <https://qfracture.org/>

ⁱⁱⁱ <https://doi.org/10.1007/s00198-019-04919-6>

^{iv} <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-osteoporosis-and-the-prevention-of-fragility-fractures/>



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	[November 2025]
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

verbessert die aktualisierte Dokumentation die Grundlage für Qualitätssicherung und Evaluation.
Unter Berücksichtigung der o.g. Punkte unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie den Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation).

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung
der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20
(Osteoporose -Dokumentation)**

Datum	10. November 2025
Stellungnahme von	Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
1. In seiner Stellungnahme fokussiert sich der VFED vorwiegend auf diejenigen Aspekte, die den Bereich „Ernährung/Ernährungsberatung“ bzw. die Belange von Leistungserbringern im Bereich „Ernährung/Ernährungsberatung“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP betreffen.
2. Unter dem in unserer Stellungnahme erwähnten Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ verstehen wir Diätassistent:innen, oder vergleichbar qualifizierte und in wesentlichen Merkmalen vergleichbar tätige Oecotropholog:innen oder Ernährungswissenschaftler:innen bzw. Absolvent:innen inhaltlich vergleichbarer Studiengänge [1,2].
3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.
4. Die maßgeblichen Verbände der Ernährungstherapie (VFED und VDD) haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen zu den Inhalten ausgetauscht und sind sich in den Kernaussagen einig.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
<p>zu 1.2 „Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe“ (Z. 48)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV: <i>„Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.“</i></p> <p>Begründung:</p> <p>Als Verband, der die Interessen der Diätassistent:innen als Heilberufler sowie vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte im ambulanten Bereich vertritt – und sich zugleich der Patientensicherheit verpflichtet sieht, sprechen wir uns für den Vorschlag der PatV aus.</p> <p>Frühe Menopause bzw. medikamentenbedingter Knochenverlust (Glukokortikoide, bestimmte onkologische Therapien) erhöhen Frakturrisiko rasch und deutlich. Ein DMP schafft den strukturierten Rahmen für frühzeitige Diagnostik, kontinuierliches Monitoring, interprofessionelle Versorgung. Eine gezielte Nährstoffzufuhr – Kalzium/Vitamin D, adäquate Energie- sowie Proteinzufuhr – idealerweise im Rahmen einer ernährungstherapeutischen Intervention - unterstützt hier nachweislich die Knochen- und Muskelgesundheit. Die Einbindung auch dieser Personengruppe in ein DMP verbessert somit Versorgungsaspekte. [3]</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>
<p>zu 1.4.1.1 Lebensstil (Z. 92-99)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung</p> <p>zur Aussage: 1.4.1.1 Lebensstil <i>Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>regelmäßige körperliche Aktivität,</i> - <i>Vermeidung von Immobilisation,</i> - <i>Verzicht auf Rauchen,</i>

- Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums,
- Vermeidung von Untergewicht (BMI unter 20 kg/m²),
- ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr (siehe auch Nummer 1.4.2.2).

hier: „Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums“:

→ das Adjektiv „übermäßig“ sollte unbedingt konkretisiert werden.

Begründung:

Eine Empfehlung zu einem risikoarmen Alkoholkonsum trägt zur umfassenden Aufklärung der Patient:innen bei und unterstützt die Umsetzung risikofaktorenorientierter Ernährungsstrategien.

Da Alkohol ein relevanter Faktor für die Entwicklung und Verschlechterung von Erkrankungen ist, bietet diese Ergänzung einen zusätzlichen Nutzen, muss jedoch konkretisiert werden.

Die inhaltliche Beschreibung des Begriffs „übermäßig“ stärkt den Patientenschutz, indem Patient:innen konkrete Informationen zur Verfügung gestellt werden, die sie in ihre Entscheidungen einfließen lassen können. Dies ist auch im Sinne der qualifizierten Ernährungsfachkräfte, die solche Botschaften häufig unterstützen und vertiefen.

Die Empfehlung zur Begrenzung der Menge des Alkoholkonsums steht zudem im Einklang mit der aktuellen Position der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die in ihrem aktuellen Positionspapier sogar empfiehlt, auf Alkoholkonsum möglichst zu verzichten, da es keine potenziell gesundheitsfördernde und sichere Alkoholmenge für einen unbedenklichen Konsum gibt. Sollten dennoch alkoholische Getränke konsumiert werden, sollen vor allem hohe Alkoholmengen vermieden werden. Eine durchschnittliche, tägliche Zufuhr von mehr als 10 g Alkohol für Frauen und 20 g Alkohol für Männer wird als riskant definiert [4].

Änderungsvorschlag:

Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums. Eine durchschnittliche, tägliche Zufuhr von mehr als 10 g Alkohol für Frauen und 20 g Alkohol für Männer wird als riskant definiert und bietet somit einen Anhaltspunkt für einen „übermäßigen“ Alkoholkonsum.

<p>zu 1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D (Z. 205-217)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>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.</i></p> <p>Bezüglich des Abschnitts „1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D“ ist es ausgesprochen sinnvoll und im Sinne einer optimierten Versorgung von Patient:innen geboten, dass die fachkundige Erläuterung zum Thema „Kalzium und Vitamin D“ nicht nur aufgrund eines „Kalziumrechners des IQWiG“ erfolgt, sondern bei Bedarf auf eine entsprechende Beratung durch eine Ernährungsfachkraft hingewiesen wird – beispielsweise im Rahmen von ärztlich verordneten „Patientenschulungen nach § 43 Nr. 1 Abs. 2 SGB V“.</p> <p>Im o.g. Passus wird eine tägliche Kalziumzufuhr von 1 000 mg mit der Nahrung empfohlen bzw. – wenn dies nicht gelingt – eine Supplementierung. Parallel wird eine Vitamin-D-Zufuhr von 800–1.000 IE täglich empfohlen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zwar sind solche pauschalen Werte hilfreiche Orientierung, jedoch stellt sich in der Praxis für Patientinnen und Patienten häufig die Herausforderung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie kann die eigene Kalziumzufuhr realistisch eingeschätzt werden (Lebensmittel, Portionsgrößen, Getränke, pflanzliche Alternativen)? ○ Welche individuellen Besonderheiten bestehen – z. B. bei Laktoseintoleranz, veganer Ernährung, Malabsorptionen, gleichzeitig bestehenden Medikamenten (z. B. Glukokortikoide, Antiresorptiva) oder therapielevanten Konstellationen (bei Osteoporosebehandlung)? ○ Wie lässt sich Vitamin D ausreichend aufnehmen – sowohl über Ernährung, Sonnenexposition als auch ggf. Supplementierung – insbesondere bei älteren, immobilen Risikopatient:innen? 2. Eine qualifizierte Ernährungsfachkraft kann gemeinsam mit Patient:innen die tatsächliche Ernährungssituation erheben: mithilfe eines „Kalziumrechners“ oder der Analyse eines strukturierten Ernährungsprotokolls, individuelle Lücken
--	--

identifizieren, Ergänzungs- bzw. Umstellungsempfehlungen geben (z. B. mehr Milchprodukte oder angereicherte pflanzliche Getränke, grüne Blattgemüse, Sardinen) und gleichzeitig auf mögliche Risiken einer Supplementierung hinweisen sowie Empfehlungen zur Einnahme (z. B. Kalzium idealweise aufgeteilt, nicht > 500 mg pro Einnahme, Einnahmezeitpunkt, gleichzeitig ausreichende Magnesium/Zink/Proteinzufuhr) erläutern.

3. Zudem kann die qualifizierte Ernährungsfachkraft in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin/dem Arzt die Besonderheiten einer Osteoporose-Therapie berücksichtigen: etwa das Risiko einer Hypokalzämie unter parenteraler Antiresorptiva und die Bedeutung ausreichender Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr gerade in dieser Situation.
4. Mit Blick auf Patientensicherheit sowie Sicherung der Versorgungsqualität bedeutet dies: Die Patientinnen und Patienten erhalten nicht nur eine pauschale Empfehlung („nehmen Sie 1.000 mg Kalzium täglich“) sondern sollen auf die Möglichkeit einer nachvollziehbaren, auf ihre Lebenslage zugeschnittene Beratung hingewiesen werden – was die Adhärenz erhöht – und das Risiko reduziert, dass eine Supplementierung falsch, ohne Nutzen oder mit Risiken erfolgt (z. B. Überdosierung, Interaktionen, falsch angenommenes „ausreichend“).

Änderungsvorschlag:

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 und sollte auf ernährungstherapeutische Beratungsangebote qualifizierter Ernährungsfachkräfte 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.

3. Literaturverzeichnis (Abruf der Online-Quellen am 10.11.2025)

1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7.
<https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
2. DGE Zulassungskriterien bzw. DGE Zulassungsempfehlungen.
<https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/> sowie https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2025/02_25/EU02_2025_M92_M96_cc.pdf
3. Glucocorticoid-induced osteoporosis: novel concepts and clinical implications. Hofbauer, Lorenz C et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 13, Issue 11, 964 – 979
4. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) zu Alkohol.
https://www.dge.de//fileadmin/Bilder/wissenschaft/referenzwerte/DGE-Position_Alkohol_EU_2024_10.pdf

Von: [Sylvia Kurth](#)
An: [Wörz, Markus](#)
Cc: dmp@g-ba.de; [DVfR Sekretariat](#)
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Dienstag, 11. November 2025 12:05:50
Anlagen: [image002.png](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Stellungnahmeverfahren DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose.

Die DVfR wird keine Stellungnahme einreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Sekretariat: 06221 / 187 901-0
Direktdurchwahl: 06221 / 187 901-14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: DVfR Sekretariat <sekretariat@dvfr.de>

Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 13:05

An: dmp@g-ba.de

Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir Ihnen den Empfang der Unterlagen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Alexandra Schifferdecker

- Sekretariat -

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 187 901 - 0
Fax: 06221 / 166 009
E-Mail: sekretariat@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

[Folgen Sie der DVfR auf LinkedIn!](#)

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46

An: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**
Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548
markus.woerz@g-ba.de
www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the

intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Clausen | Rheuma-Liga](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose
Datum: Dienstag, 11. November 2025 13:13:01
Anlagen: [image002.png](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Rheuma-Liga wird aus Kapazitätsgründen leider keine Stellungnahme abgeben können.

Mit besten Grüßen

Dr. J. Clausen

Dr. Jürgen Clausen
Referent Forschung

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7
53111 Bonn

Telefon: 0228 766 06-24
E-Mail: clausen@rheuma-liga.de

www.rheuma-liga.de
www.linkedin.com/company/deutscherheumaliga

www.youtube.com/RheumaLiga
www.instagram.com/deutsche_rheuma_liga
www.facebook.com/DeutscheRheumaLiga

Die Deutsche Rheuma-Liga kämpft als Selbsthilfeorganisation unermüdlich für Menschen, die von rheumatischen Erkrankungen betroffen sind. [Unterstützen Sie unser Engagement mit Ihrer Spende!](#)

[Gemeinsam mehr bewegen](#)

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Oktober 2025 12:46
An: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Osteoporose

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**
Abteilungsleiterin

i. A. **Dr. Markus Wörz**
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-548

markus.wörz@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Disease Management
Programme

ausschließlich per E-Mail an:
dmp@g-ba.de

Ihr Kontakt:
Herr Oster

Telefon: +492289977998238

E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1566

(bitte immer angeben)

Dok.: 116994/2025

Anlage: -

Bonn, 11.11.2025

DMP-A-RL: Aktualisierung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Sehr geehrter Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Beschlussentwurf.
Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	[03.Nov.2025]
Stellungnahme von	[DGfN]

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
keine

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 19, 1.2.	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV an. Patientinnen und Patienten mit therapieassoziiierter Osteoporose sollten auch vor dem 50. LJ eingeschlossen werden können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Wortlaut wie PatV</p>
Anlage 19, 1.4.2.1.	<p>Stellungnahme mit Begründung: Abaloparatid wurde versehentlich zum Sklerostinantikörper gezählt</p> <p>Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid (PTH1R-Aktivator) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper).</p>
Anlage 19, 1.4.2.2.	<p>Stellungnahme mit Begründung: Vitamin D wird in der Regel nicht in ausreichender Menge über die Nahrung aufgenommen. Eine Supplementierung mit 800 bis 1.000 IE Vitamin D3 täglich wird laut DVO-Leitlinie bei unzureichender oder unsicherer Eigenproduktion oder Zufuhr mit der Nahrung empfohlen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zusätzlich wird die tägliche Zufuhr von 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D empfohlen. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn Hinweise auf eine unzureichende Eigenproduktion bestehen oder ein Mangel nachweisbar ist. diese Menge mit der Ernährung nicht erreicht werden kann.</p>
Anlage 19, 1.4.4.	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Nierenfunktion sollte bei allen Patientinnen und Patienten (nicht erst ab 65 Jahren) kontrolliert und bei der Therapieauswahl berücksichtigt werden. Eine chronische Nierenkrankheit hat Einfluss auf den Knochenstoffwechsel. Sie kann zu Chronic kidney disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) und in der Folge auch zu Frakturen führen. Die CKD-MBD muss unbedingt bei der Therapie der Osteoporose berücksichtigt werden. Es wird empfohlen, die Therapie der CKD-MBD der Einleitung einer spezifischen, medikamentösen Osteoporosetherapie voranzustellen (Evenepoel et al. European consensus statement on the diagnosis an mangement of osteoporosis in CKD G4-5D; NDT 2021 (1)).</p> <p>Änderungsvorschlag: Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren Die Nierenfunktion soll vor Therapiebeginn bestimmt und dann mindestens in jährlichen Abständen</p>

	<p>durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei höhergradiger Einschränkung der Nierenfunktion soll eine Überweisung an einen nephrologischen Facharzt/nephrologische Fachärztin erfolgen, um eine therapiebedürftige CKD-MBD auszuschließen und das Konzept für die Behandlung der Osteoporose abzustimmen. Bei Verordnung von renal-eliminierten Arzneimitteln sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.</p>
<p>Anlage 19, 1.5.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Da man auch aus deutlichem Abfall der Knochendichte (>5%) ein Therapieversagen und einen Therapiewechsel ableiten würde (s. Abschnitt vorher), sollte die Knochendichtemessung nicht erst nach 5 Jahren erfolgen, sondern innerhalb von 5 Jahren, nach Studienlage im Mittel nach 3,2 Jahren (MANITOBA Studie; Leslie WD et al. 2019 (2)). Dies war mit einer verbesserten Frakturrisikosenkung und Medikamentenadhärenz verbunden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung sollte die Osteodensitometrie nach drei Jahren wiederholt werden. Frühere Messungen und weitere Messungen im Verlauf können aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde geboten sein. Die Wiederholungsmessung sollte nach Möglichkeit mit demselben Gerät erfolgen.</p>
<p>Anlage 19, 1.6.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Ärzte für Innere Medizin und Nephrologie sollte hier ergänzt werden für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion; Nach S3 Leitlinie der DGAM zur Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis wird eine Überweisung an einen nephrologischen Facharzt / nephrologische Fachärztin ab einer eGFR < 60ml/min bei zusätzlichen Hinweisen auf eine Nierenkrankheit (z.B. CKD-MBD) empfohlen. Die Patienten sind dann abhängig vom Stadium der Nierenkrankheit in regelmäßiger nephrologischer Kontrolle. Eine Arztwechsel für ein DMP Programm ist hier nicht sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: Innere Medizin und Nephrologie</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

- 1) Evenepoel et al. European consensus statement on the diagnosis and management of osteoporosis in CKD G4-5D; NDT 2021 Nephrol Dial Transplant 2021;36(1):42-59. DOI: [10.1093/ndt/gfaa192](https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa192)
- 2) Fracture Risk Indices From DXA-Based Finite Element Analysis Predict Incident Fractures Independently From FRAX: The Manitoba BMD Registry. Leslie WD et al. Journal of Clinical Densitometry, Volume 22(3): 338-345 <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.02.001>
- 3) DGAM Leitlinie Versorgung von Patient*innen mit nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz in der Hausarztpraxis https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-048_Versorgung%20von%20Patienten%20mit%20nicht-dialysepflichtiger%20Niereninsuffizienz%20in%20der%20Hausarztpraxis/oeffentlich-2024/2024-11-25_01vsf22011_ckdup_anlage_1_langversion.pdf



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	12.11.2025
Stellungnahme von	Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
In 1.3 des Beschlussentwurfs sind die wichtigsten patientenrelevante Therapieziele gelistet. In 1.4 werden nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieziele ausgewogen dargestellt. In 1.5 sind alle wichtigen Kontrolluntersuchungen enthalten.
<p>In Anbetracht dieser Empfehlungen zur Behandlung ist es unverständlich, dass gemäß 1.6. dissente Positionen zur Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für PRM vorliegen.</p> <p>Der Einbezug der FachärztInnen für PRM in das DMP Osteoporose leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Der politische Versorgungsauftrag bei der Installierung von neuen DMP – Versorgungsstrukturen und deren Weiterentwicklung impliziert die Schließung von Versorgungslücken und nicht die Zementierung von Versorgungsdefiziten. In den KV-Bezirken Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland z.B. wurde dem Rechnung getragen und Ärztinnen und Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin wurden in das DMP Osteoporose aufgenommen.</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1.6.1. Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose müssen die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt über ausgewiesene Kompetenzen in der Festlegung von Therapiezielen (vgl. 1.3), der Durchführung nicht-medikamentöser und medikamentöser Therapien (vgl. 1.4) sowie in ärztlichen Kontrolluntersuchungen (vgl. 1.5) verfügen.</p> <p>Diese Kompetenzen sind in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) [1] und durch osteologische Zusatzqualifikationen definiert.</p> <p>In der MWBO des Fachgebiets Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) sind diese Anforderungen umfassend abgebildet. Daher ist es folgerichtig, dass im Beschlussentwurf des G-BA von KBV und DKG die Ärztinnen und Ärzte für PRM als koordinierende Ärztinnen und Ärzte vorgeschlagen wurden.</p> <p>Die ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes ist vor dem Hintergrund der ärztlichen Tätigkeiten und der MWBO nicht nachvollziehbar.</p> <p>Ärztinnen und Ärzte für PRM betreuen – ähnlich wie Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin – Patientinnen und Patienten mit komplexen geriatrischen, muskuloskelettalen, rheumatologischen und neurologischen Erkrankungen in der präventiven, kurativen und rehabilitativen Langzeitversorgung.</p> <p>Die in Abschnitt 1.3 genannten Therapieziele (z. B. Vermeidung von Frakturen, Vermeidung von Stürzen, Verbesserung der Lebensqualität, Reduktion von Schmerzen, Erhalt von Funktion und Beweglichkeit) entsprechen den Kernzielen der Therapie in der PRM.</p> <p>Ebenso decken sich die in 1.4.1 beschriebenen nicht-medikamentösen Maßnahmen – Anpassung des Lebensstils; Ermittlung des Sturzrisikos; Körperliches Training und Sturzprophylaxe; Heil und Hilfsmittel-Versorgung – vollständig mit dem Kompetenzprofil der PRM.</p> <p>Die in Abschnitt 1.5 genannten Kontrolluntersuchungen (z. B. Sturzanamnese, Motivation zu adäquatem, regelmäßigen Training, Erfassung von Frakturen) sind typische Bestandteile der ärztlichen Tätigkeit im Fachgebiet PRM.</p> <p>In der MWBO 2018 ist für das Fachgebiet PRM die Methoden – und Handlungskompetenz für die Rehabilitative Langzeitversorgung und ambulante rehabilitative Krankenbehandlung verankert mit der</p>

Benennung der Methodenkompetenz für Rehabilitative Langzeitversorgung und Nachsorge sowie der Handlungskompetenzen:

- Auswahl und Einleitung zur Leistung von Leistungen zur Teilhabe in der Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen
- Einleitung von Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport

Dies schließt explizit PatientInnen mit Frakturfolgen, multimorbide und geriatrische PatientInnen ein. Hier ist ebenfalls das Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten miteingeschlossen, wie es in der neuen S3 Leitlinie verankert ist (AWMF-Registern. 145-005) [2]. Diese umfasst neben Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität die Schmerzerfassung bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, allgemeine Empfehlungen zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Interventionen sowie krankheitsspezifische Empfehlungen zu (nicht-)medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen. Exemplarisch werden Schmerzen nach osteoporosebedingten Frakturen genannt.

Zudem ist die Prävention in der MWBO als zentrales Element verankert, einschließlich:

- Patientenschulung und Information, Ernährungstherapie, Sporttherapie.
- Prävention: Prävention von Krankheiten, arbeitsplatzbedingten Belastungen und Schädigungen (Primärprävention),
- Prävention von Krankheitsfolgen (Sekundärprävention),
- Prävention von Einschränkungen der Teilhabe sowie von Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf (Tertiärprävention)

Zu den in der MWBO 2018 benannten Handlungskompetenzen zählen:

- Manualmedizinische Untersuchung von Komplex- und Einzelbefunden des Bewegungssystems, z. B. Bewegungsstörungen, regionale Befunde, Einzelbefunde an Gelenken, Muskeln, faszialen, viszeralen und neuronalen Strukturen
- Neurologische Befunderhebung bei Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems
- Stand- und Ganganalyse
- Indikationsbezogene Auswertung von Assessmentinstrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung.

Die Indikationsbezogene Auswertung der Assessments schließt die unter Punkt 1.4.1.2. geforderten Geriatrischen Basisassessments mit Sturzassessments mit ein und stellt eine Kernkompetenz des Fachgebietes dar. Vgl. dazu auch obligate und fakultative

	<p>Leistungsinhalte der GOP 27332/Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik des EBM-Leistungskataloges, Kapitel 27 [3].</p> <p>In der MWBO 2018 ist weiterhin für Krankheiten und Störungen der Funktionsfähigkeit die Handlungskompetenz Mit- und Anschlussbehandlung sowie Rehabilitation von Erkrankungen und Funktionsstörungen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folgen komplikativer Krankheitsverläufe - funktionelle, degenerative, entzündliche und stoffwechselbedingte Krankheiten des Bewegungssystems u.a. <p>verankert und schließt die Kompetenz des Fachgebietes PRM für die Mitversorgung von PatientInnen mit Frakturfolgen, multimorbider und geriatrischer PatientInnen mit ein.</p> <p>Ferner umfasst die MWBO die Kompetenz zur Mit- und Anschlussbehandlung bei funktionellen, degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten Erkrankungen des Bewegungssystems.</p> <p>Die Frakturdiagnostik wird in der MWBO 2018 durch radiologische Fallbesprechungen und eine zwölfmonatige Weiterbildung in der stationären Akutversorgung im Gebiet Chirurgie abgedeckt.</p> <p>Die MWBO 2018 beschreibt die Methodenkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte für PRM u. a. für: physiologische Wirkung und Therapieeffekte von physikalischen Therapien, z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Ergotherapie und Sporttherapie. Hinzu kommt die Handlungskompetenz zur Indikationsstellung, Einleitung und Verlaufsbeurteilung physikalischer und rehabilitativer Maßnahmen unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung.</p> <p>Die leitliniengerechte Pharmakotherapie der Osteoporose ist durch die 24-monatige Tätigkeit in der stationären Akutversorgung in Chirurgie und Innerer Medizin abgesichert. Darüber hinaus gibt das DMP Osteoporose die differentialindikative leitliniengerechte medikamentöse Therapie vor, und die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nehmen an Schulungen gemäß den Anforderungen in § 4 der Richtlinie teil.</p> <p>Damit erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin vollumfänglich die Anforderungen an die/den in Ausnahmefällen koordinierende Ärztin / Arzt entsprechend der DMP-Anforderungen-Richtlinie. Mit seinen Kernkompetenzen empfiehlt sich das Fachgebiet PRM explizit auch für die DMP-Osteoporose-Schulungen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In Ausnahmefällen kann die Koordination auch durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder

	<ul style="list-style-type: none">- für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder- für Innere Medizin und Rheumatologie- für Physikalische und Rehabilitative Medizin erfolgen.
--	--

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

[1] MWBO (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2025

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf

[2] S3 Leitlinie zum Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005>

[3] Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand 4.Quartal 2025

<https://www.kbv.de/documents/praxis/abrechnung/ebm/2025-4-ebm.pdf>



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	12. November 2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie dankt ausdrücklich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Anlagen 19 und 20 des DMP Osteoporose. Aus unserer Sicht sind die Ergänzungen bzw. Änderungen sehr sinnvoll, gut begründet und spiegeln auch die neuen Entwicklungen in der spezifischen Pharmakotherapie der Osteoporose (Romosozumab und Abaloparatid) wieder. Als außerordentlich wichtig und sinnvoll betrachten wir auch die Anpassung der Einschreibekriterien für das DMP Osteoporose auf Basis der aktuellen DVO-Leitlinie.

Osteoporose und Frakturen komplizieren als Komorbidität viele entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Insbesondere trifft dies zu bei Rheumatoider Arthritis, ankylosierender Spondylitis sowie Kollagenosen und Vaskulitiden. Gerade bei Rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis sind zudem pathogenetischer Prozess und entzündliche Aktivität der Erkrankung einerseits und Osteoporose und Frakturen andererseits pathophysiologisch eng miteinander verknüpft. Als Rheumatologen betrachten wir daher die osteologische Basisdiagnostik zur Evaluation des Frakturrisikos und die Einleitung entsprechender prophylaktischer und therapeutischer Maßnahmen zur Osteoprotektion als wesentlichen Bestandteil unseres diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Ferner haben wir als Rheumatologen auch die Möglichkeit, durch eine bessere Kontrolle der Aktivität der Grunderkrankung unter Einbeziehung Glukokortikoid-sparender Medikamente zum Knochenschutz beizutragen. Es ist in diesem Zusammenhang sinnvoll und essenziell, rheumatologische und osteologische Langzeitbetreuung unserer Patienten zu verknüpfen. Basierend auf den im Rahmen der Ausbildung erworbenen Kenntnissen ist die Fachärztin/der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie zudem auch qualifiziert, Patientinnen und Patienten mit Osteoporose unabhängig vom Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung zu behandeln. Durch die Ermöglichung einer uneingeschränkten Teilnahme am DMP Osteoporose können wir als Rheumatologen zur weiteren Verbesserung der osteologischen Betreuung beitragen.

Entsprechend möchten wir beantragen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie nicht nur im Ausnahmefall, sondern generell am DMP Osteoporose teilnehmen können, sofern vom Patienten gewünscht. Entsprechende Argumente sind in der Stellungnahme zu spezifischen Aspekten aufgeführt. Weitere Änderungsvorschläge betreffen die Möglichkeit zur Aufnahme jüngerer Patienten in das DMP Osteoporose sowie die noch etwas deutlichere Formulierung zur antiresorptiven Anschlussstherapie nach osteoanaboler bzw. dualer Therapie und nach Beendigung von Denosumab.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.
<p>Zu Punkt 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (beginnend Zeile 308 des Servicedokuments bzw. der der Anlage 3)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aktuell wird klargestellt, dass die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfolgt. Ferner wird festgelegt, dass die Langzeitbetreuung auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie erfolgen kann, sofern keine Multimorbidität vorliegt.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Osteoporose eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist, oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Die Möglichkeit der Langzeitbetreuung im Rahmen des DMP Osteoporose in Ausnahmefällen gilt aktuell für folgende qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Rheumatologie <p>Aus unserer Sicht sollte eine qualifizierte Fachärztin bzw. ein qualifizierter Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie <u>generell</u> sowohl als <u>angestellter Arzt</u> einer entsprechend qualifizierten und über die notwendigen Möglichkeiten der osteologischen Diagnostik verfügenden Einrichtung <u>als auch in der Niederlassung</u> die Möglichkeit haben, <u>uneingeschränkt an der Langzeitbetreuung von Patienten im Rahmen des DMP Osteoporose teilzunehmen</u>. Dies gilt für alle Patienten mit Osteoporose, v.a. jedoch bei Patienten mit Osteoporose im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen.</p> <p>Dies wird wie folgt begründet.</p>

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie erwerben während ihrer Ausbildung die notwendigen Kenntnisse zur Langzeitbetreuung von Patienten mit Osteoporose

Die Diagnostik und konservative Therapie sowie Langzeitbetreuung von Osteoporose und Osteomalazie sowie anderer Osteopathien gehört laut Weiterbildungsordnung zu den während der Facharztausbildung zu erwerbenden Kompetenzen einer Fachärztin/eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie (Pfeil et al. 2025). Dazu gehören auch Indikation, Durchführung und Bewertung von DXA-Knochenmineraldichtemessungen (Pfeil et al. 2021).

Dabei sind Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie über die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin wie auch Rheumatologie besonders geschult im differenzierten Einsatz pharmakologischer Therapien, v.a. der Antikörper-basierten Therapie, welche im Rahmen der Osteoporose einen zunehmenden Stellenwert hat.

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sind bereits relevant an der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Osteoporose beteiligt

Daten aus der EU (27+2 Länder) zeigen, dass nach der Endokrinologie (25%) die Rheumatologie (20%) gleichwertig zur Orthopädie (20%) in der Behandlung von Osteoporose involviert ist. Die Innere Medizin / Allgemeinmedizin ist nach der Gynäkologie (14%) mit 12% beteiligt. In Deutschland sind nach dem SCOPE 21 Bericht die Primärversorgende der Osteoporose die Osteologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Orthopädie und Gynäkologie. Osteoporose ist in diesen Fachbereichen ein Teil der spezifischen Weiterbildung. Wichtig ist anzumerken, dass in dem Bericht nicht zwischen operativer Versorgung und pharmakologischer Therapie oder Diagnostik unterschieden wird, sodass eine Mehrfachnennung möglich war (Kanis JA et al. Arch Osteoporos. 2021 Jun 2;16(1):82 (SCOPE 21)).

Häufigkeit von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit begleitendem und/oder Therapie-bedingtem hohen Osteoporose- und Frakturrisiko

Basierend auf aktuellen epidemiologischen Daten und den aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose, insbesondere der „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ (DVO-Leitlinie von 2023), auf die sich das DMP Osteoporose stützt, kann festgestellt werden, dass wir es in Deutschland mit einer sehr hohen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) und einem hohen Risiko für Osteoporose und Frakturen zu tun haben, die neben der internistisch rheumatologischen Langzeitbetreuung einer qualifizierten osteologischen Langzeitbetreuung bedürfen. Nach entsprechenden Untersuchungen des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin (Albrecht et al. 2024) muss von

folgenden geschätzten Prävalenzen für wichtige ERE in Deutschland ausgegangen werden:

- Rheumatoide Arthritis: 550.000– 830.000
- Ankylosierende Spondylitis: 350.000
- Alle Spondyloarthritiden: 690.00 – 970.000
- Systemischer Lupus erythematodes (SLE): 39.000
- ANCA-assoziierte Vaskulitiden (AAV): 18.000
- Myositis: 10.000 – 14.000
- Riesenzellerteriitis (RZA): 15.000 – 19.000
- Polymyalgia rheumatica (PMR): 66.000 – 71.000

In den aktuell gültigen DVO-Leitlinien von 2023 werden Rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis/axiale Spondyloarthritis und Systemischer Lupus erythematodes auch unabhängig vom Vorliegen einer Glukokortikoidtherapie als Risikofaktoren für Osteoporose und Frakturen aufgeführt (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). In der Behandlung der oben aufgeführten Systemerkrankungen (SLE, AAV, RZA, Myositis) und bei der PMR haben Glukokortikoide (GK) einen außerordentlich hohen Stellenwert, sie sind in der Regel aktuell noch unverzichtbar und bei RZA und PMR als Monotherapie Mittel der ersten Wahl. In den aktualisierten Leitlinien zu den genannten entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen (Holle et al. 2025, Schirmer et al. 2020, Buttgereit et al. 2025, Paik et al. 2025, Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2024) wird zwar im Vergleich zu früheren Leitlinien zumindest teilweise eine beschleunigte Reduktion der GK-Dosis empfohlen. Jedoch resultiert für Patienten mit AAV einschließlich der Eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) (Holle et al. 2025), RZA (Schirmer et al. 2020), PMR (Buttgereit et al. 2025), Myositis (Paik et al. 2025) und Patienten mit schweren organbedrohenden Verlaufsformen des SLE, insbesondere mit Lupus-Nephritis (Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2024), auch nach den aktuell in den Leitlinien empfohlenen Reduktionsschemata für GK in der Regel eine Behandlung mit einer GK-Dosis von mehr als 7,5 mg Prednisolonäquivalent/Tag über mehr als 3 Monate. Diese Patienten sind im Falle einer im letzten Jahr begonnen oder in der Dosis erhöhten GK-Therapie in den DVO-Leitlinien mit dem sehr hohen Risikogradienten von 4,9 abgebildet und es besteht bei Einleitung der Immunsuppression, welche nahezu immer durch den Rheumatologen erfolgt, ein imminentes Frakturrisiko (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). Bei länger behandelten Patienten mit den genannten Systemerkrankungen besteht häufig eine niedrig dosierte chronische Prednisolontherapie im Rahmen der Erhaltungstherapie fort. Auch diese Patienten sind unter den Risikofaktoren in der DVO-Leitlinie mit entsprechenden Risikogradienten abgebildet (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien).

Basierend auf den o.g. epidemiologischen Daten, den DVO-Leitlinien von 2023 und der aktuellen Leitlinien zur Therapie wichtiger ERE muss mit einer Prävalenz von 1.048.000 – 1.342.000 Patienten mit ERE in Deutschland gerechnet werden, bei denen ein erhöhtes Frakturrisiko

besteht. Dabei besteht zumindest bei AAV, RZA, Myositis und schwerem SLE bei Einleitung der Immunsuppression in Kombination mit einer langfristig hochdosierten GK-Therapie ein imminentes Frakturrisiko. Bereits die hohe Prävalenz von ERE-Patienten mit erhöhtem Frakturrisiko und die Tatsache, dass in der Regel der Rheumatologe bei diesen Patienten die definitive Erstdiagnose stellt (bei den Systemerkrankungen unter Einbeziehung eines umfangreichen Organscreenings) und die Behandlung einleitet, spricht dafür, dass der Rheumatologe auch die Langzeitbetreuung der bei den genannten ERE außerordentlich häufigen Komorbidität Osteoporose generell übernehmen sollte. Dafür spricht auch die Notwendigkeit der dauerhaften Betreuung dieser Patienten durch den Rheumatologen. Bereits bestehende Behandlung durch den Rheumatologen und Notwendigkeit der langfristigen Betreuung durch denselben sind zum Zeitpunkt der osteologischen Basisdiagnostik zur Einschätzung des Frakturrisikos somit bei ERE keine Ausnahme, sondern die Regel. Auch aus wirtschaftlichen Gründen ist es bezogen auf die Anzahl der Arzttermine sinnvoll, wenn ein Patient zeitgleich mit der rheumatologischen Evaluierung im Rahmen der Langzeitbetreuung auch die osteologische Kontrolluntersuchung (auch im Rahmen des DMP Osteoporose) erhält.

Komplexe Zusammenhänge zwischen Therapie und Aktivität der entzündlich rheumatischen Erkrankung und Osteoporose- und Frakturrisiko

Ein weiterer Gesichtspunkt, der für eine uneingeschränkte Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie an der Langzeitbetreuung von Patienten mit ERE und entsprechendem Frakturrisiko im Rahmen des DMP Osteoporose spricht, ist die komplexe Pathogenese der Osteoporose bei ERE (Buttgereit et al. 2024, Oelzner et al. 2024, Wiebe et al. 2022). Als Beispiel sei hier die Rheumatoide Arthritis (RA) genannt. Risikofaktoren für Osteoporose bei RA sind höheres Lebensalter, niedriger Body Mass Index (BMI) bzw. niedriges Gewicht, Therapie mit GK insbesondere bei hohen kumulativen und täglichen Dosen, lange Erkrankungsdauer, weibliches Geschlecht und Postmenopausestatus, aber auch hohe Krankheitsaktivität, ein hohes Ausmaß der periartikulären Gelenkdestruktion sowie eine ausgeprägte Funktionseinschränkung (Übersicht bei Oelzner et al. 2024). Wichtige Risikofaktoren für Frakturen bei RA sind: Hohes Lebensalter, längerfristige kontinuierliche GK-Therapie, ausgeprägtes Funktionsdefizit, frühere Frakturen, weibliches Geschlecht, Postmenopausestatus, niedrige Knochenmineraldichte sowie Stürze (Übersicht bei Oelzner et al. 2024). Diese Auflistung zeigt, dass nicht nur nicht modifizierbare Erkrankungs-unabhängige Faktoren und die Therapie mit GK wichtige Risikofaktoren für Osteoporose und Frakturen bei RA sind. Auch eine unzureichend kontrollierte Krankheitsaktivität sowie ein daraus potenziell resultierendes ausgeprägteres Funktionsdefizit erhöht das Risiko für Osteoporose und Frakturen. Das Risiko für Osteoporose und Frakturen ist daher sehr eng mit erfolgreicher oder unzureichender Krankheitskontrolle der RA im Besonderen und bei ERE im Allgemeinen verknüpft. Wiebe et al.

konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass GK-Dosen von $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent pro Tag nur dann prädiktiv für eine niedrige Knochenmineraldichte bei RA waren, wenn gleichzeitig eine hohe oder moderate Erkrankungsaktivität vorlag (Wiebe et al. 2024). Ein generelles Ziel zum Knochenschutz bei RA im Besonderen und bei ERE im Allgemeinen besteht daher nicht nur darin, die tägliche und kumulative GK-Dosis so niedrig wie möglich zu halten und die GK-Therapie möglichst rasch auszuschleichen, sondern auch die Aktivität der ERE effektiv und dauerhaft zu unterdrücken bzw. eine Remission derselben oder zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen (Buttgereit et al. 2024). Um dieses Ziel zu erreichen, sind regelmäßige Kontrollen der Krankheitsaktivität mittels etablierter Scores, z.B. DAS28 bei RA, ASDAS und BASDAI bei ankylosierender Spondylitis, SLEDAI bei SLE und BVAS bei AAV sowie ggf. eine entsprechende Therapieeskalation erforderlich. Diese Maßnahmen erfordern die Expertise einer Rheumatologin/eines Rheumatologen und sind in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie enthalten (Pfeil et al 2025).

Die Interaktionen zwischen Therapie und Krankheitsaktivität der ERE und deren Auswirkungen auf Osteoporose- und Frakturrisiko sprechen eindeutig dafür, dass der Rheumatologe uneingeschränkt an der Langzeitbetreuung von Patienten im Rahmen des DMP Osteoporose teilnehmen sollte, sofern die Einschreibekriterien für die Patienten erfüllt sind und der Patient dies wünscht.

Gezielter Einsatz Glukokortikoid-sparender Therapieprinzipien durch den Rheumatologen

Insbesondere bei entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wurden GK-sparende Therapieprinzipien etabliert und in den Leitlinien verankert (Holle et al. 2025, Schirmer et al. 2020, Buttgereit et al. 2025, Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2025). Zu nennen wären hier Belimumab (Jais et al. 2024) und Anifrolumab (Morand et al. 2020, Strand et al. 2025) beim SLE, Avacopan bei AAV (Jayne et al. 2021), Mepolizumab bei EGPA (Wechsler et al. 2017, Wechsler et al. 2025), Tocilizumab bei RZA (Stone et al. 2017) und Sarilumab bei PMR (Spiera et al. 2023). Für Avacopan bei AAV, Tocilizumab bei RZA und Sarilumab bei PMR gibt es in den Leitlinien entsprechende detaillierte Empfehlungen für den Einsatz bei Patienten mit erhöhtem Risiko für GK-Nebenwirkungen, zu denen auch die Osteoporose gehört (Holle et al. 2025, Schirmer et al. 2020, Buttgereit et al. 2025). Der gezielte Einsatz GK-sparender Substanzen, der somit auch dem Knochenschutz dient, bedarf der Expertise des Rheumatologen.

Notwendigkeit einer osteologischen Frühdiagnostik bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Bei retrospektiver Analyse von 1086 Patienten mit RA fand sich eine hochsignifikante Abnahme der Prävalenz von Osteoporose (28,3 % vs. 48,4 %), peripheren (11,5 % vs. 21 %) und vertebralem Frakturen (6,6 % vs. 10,9 %) bei osteologischer Erstdiagnostik im Zeitraum 2005 - 2019 verglichen

mit dem Zeitraum 1996 - 2004 (Oelzner et al. 2024). Diese positive Entwicklung war assoziiert mit einem höheren Anteil an Patienten in denen die osteologische Diagnostik in einem Zeitraum von ≤ 2 Jahren nach Diagnose der RA erfolgte und einer besseren Krankheitskontrolle (weniger GK, mehr Biologika, geringere entzündliche Aktivität) bei einer Krankheitsdauer von > 2 Jahren. Während bis zu einer RA-Dauer von ≤ 2 Jahren eine niedrige Knochenmineraldichte (BMD) mit demographischen Faktoren wie hohem Alter, weiblichem Geschlecht, Postmenopausestatus und niedrigem BMI assoziiert war, zeigten bei einer RA-Dauer von mehr als 2 Jahren hohe kumulative GK-Dosen und hohe BSG eine Assoziation mit niedriger BMD, während eine Vortherapie der RA mit Biologika osteoprotektiv war. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine frühzeitige osteologische Diagnostik bei RA geeignet ist, Patienten mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko zu einem Zeitpunkt zu identifizieren, an dem sich potenzierende Effekte eines ungünstigen Krankheitsverlaufs auf den Knochen noch nicht ausgewirkt haben. Auch diese osteologische Frühdiagnostik zur Kalkulation des Frakturrisikos und Leitlinien-basierten Einleitung entsprechender prophylaktischer bzw. therapeutischer Maßnahmen sollte sinnvollerweise durch den Rheumatologen erfolgen, der die Diagnose stellt und die weitere Langzeitbetreuung durchführt.

Die vom Rheumatologen betreuten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bieten gute Voraussetzungen zur Erfüllung der Einschreibekriterien für das DMP Osteoporose und zum Erreichen der Qualitätsziele

Bezogen auf die Einschreibekriterien (Zeilen 58 - 69 des Servicedokuments) kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere das 2. und 3. Kriterium (mindestens 5 % iges Frakturrisiko in 3 Jahren bzw. mindestens 3 % iges Frakturrisiko in 3 Jahren bei gleichzeitigem Vorliegen von irreversiblen Risikofaktoren oder eines imminents Frakturrisikos) bei sehr vielen Patienten erfüllt sind (siehe auch Häufigkeit von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit hohem Osteoporose- und Frakturrisiko). Somit ergibt sich bei einem hohen Prozentsatz von Patienten mit ERE die Indikation zur spezifischen osteologischen Therapie. In einer retrospektiven Analyse bei 1086 RA-Patienten lag in der Subgruppe, bei der die osteologische Erstdiagnostik in den Jahren 2005 – 2019 erfolgte, die Osteoporoseprävalenz (osteodensitometrisch) bei 28,3 %, prävalente periphere Frakturen fanden sich in 11,5 % und vertebrale Frakturen in 6,6 % (Oelzner et al. 2024). Bezüglich der Qualitätsziele (ab Zeile 369 des Servicedokuments) ist somit von einem nicht zu hohen Anteil von Patienten mit neu aufgetretenen Frakturen aber einem hohen Anteil von Patienten mit Indikation für eine spezifische osteologische Therapie auszugehen. Dies gilt insbesondere auch für Patienten mit Systemerkrankungen und hohen GK-Dosen (s.o.).

	<p>Literatur:</p> <p>Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, McCloskey EV, Willers C, Borgström F. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. Arch Osteoporos. 2021;16(1):82.</p> <p>Pfeil A, Fleck M, Aringer M, Baraliakos X, Ernst D, Haase I, Hillebrecht C, Hoyer BF, Keyßer G, Kötter I, Krause A, Krusche M, Lorenz HM, Proft F, Schuch F, Vossen D, Voormann A, Wagner U, Wollenhaupt J, Specker C; Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie; Kommission Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie. Kriterien für die Weiterbildungsbefugnis zur Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie – ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie. Z Rheumatol. 2025;84(1):59-67.</p> <p>Pfeil A, Krusche M, Vossen D, Berliner MN, Keyßer G, Krause A, Lorenz HM, Manger B, Schuch F, Specker C, Wollenhaupt J, Baraliakos X, Fleck M, Proft F. Mustercurriculum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die Weiterbildung im Fachgebiet Innere Medizin und Rheumatologie. Z Rheumatol 2021;80(7):688-69.</p> <p>Albrecht K, Binder S, Minden K, Poddubnyy D, Regierer AC, Strangfeld A, Callhoff J. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. Z Rheumatol. 2024;83(Suppl 1):20-30.</p> <p>Holle JU, Kubacki T, Aries P, Hellmich B, Kernder A, Kneitz C, Lamprecht P, Schirmer JH, Schreiber A, Berlit P, Bley TA, Blödt S, Decker L, de Groot K, Engel S, Jordans I, Frye B, Haubitz M, Holl-Ulrich K, Kötter I, Laudien M, Milger-Kneidinger K, Muche-Borowski C, Müller-Ladner U, Neß T, Nölle B, Reinhold-Keller E, Ruffer N, Scheuermann K, Venhoff N, von Vietinghoff S, Wiech T, Zänker M, Moosig F. Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) und Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN), Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG), Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.(DGP), Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP), Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. (DRG), Bundesverband Deutscher Pathologen, Bundesverband Niere e.V., Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. Z Rheumatol 2025;84(3):225-251.</p>
--	--

Schirmer JH, Aries PM, Balzer K, Berlit P, Bley TA, Buttgereit F, Czihal M, Dechant C, Dejaco C, Garske U, Henes J, Holle JU, Holl-Ulrich K, Lamprecht P, Nölle B, Moosig F, Rech J, Scheuermann K, Schmalzing M, Schmidt WA, Schneider M, Schulze-Koops H, Venhoff N, Villiger PM, Witte T, Zänker M, Hellmich B. S2k-Leitlinie "Management der Großgefäßvaskulitiden. Z Rheumatol. 2020;79(Suppl 3):67-95.

Buttgereit F; DGRh; Boyadzhieva Z, Reisch M; ÖGR; Schneider M, Brabant T; DGG; Daikeler T; SGR; Duftner C, Erstling U; Fachverband Rheumatologische Fachassistenz; Garske U; Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.; Hellmich B, Kyburz D, Reißhauer A; DGPRM; Reuß-Borst M; DGIM; Scheuermann K, Steffens-Korbanka P, Dejaco C. S2e-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica: Update 2024 Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh), der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) und der beteiligten medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Organisationen. Z Rheumatol 2025;84(6):494-505.

Paik JJ, Werth VP, Chinoy H, Masri KR, Jambekar A, Hasan F, Borlenghi CE, Gold DA. Treatment guidelines for idiopathic inflammatory myopathies in adults: a comparative review. Rheumatology (Oxford) 2025;64(6):3288-3302.

Mucke J, Anders H-J, Aringer M, Berlit P, Böltz S, Burchardi F-C, Dörner T, Fischer-Betz R, Hoyer BF, Lorenz H-M, Meder B, Miesbach W, Reuss-Borst M, Schanze S, Schwarting A, Seeliger B, Specker C, Tenbrock K, Voll R, Weinmann-Menke J, Witte T, Worm M, Bertsias G, Schneider M. Management des systemischen Lupus erythematodes inklusive sekundärem Antiphospholipid-Syndrom, Kinderwunsch und Schwangerschaft. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung e.V. (GTH), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V., Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG). AWMF-Register Nr. 060/008, AWMF online 2025

Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J Aringer M, Arnaud L, Bae SC, Boletis J, Bruce IN, Cervera R, Doria A, Dörner T, Furie RA, Gladman DD, Houssiau FA, Inês LS, Jayne D, Kouloumas M, Kovács L, Mok CC, Morand

EF, Moroni G, Mosca M, Mucke J, Mukhtyar CB, Nagy G, Navarra S, Parodis I, Pego-Reigosa JM, Petri M, Pons-Estel BA, Schneider M, Smolen JS, Svenungsson E, Tanaka Y, Tektonidou MG, Teng YO, Tincani A, Vital EM, van Vollenhoven RF, Wincup C, Bertsias G, Boumpas DT. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis* 2024;83(1):15-29.

Buttgereit F, Palmowski A, Bond M, Adami G, Dejaco C. Osteoporosis and fracture risk are multifactorial in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2024;20(7):417-431.

Oelzner P, Mueller PH, Hoffmann T, Schwabe A, Lehmann G, Eidner T, Wolf G, Pfeil A. Significant decrease of osteoporosis and osteoporotic fractures in rheumatoid arthritis within a period of 24 years: experiences of a single centre. *RMD Open* 2024;10(3):e004564. doi: 10.1136/rmdopen-2024-004564.

Wiebe E, Huscher D, Schaumburg D, Palmowski A, Hermann S, Buttgereit T, Biesen R, Burmester GR, Palmowski Y, Boers M, Stone JH, Dejaco C, Buttgereit F. Optimising both disease control and glucocorticoid dosing is essential for bone protection in patients with rheumatic disease. *Ann Rheum Dis* 2022;81(9):1313- 1322.

Jaïs M, Roblot P, Maillot F, Hamidou M, Enfrein A, Lescoat A, Puyade M, Martin M, Perier A. Belimumab corticosteroid-sparing treatment in systemic lupus erythematosus: a real-life observational study (BESST study). *Rheumatol Int* 2024;44(11):2465-2471.

Morand EF, Furie R, Tanaka Y, Bruce IN, Askanase AD, Richez C, Bae SC, Brohawn PZ, Pineda L, Berglind A, Tummala R; TULIP-2 Trial Investigators. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med* 2020;382(3):211-221.

Strand V, Kalunian KC, Lee KW, Seo C, Abreu G, Tummala R, Al-Mossawi H, Duncan EA, Lindholm C. Long-term effect of anifrolumab on patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus (TULIP-LTE): a randomised, placebo-controlled, phase 3 long-term extension trial. *Lancet Rheumatol* 2025;7(7):e485-e494.

Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, Klearman M, Aringer M, Blockmans D, Brouwer E, Cid MC, Dasgupta B, Rech J, Salvarani C, Schett G, Schulze-Koops H, Spiera R, Unizony SH, Collinson N. Trial of Tocilizumab in Giant-Cell Arteritis. *N Engl J Med* 2017;377(4):317-328.

Wechsler ME, Silver J, Wolff G, Price RG, Verghis R, Weller PF, Merkel PA, Khoury P; EGPA Mepolizumab Open-Label Extension Study Group. Long-Term Safety and Efficacy of Mepolizumab in Eosinophilic Granulomatosis With Polyangiitis. *Arthritis Rheumatol* 2025;77(8):1052-1062.

Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, Khoury P, Klion A, Langford CA, Merkel PA, Moosig F, Specks U, Cid MC, Luqmani R, Brown J, Mallett S,

	<p>Philipson R, Yancey SW, Steinfeld J, Weller PF, Gleich GJ; EGPA Mepolizumab Study Team. Mepolizumab or Placebo for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. N Engl J Med 2017;376(20):1921-1932.</p> <p>Jayne DRW, Merkel PA, Schall TJ, Bekker P; ADVOCATE Study Group. Avacopan for the Treatment of ANCA-Associated Vasculitis. N Engl J Med. 2021;384(7):599-609</p> <p>Spiera RF, Unizony S, Warrington KJ, Sloane J, Giannelou A, Nivens MC, Akinlade B, Wong W, Bhore R, Lin Y, Buttgereit F, Devauchelle-Pensec V, Rubbert-Roth A, Yancopoulos GD, Marrache F, Patel N, Dasgupta B; SAPHYR Investigators. Sarilumab for Relapse of Polymyalgia Rheumatica during Glucocorticoid Taper. N Engl J Med 2023;389(14):1263-1272.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, kann die Langzeitbetreuung nach Satz 1 auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Bei Patienten mit entzündlich-rheumatischer Erkrankung und Osteoporose bzw. erhöhtem Frakturrisiko sollte die Langzeitbetreuung nach Satz 1 primär durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen.</p>
<p>Zu 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe (beginnend mit Zeile 45 des Servicedokuments)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aus rheumatologischer Sicht sollte es ermöglicht werden, auch Patientinnen und Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung und einem Alter von weniger als 50 Jahren in die Langzeitbetreuung im Rahmen des DMP Osteoporose einzuschließen. Die Diagnosen SLE und ankylosierende Spondylitis (AS) sind in den DVO-Leitlinien als unabhängige und irreversible Risikofaktoren für Frakturen aufgeführt (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien).</p> <p>Beide Erkrankungen manifestieren sich häufig (SLE bei jungen Frauen) bzw. generell (Ankylosierende Spondylitis vor dem 45. Lebensjahr vorwiegend bei jungen Männern) vor dem 50. Lebensjahr. Entsprechend wird für beide Krankheitsbilder in den DVO-Leitlinien eine Basisdiagnostik auch vor dem 50. Lebensjahr ausdrücklich empfohlen (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). Detaillierte Therapieempfehlungen für junge Patienten finden sich z.B. in den ACR-Leitlinien für die Glukokortikoid-induzierte Osteoporose (Humphrey et al. 2023). Auch in den DGRh-Empfehlungen zum Management der Glukokortikoid-induzierten Osteoporose wird ein Risikoassessment inklusive Knochenmineraldichte-Messung bei GK-Therapie > 3 Monaten</p>

	<p>unabhängig vom Alter empfohlen (Leipe et al. 2021). Empfehlungen für eine Osteoporose-Diagnostik bei AS-Patienten in einem Alter von weniger als 50 Jahren wurden ebenfalls erstellt. Eine Diagnostik wird hier insbesondere empfohlen bei persistierender entzündlicher Aktivität, langer Erkrankungsdauer, Ankylose und niedrigem BMI (Briot et al. 2017).</p> <p>Literatur:</p> <p>Humphrey MB, Russell L, Danila MI, Fink HA, Guyatt G, Cannon M, Caplan L, Gore S, Grossman J, Hansen KE, Lane NE, Ma NS, Magrey M, McAlindon T, Robinson AB, Saha S, Womack C, Abdulhadi B, Charles JF, Cheah JTL, Chou S, Goyal I, Haseltine K, Jackson L, Mirza R, Moledina I, Punni E, Rinden T, Turgunbaev M, Wysham K, Turner AS, Uhl S. 2022 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Arthritis Rheumatol 2023;75(12):2088-2102.</p> <p>Leipe J, Holle JU, Weseloh C, Pfeil A, Krüger K. German Society of Rheumatology recommendations for management of glucocorticoid-induced osteoporosis. Z Rheumatol 2021;80 (Suppl 2):49-63.</p> <p>Briot K, Geusens P, Em Bultink I, Lems WF, Roux C. Inflammatory diseases and bone fragility. Osteoporos Int 2017;28(12):3301-3314.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 50. Lebensjahr mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose können in das Programm eingeschrieben werden.</p> <p>Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale postmenopausale Frauen und Männer mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen primären wie sekundären Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere Patient:innen mit immunologisch-entzündlichen Erkrankungen sowie eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.</p>
<p>Zu 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie Bisphosphonattherapie nach Beendigung einer Therapie mit Denosumab (Zeilen 227 – 229 des Servicedokuments)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aufgrund des drohenden „Rebound-Phänomens“ mit potenziell multiplen vertebrealen Frakturen nach Beendigung einer Denosumab-Therapie bzw. Nichteinhalten des Dosierungsintervalls von Denosumab sollte unbedingt auf dieses erhöhte Frakturrisiko hingewiesen werden. Es sollte formuliert werden, dass eine anschließende Bisphosphonatherapie zwingend erforderlich ist und diese aufgrund der potenziell schlechten Resorption oraler Bisphosphonate mit Zoledronat erfolgen soll unter Kontrolle von Knochenbauparametern (siehe DVO-Leitlinie). Alendronat sollte nur zum Einsatz kommen, wenn eine Zoledronattherapie nicht möglich ist. Unter Alendronat ist eine Kontrolle der Knochenbauparameter erforderlich, um den Therapieeffekt zu prüfen. Im Hinblick auf die</p>

präventiven Maßnahmen nach Beendigung einer Denosumab-Therapie sollte explizit auf die **Langfassung** der DVO-Leitlinien verwiesen werden

Auszug aus der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023:

Kapitel: 9.5.3.5 Anschlusstherapien / Therapiepausen / Therapiesequenzen

„**Denosumab:** Nach Absetzen von Denosumab kommt es zum massiven Abfall der Knochendichte. Der prätherapeutische Ausgangswert wurde in einer Studie mit vier Gaben Denosumab bereits 12 Monate nach Ende des letzten Therapieintervalls erreicht (Bone HG et al. 2011). Ein signifikanter Unterschied zur Placebogruppe blieb jedoch erhalten, hier hatte die Knochendichte weiter abgenommen. Biochemisch zeigte sich ein überschießender Anstieg der Knochenaktivitätsmarker (CTX und P1NP) über das prätherapeutische Ausgangsniveau und die Werte der Placebogruppe hinaus – dieser Effekt wird heute international als “Rebound-Phänomen” bezeichnet. Nach Absetzen von Denosumab kommt es zum Wiederanstieg des Risikos für vertebrale Frakturen auf das Niveau der Placebogruppe (Cummings SR et al. 2018). Betrachtet man den Anteil multipler Wirbelkörperfrakturen an allen Wirbelkörperfrakturen pro Gruppe, dann ist der Anteil mit 61 % in der Gruppe, die Denosumab abgesetzt haben, signifikant höher als in der Gruppe, die immer nur Placebo erhalten hatte (39 %). In einer großen Fragebogenstudie aus der Schweiz mit 797 Patientinnen und Patienten unter Real Welt-Bedingungen zeigte sich ein Anstieg vertebraler Frakturen von 0,75 % pro Jahr während Therapie auf 4,1 % pro Jahr nach Absetzen der Therapie (Burckhardt P et al. 2021). Zur Beendigung von Denosumab wurde von der ECTS im Jahr 2017 ein systematischer Review und Position Statement publiziert, das 2020 aktualisiert wurde (EPub ahead of print) und klare Handlungsempfehlungen gibt (Tsourdi E et al. 2017, Tsourdi E et al. 2021). Als Anschlusstherapie wird eine Behandlung mit Zoledronat empfohlen. Nach kurzer Therapiedauer (bis 2,5 Jahre) und bei niedrigem Risiko wird eine Therapie mit 1-2 Gaben Zoledronat 5 mg i. v. in Abhängigkeit von Knochendichteverlauf und Knochenumbau markern empfohlen. Ist die Gabe von Zoledronat nicht möglich, so kann alternativ Alendronat in dieser kurzen Therapiedauergruppe zur Anwendung kommen (Tsourdi E et al 2017, Tsourdi E et al. 2021). Wichtig ist, gerade bei oralen Bisphosphonaten in dieser Situation, den Knochenstoffwechsel durch Knochenumbauparameterkontrollen 3 und 6 Monate nach Switch der Therapie zu monitorieren. Nur bei kurzer Therapiedauer von Denosumab und Nichtverfügbarkeit von Zoledronat soll eine orale Bisphosphonat-Therapie über 1-2 Jahre zum Einsatz kommen. Für die Patientinnen und Patienten mit längerer Therapiedauer und höherem Risiko wird eine Erstgabe von Zoledronat am Ende des Denosumab-Intervalls empfohlen. Dann sollen die Knochenumbau marker nach 3 und 6 Monaten kontrolliert werden. Bei Anstieg von CTX über 0,280 ng/ml oder P1NP über 35 µg/L soll die zweite Zoledronatinfusion schon entsprechend früher erfolgen. Wenn keine Knochenumbau marker verfügbar sind, wird eine Gabe von Zoledronat 6 und 12 Monate nach letzter Denosumabgabe empfohlen. In der erwähnten Schweizer Fragebogenstudie ergab sich durch eine Bisphosphonat-Anschlusstherapie eine Hazard Ratio für das Auftreten

	<p>vertebraler Frakturen von 0,042, für das Auftreten multipler vertebraler Frakturen von 0,06 (Burckhardt P et al. 2021). Besonders gefährdet für einen Rebound sind Patientinnen und Patienten mit prävalenter Wirbelkörperfraktur, proximaler Femurfraktur der Eltern und mit hohen Knochenbauparametern nach Absetzen von Denosumab, während eine Bisphosphonat-Vortherapie das Risiko mindert (Burckhardt P et al. 2021).</p> <p>Literatur:</p> <p>Pfeil A, Lange U. Update DVO-Leitlinie 2023 „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50.Lebensjahr“ – Was ist neu für die Rheumatologie. Z Rheumatol 2024;83(5):401-406.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Nach Beendigung der Therapie mit Denosumab kann geht der positive Effekt auf die Knochenmasse sowie die Frakturdektion schnell verloren gehen. Es ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für vertebrale Frakturen zu rechnen. Um die Therapie abzuschließen, ist nachfolgend die Gabe eines Bisphosphonates indiziert, wobei die Empfehlungen der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023 zwingend zu beachten sind. Hier wird als Anschlusstherapie nach Denosumab die Behandlung mit Zoledronat empfohlen, sofern keine Gegenstände vorliegen.</p>
<p>Zu 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie Antiresorptive Anschlusstherapie nach osteonaboler Therapie mit Teriparatid, Abaloparatid und Romosozumab (Zeilen 230 – 241 des Servicedokuments)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aufgrund des erheblichen Verlustes an Knochenmineraldichte nach Beendigung einer nicht nur hoch wirksamen, sondern auch teuren osteoanabolen bzw. dualen Therapie (siehe auch Langfassung der DVO-Leitlinien) sollte die Indikation zur antiresorptiven Anschlusstherapie in der Wortwahl deutlicher gemacht werden. Statt „wird anschließendempfohlen“ (Zeilen 230-231, 224-235, 238-239 des Service-Dokuments) sollte dies deutlicher formuliert werden, z.B. „ist indiziert“ oder „ist unbedingt notwendig“ oder „ist zwingend erforderlich“.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Wird die knochenanabole Therapie mit Teriparatid/Abaloparatid/Romosozumab beendet, ist wird anschließend eine antiresorptive Therapie empfohlen indiziert, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Empfehlungen der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023 sind zwingend zu beachten.</p>
	<p><i>Alle in der Stellungnahme von uns verwendeten Berufs-, Funktions- und Personenbezeichnungen beziehen sich unabhängig von der verwendeten Form ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf Personen jeden Geschlechts (männlich, weiblich, divers).</i></p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	13. November 2025
Stellungnahme von	Pharma Deutschland e.V.

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
<ul style="list-style-type: none"> Anlage 19 Nr. 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe 	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pharma Deutschland begrüßt, dass in den Einschreibekriterien auf die aktuelle S3-Leitlinie des DVO und dem dort empfohlenen Risikorechner abgestellt wird Pharma Deutschland unterstützt den Vorschlags der PatV, da dies dem derzeitigen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht und eine adäquate, frühzeitige Therapie der Osteoporose sicherstellt, um dadurch langfristige Osteoporose-assoziierte Folgen und Einschränkungen zu vermeiden <ul style="list-style-type: none"> S3-Leitlinie des DVO (2023): <ul style="list-style-type: none"> "Eine Basisdiagnostik der Osteoporose sollte bei Vorliegen einer ärztlich als relevant erachteten Frakturrisikokonstellation bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem Alter von 50 Jahren empfohlen werden [Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad EK, starker Konsens]" (S. 163) "In Abhängigkeit vom individuell vorliegenden Risikofaktorenprofil sollte eine Basisdiagnostik der Osteoporose auch Frauen und Männern <50 Jahre angeboten werden. [Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2, starker Konsens]" (s. 165) Der Beginn der Menopause ist individuell unterschiedlich bzw. kann auch durch medizinischen Eingriff vorzeitig verursacht werden, weshalb eine Abstimmung auf postmenopausale Frauen auch unter 50 Jahren adäquat ist Auch die therapieinduzierte Osteoporose ist eine relevante Indikation für eine Einschreibung in das DMP Osteoporose - auch bereits <50 Jahren!

	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anlage 19 Nr. 1.4.2.1 Spezifische Therapie 	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Harmonisierung der Benennung der verfügbaren medizinischen Optionen wird folgende Änderung (gelb hinterlegt) vorgeschlagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Zu den antiresorptiv wirksamen Therapeutika zählen Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat), Denosumab (monoklonaler RANK-Ligand-Antikörper) und der selektive Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen. Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid (Parathormon verwandtes Peptid 1-34) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper)." ○ die Einordnung der Wirksamkeitsprofils von Abaloparatid wird entsprechend der verfügbaren medizinischen Evidenz empfohlen, daraus ergibt sich folgende Ergänzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, peripheren und Hüftfrakturen nachgewiesen worden." <ul style="list-style-type: none"> • Abaloparatid ist das einzige osteoanabole Arzneimittel, dass direkt vergleichende Daten gegenüber einer anderen osteoanabolen Therapieoption hinsichtlich des Frakturrisikos hat [Romosozumab und Teriparatid haben direkt vergleichende Daten zu Frakturrendpunkten ggü. Bisphosphonaten]: <ul style="list-style-type: none"> ○ Phase-3-RCT ACTIVE: Vergleich von Abaloparatid vs. Teriparatid; kein signifikanter Unterschied bzgl. des Auftretens von nicht-vertebralen Frakturen ○ die Einordnung der EMA dazu: EPAR Eladynos (S. 128) "In this particular case, there seems not to be a scientific reason to presume efficacy only for vertebral but not for non-vertebral fractures, regardless of statistical significance being

	<p>demonstrated for vertebral (but not for non-vertebral) fractures in the pivotal trial."</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Real-World-Evidence Studie (Tabatabai et al. 2025), die eine Überlegenheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid hinsichtlich der Reduktion von sowohl Hüft- als auch peripheren Frakturen (non-vertebral fractures) belegt; das Studiendesign, im Rahmen der Zulassung noch als non-inferiority trial zum Nachweise der kardiovaskulären Unbedenklichkeit von Abaloparatid aufgesetzt, wurde von der EMA als geeignet erachtet und in der Zulassung berücksichtigt; dies ist ein Update des Designs als Überlegenheitsstudie zum Nachweis der Überlegenheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid bzgl. der Reduktion von Hüft- und peripheren Frakturen • in aktuellen Netzwerk-Meta-Analysen (z.B. Reginster et al. 2019) wird die Einordnung von Abaloparatid als mindestens so wirksam wie die anderen beiden osteoanabolen Substanzen Teriparatid und Romosozumab deutlich - entsprechend ist eine Eingrenzung der Wirksamkeit auf nur Wirbelkörperfrakturen insb. im Vergleich zu Teriparatid und Romosozumab nicht sachgerecht ○ Zum Einsatz einer spezifischen medikamentösen Osteoporose-Therapie bei Frauen, die eine Hormonersatztherapie erhalten, wird folgende Konkretisierung gemäß aktueller Leitlinienempfehlung (S3-Leitlinie Osteoporose des DVO 2023) vorgeschlagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "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. Eine Ausnahme stellen Frauen dar, die eine Hormontherapie unterhalb der osteologisch wirksamen Standarddosierung erhalten. Hier
--	--

	<p>kann die Kombination mit einer spezifischen Osteoporosetherapie erwogen werden."</p> <ul style="list-style-type: none"> • S3-Leitlinie des DVO (2023): "Wenn bei Frauen eine Hormontherapie unterhalb der Standarddosierung erfolgt, kann bei gleichzeitigem Vorliegen einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose erwogen werden, diese mit einem spezifischen Osteoporose-Präparat zu kombinieren. [Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4, starker Konsens]" (s. 273)
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>"Zu den antiresorptiv wirksamen Therapeutika zählen Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat), Denosumab (monoklonaler RANK-Ligand-Antikörper) und der selektive Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen. Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid (Parathormon verwandtes Peptid 1-34) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper)."</p> <p>"Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, peripheren und Hüftfrakturen nachgewiesen worden."</p> <p>"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. Eine Ausnahme stellen Frauen dar, die eine Hormontherapie unterhalb der osteologisch wirksamen Standarddosierung erhalten. Hier kann die Kombination mit einer spezifischen Osteoporosetherapie erwogen werden."</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anlage 19 Nr. 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinieren der Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pharma Deutschland begrüßt, dass Fachärztinnen oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Rheumatologie aufgenommen werden. Die zusätzliche Ergänzung von Physikalischer und Rehabilitativer Medizin und Innere Medizin, wie von KBV und DKG vorgeschlagen, ist zu

	<p>begrüßen, da so eine flächendeckende adäquate Osteoporosetherapie sichergestellt werden kann.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zu Nummer 1.4.2.1 Spezifische Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ In der tabellarischen Darstellung der Behandlungsoptionen sollte aus Konsistenzgründen "Abaloparatid (Parathormon verwandthes Peptid 1-34)" bei der osteoanabolen Therapie ergänzt werden

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis:

S3-Leitlinie des DVO: https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fleitlinien.dv-osteologie.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2025%2F05%2F05-2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913502588%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=pZsuHFrKNUR8BgmUJnEyzE89AjgPeCID9C1ToZP6G10%3D&reserved=0

EPAR Eladynos:

https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.ema.europa.eu%2Fdocuments%2Fassessment-report%2Feladynos-epar-public-assessment-report_en.pdf&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913532716%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=fWDj1J9DjRYulcIRM1fMbvJbei%2ByF7I7EgVIhYXrmTg%3D&reserved=0

Tabatabai et al. 2025:

<https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F39551187%2F&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913549473%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=Ac439oNXhGifnhizosmUYKa09Cu3uEaxdVc2ULY4k28%3D&reserved=0>

Reginster et al. 2019:

<https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fpmc.ncbi.nlm.nih.gov%2Farticles%2FFPMC6614166%2F&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913565350%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=MieUaPrIppHjcds1Wf2sMYwLS8ulyyrBQ4IKLhVJI4%3D&reserved=0>



Berlin, 14.11.2025

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP
Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)**

Ihr Schreiben vom 17.10.2025

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 17.10.2025, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-A-RL gegeben
wird: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-
Dokumentation)

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3





Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	11.11.2025
Stellungnahme von	SHV - Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Wir beantragen die Streichung des nachfolgenden Absatzes
„Funktionstraining oder Rehabilitationssport sind einem langfristigen Einsatz von Physiotherapie (insbesondere passiven Maßnahmen) vorzuziehen.“
Begründung: Funktionstraining und Rehabilitationssport standen nie im Vergleich zu Physiotherapie. Hierbei handelt es sich ausnahmslos um körperliches Training und macht den Bezug zur Physiotherapie nicht unmittelbar notwendig.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1. Abschnitt 1.4.1.3 – Körperliches Training und Sturzprophylaxe	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Sofern erforderlich, soll Funktionstraining (in erster Linie) oder Rehabilitationssport in Gruppen unter fachkundiger Anleitung empfohlen werden. Ein Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe.“</p> <p>Der SHV e.V. begrüßt, dass diese Passagen neu oder präziser formuliert wurden.</p> <p>Sie betreffen Physiotherapeuten unmittelbar, weil sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - den Vorrang aktiver Maßnahmen (Training, Funktionstraining, Rehasport) gegenüber passiven Anwendungen festschreiben <p>Änderungsvorschlag:</p>
2. Abschnitt 1.4.1.4 – Heil- und Hilfsmittelversorgung	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Physiotherapie soll in Betracht gezogen werden, um Patientinnen und Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren. Insbesondere nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen soll schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen.“</p> <p>Der SHV e.V. begrüßt, dass Physiotherapie hier namentlich und ausdrücklich als Maßnahme mit bestimmter Indikation genannt wird.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	14.11.2025
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Essen

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Im Interesse der (multimorbiden) Patientinnen und Patienten mit (Risiko für) Osteoporose nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) gerne die Gelegenheit zur Stellungnahme zum „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation), Stand 17.10.2025“ [1] wahr.</p>
Vorbemerkung
<p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p>
Allgemeine Anmerkungen
<p>Ernährungstherapie ist eine zu delegierende Tätigkeit, die an nicht-ärztliches Fachpersonal delegiert werden kann. Dabei liegt es in der Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes, die Qualifikation zu überprüfen. Bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in einem dafür qualifizierten Gesundheitsfachberuf müssen die Qualifikation festgestellt und bei Beginn der Tätigkeit die Überprüfung erfolgen, ob die Qualität der erbrachten Leistungen der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters tatsächlich die Qualifikation entsprechen. Danach kann die Ärztin oder der Arzt sich auf eine stichprobenartige Überprüfung der erbrachten Leistungen beschränken. Für Angehörige ohne fachberufliche Ausbildung besteht Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht [2]. Diätassistentinnen und Diätassistenten sind in Deutschland der Gesundheitsfachberuf für Ernährungstherapie und werden mit dem Ausbildungsziel der eigenverantwortlichen Durchführung der Ernährungstherapie explizit für diese Aufgabe ausgebildet [3]. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) -Modell zum beruflichen Standard [4-6]. Folglich kann eine sichere Delegation von Ernährungstherapie mit den Aspekten Ernährungsassessment, Ernährungsdiagnose, Zielsetzung und Priorisierung allein schon mit Blick auf die Delegationsverantwortung nur an die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und vergleichbar qualifizierte Ernährungsfachkräfte wie Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologinnen und Ökothrophologen sowie Absolventinnen und Absolventen verwandter Studiengänge [4-6] erfolgen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Osteoporose in Übereinstimmung mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – der S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose“ des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. (DVO) 2023 [7a-b] und – den drei neuen S3-Leitlinien „Klinische Ernährung und Hydratierung im Alter“ 2025 der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) [8a-b], „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ 2025 des Leitlinienprogramms Onkologie [9], sowie

„Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatz-therapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis“, Stand 06/2024, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) [10], um deren Berücksichtigung wir beim DMP Osteoporose bitten,

im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch beim Ernährungsassessment und der Betreuung bezüglich Ernährung. Dies entspräche dem Positionspapier der Arbeitsgruppe Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) [4] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert und in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung, Ernährungstherapie und Ernährungsbildung in Deutschland [5] klar beschrieben ist.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

<p>Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</p>
<p>1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Seite 2</p>	<p>Stellungnahme Wir unterstützen im Beschlussentwurf [1] den Vorschlag der PatV, dass zu der Zielgruppe auch postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden können.</p> <p>Begründung: Die Erörterung der PatV in den Tragen Gründen zum Beschlussentwurf [11] unter 1.2 auf Seite 3.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Textergänzung der PatV unter 1.2 auf Seite 2 des Beschlussentwurfs: „Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.“</p>
<p>1.4 Therapeutische Maßnahmen Seite 2</p>	<p>Stellungnahme: Es wird ungenügend dargestellt, ob nur die Ärztin oder der Arzt mit der Patientin oder Patient individuelle therapeutische Maßnahmen auswählt, oder dass dies gegebenenfalls in Kooperation mit qualifiziertem nicht-ärztlichen Fachpersonal geschieht, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität.</p> <p>Begründung: Siehe Allgemeine Anmerkungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Patientinnen und 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 – <u>von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt, gegebenenfalls in Kooperation mit qualifiziertem nicht-ärztlichen Fachpersonal</u> – mit den Patientinnen und Patienten individuell therapeutische Maßnahmen ausgewählt werden.“</p>

<p>1.4.1.1</p> <p>Lebensstil</p> <p>Seite 3</p>	<p>Unter den Kohortenstudien zur Risikoanalyse auf osteoporotischen Frakturen befand sich auch die Studie „Alcohol intake as a risk factor for fracture“ von Kanis et al. 2005 [19] (mit 5.939 Männern und 11.032 Frauen aus drei prospektiv untersuchten Kohorten in Australien, Kanada und den Niederlanden), die in der DVO-Leitlinie 2023 [7a] mit LoE 1 (upgradet von 2 wegen hohem „impact“, Seite 324/421) und in den NOGG-Leitlinien [13, 16] mit LoE 1a (NOGG 2021, Seite 9; NOGG 2024, Seite 11) bewertet wurde [19].</p> <p>Godos et al. stellten fest, dass im Vergleich zu Nichttrinkern einen Alkoholkonsum von bis zu zwei alkoholischen Standardgetränke pro Tag mit höheren Werten der Knochendichte der Lendenwirbelsäule und Oberschenkelhals in Zusammenhang stand. Der Alkoholkonsum von bis zu einem alkoholischen Standardgetränk pro Tag stand in Zusammenhang mit einer höheren Knochendichte der Hüfte, wenn verglichen wurde mit der Knochendichte von Personen, die keinen Alkohol konsumierten. Im Vergleich zu Nichttrinkern wurde ein höheres Risiko für Hüftfrakturen ab einem Alkoholkonsum > 3 alkoholischen Standardgetränke pro Tag gefunden [18].</p> <p>Godos et al. nannten jedoch verschiedene Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten [18]:</p> <ul style="list-style-type: none">– „Erstens erlaubt das Beobachtungsdesign der einbezogenen Originalstudien nur die Feststellung eines Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und den untersuchten Ergebnissen.– Zweitens wurde der Alkoholkonsum in der Regel während Interviews oder Besuchen erfasst und spiegelt möglicherweise nicht den frühen Konsum oder eine lebenslange Gewohnheit wieder.– Drittens lässt das Assessment des Alkoholkonsum keine Rückschlüsse auf Trinkgewohnheiten zu, die nur hypothetisch angenommen werden konnten.– Viertens ist der Anstieg der Knochendichtewerte bei Leichttrinkern im Vergleich zu Nichttrinkern klinisch nicht relevant, sie sollten als Null-Effekt interpretiert werden.“ <p>Daneben hoben Godos et al. hervor, dass Alkoholkonsumenten bedenken sollten, dass sowohl die Dosierung als auch die Konsumgewohnheiten Auswirkungen auf die Knochengesundheit haben können, z. B. ein alkoholisches Standardgetränk bei der Hauptmahlzeit an bis zu 6 Tage pro Woche im Gegensatz zu exzessivem Trinken (mindestens 5 alkoholische Standardgetränke) innerhalb einer kurzen Zeitspanne [18].</p> <p>Ein aktuelles systematisches Review mit Metaanalyse zum Thema Alkoholkonsum und das Risiko auf Frakturen von Ke et al. 2023, in der 44 prospektive Kohortenstudien inkludiert wurden [20], bestätigte die Ergebnisse von Godos et al. 2022. Die Studie von Ke et al. umfasste insgesamt 6.069.770 Teilnehmenden aus Asien, Australien, Europa, Kanada, Nord-Amerika und aus „40 Ländern (die nicht weiter spezifiziert wurden)“, sowie 205.284 Fälle von Frakturen [20]. Die Analyse von Ke et al. zeigte, dass ein Alkoholkonsum von 0 bis 22 g pro Tag mit einem verringerten Risiko für osteoporotische Frakturen und Hüftfrakturen verbunden war, wohingegen ein signifikant erhöhtes Risiko für</p>
---	---

<p>1.4.1.1 Lebensstil Seite 3</p>	<p>osteoporotische Frakturen bei einem Alkoholkonsum von > 49 g pro Tag und für Hüftfrakturen bei einem Konsum > 40 g Alkohol pro Tag gesehen wurde. Jedoch erwähnen auch Ke et al., dass verschiedenen Methoden für das Assessment des Alkoholkonsums verwendet wurden, die zu Messfehlern und einer falschen Einstufung der Alkoholexposition geführt haben könnten [20].</p> <p>Zwischen dem Alkoholkonsum und dem Gesamtrisiko einer Fraktur fanden Ke et al. eine positive lineare Zusammenhang, welche suggeriert, dass jeder Alkoholkonsum ein Risikofaktor für Frakturen (inklusive traumatischen Frakturen durch beispielsweise einen Fall oder einen Unfall mit einem Fahrzeug) ist [20].</p> <p>Änderungsvorschlag: „1.4.1.1 Lebensstil Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – regelmäßige körperliche Aktivität, – Vermeidung von Immobilisation, – Verzicht auf Rauchen, – Reduktion <u>übermäßigen des Alkoholkonsums, unter der Berücksichtigung, dass es keinen gesundheitsfördernden oder für die Gesundheit risikofreien Alkoholkonsum gibt. Für gesunde, nicht schwangere oder nicht stillende Erwachsene wird ein Alkoholkonsum von 1 bis 2 alkoholischen Getränken pro Woche (< 27 g Alkohol/Woche) als risikoarm angesehen, ein Alkoholkonsum von mehr als 2 bis 6 alkoholischen Getränken pro Woche (27–81 g Alkohol/Woche) ist mit einem moderaten Krankheitsrisiko assoziiert, bei mehr als 6 alkoholischen Getränken in der Woche (> 81 g Alkohol/Woche) ist das Risiko für Folgeschäden hoch [15],</u> – [...]“.
<p>1.4.1.1 Lebensstil Seite 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es verwundert aber, dass die Ernährung als Lebensstilfaktor hier nur auf eine Information zu Alkoholkonsum, Vermeidung von Untergewicht und ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr mit einem Verweis zur medikamentösen Therapie (1.4.2.2) reduziert wurde. Dies, obwohl der IQWiG Abschlussbericht V23-03 aus den DVO-, NOGG- und der SIGN Leitlinien [7a, 12, 13] einige Empfehlungen zur Ernährung in den Tabellen 4 und 33, die einen hohen Grade of Recommendation (GoR) oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweisen, auflistet [14].</p> <p>Im IQWiG-Abschlussbericht V23-03 wird in Tabelle 33, Seite 108, zur Empfehlung der DVO-Guideline 2023: „Menschen mit erhöhtem Frakturrisiko sollte ab dem Alter von 65 Jahren eine eiweißreiche Ernährung mit einer täglichen Aufnahme von mindestens 1,0 g Eiweiß/kg Körpergewicht/Tag empfohlen werden“ angegeben, dass es unklar ist, ob bei LoE OXFORD 2 einen hoher LoE vorliegt [14]. Bei der Evidenz handelt es sich um ein direkt bei der Empfehlung in der DVO-Leitlinie, Seite 156 [7a], genanntes systematisches Review durch Groenendijk et al. 2019 [21] von 12 Kohortenstudien aus Australien, China, Finnland und den</p>

<p>1.4.1.1 Lebensstil Seite 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> – die überarbeiteten Referenzwerte für die Proteinzufuhr der Protein-Arbeitsgruppe der Gesellschaften für Ernährung der Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz (D-A-CH) durch Richter et al. 2017. „The D-A-CH Working Group conducted a structured literature research in PubMed considering publications between 2000 and 2017. The research sought to identify all eligible English and German articles reporting results of original human studies, metaanalyses, and systematic reviews focusing on protein or amino acid requirements.“ [24], – ein „consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)“ bezüglich der Rolle „of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women“ durch Rizzoli et al. 2014 [25]. Das Kapitel „Dynamic relationship between protein, muscle and bone health“ nennt 38 Quellen, die u.a. die Publikationen von Bauer et al. 2013 [22], Deutz et al. 2014 [23], als auch verschiedene RCTs und von Darling et al. 2009 ein systematisches Review mit Metaanalysen (u.a. eine Metaanalyse von 6 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien, die einen signifikanten positiven Einfluss aller Proteinergänzungen auf die Konchendichte der Lendenwirbelsäule zeigte [26]) umfassen [25]. <p>LoE 1+ wäre also vergleichbar mit den G-BA Evidenzstufen [14] 1b und „einen Graubereich“ zwischen Ia und IIa, weil es sich auch hier um systematischen Reviews mit sowohl RCTs als Querschnitts- und Kohortenstudien handelt.</p> <p>Im IQWiG-Abschlussbericht V23-03 wird in Tabelle 33, Seite 109, zur Empfehlung der NOGG-Guideline 2021: „Postmenopausal women, and men age \geq 50 years, with osteoporosis or who are at risk of fragility fracture are recommended: 1. A healthy, nutrient-rich balanced diet“ (Grade of Recommendation: strong) angegeben, dass die Literatur nicht zuzuordnen ist und die Evidenz unklar ist [14]. Die Literatur wird in der NOGG Guideline jedoch direkt unter dem Abschnitt mit Recommendations auf der gleichen Seite 21 unter dem Titel „Dietary modifications“ mit Angabe der Evidenzlevel (RCT 1b und Metaanalyse von beobachtenden Studien 2a) genannt [13].</p> <p>Auch hierzu kann die Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 [8a] für ergänzende Evidenz herangezogen werden. Z. B. Empfehlung 4: „Ältere Personen sollten täglich angemessene Mengen an Ballaststoffen zu sich nehmen; auch bei enteraler Ernährung sollten ballaststoffhaltige Produkte verwendet werden“ mit LoE 1+ sowie 2+ (Seite 226) und Empfehlung 18: „Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten im Rahmen eines umfassenden Interventionskonzepts Ernährungsinformationen angeboten werden, um das Bewusstsein für und das Wissen über Ernährungsprobleme zu</p>
---	--

<p>1.4.1.1</p> <p>Lebensstil</p> <p>Seite 3</p>	<p>verbessern und dadurch eine adäquate Ernährung zu fördern“ mit LoE dreimal 1++, viermal 1+ (Seite 236), Empfehlung 21: „Ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten auch während Phasen körperlichen Trainings mit ausreichenden Mengen an Energie und Protein versorgt werden, um den erhöhten Bedarf zu decken und dadurch das Körpergewicht und die Muskelmasse zu erhalten oder zu steigern“ mit LoE 1++, zweimal 1+, einmal 1- (Seite 238) [8a].</p> <p>Die in Tabelle 33 des IQWiG-Abschlussberichtes V23-03, Seite 109-110, aus der SIGN-Guideline [12] aufgenommenen Empfehlungen mit Evidenz [14]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „An adequate intake of dietary B vitamins can be met by consuming a healthy balanced diet and may help prevent fractures“ (LoE: 1+ (RCT), 2+ (3 Kohortenstudien), (und eine Studie von van Meurs et al. 2004, die 3 Kohorten aus 2 prospektiven niederländischen bevölkerungsbasierten Studien verglich [27]. Diese Studie wurde nur mit „There is evidence showing associations between dietary intakes of B vitamins (reflected by low circulating homocysteine or indicated by high dietary vitamin B12 or folate intake) and reduced fracture risk“ bewertet [12]), GoR: Good-practice point (GPP)), – „Antioxidant consumption from dietary sources (fruit and vegetables) may promote bone health as part of a healthy balanced diet“ (LoE 1-, 2+, GoR: GPP), – „A balanced diet is recommended for bone health but there is no evidence that specific diets reduce fracture risk. Changes to the diet which result in an imbalance of food groups could affect overall nutrient intake and be detrimental to general health“ (LoE: 1+, 2+, 3, GoR: strong), <p>rechtfertigen unter Lebensstil den Punkt einer nährstoffreichen, abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung.</p> <p>Das aktuelle systematische Review mit Metaanalyse „Mediterranean dietary pattern and bone mineral density“ von Noori et al. 2022 (1 Kohortenstudie und 7 Querschnittstudien mit insgesamt 13.209 Teilnehmenden aus Nord- und Süd-Amerika, Asien und 4 europäischen Ländern) [28], das die Dosis-Wirkungs-Zusammenhang der Einhaltung der mediterranen Ernährung und Werten der Knochenmineraldichte untersuchte, gibt unterstützende Hinweise. Noori et al stellten fest, dass die Einhaltung der mediterranen Ernährung in positiver, dosisabhängiger Weise mit einer höheren Knochendichte (BMD) der Lendenwirbelsäule, des Oberschenkelhalses, der Hüfte, des Trochanters und des gesamten Körpers verbunden war. Die Zusammenhänge blieben auch nach Berücksichtigung wichtiger Störfaktoren wie Körpergewicht, körperliche Aktivität, Raucherstatus und Energiezufuhr signifikant [28].</p> <p>Das aktuelle systematische Review mit Metaanalyse „Fruit and Vegetable Consumption and the Risk of Bone Fracture: A Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE)“ von Zeraattalab-Motlagh et al. 2023 (10 Kohortenstudien mit</p>
---	--

	<p>Wirbelkörperfrakturen soll schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen.“</p>
<p>1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D Seite 5</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>„Grundsätzlich wird eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen.“ Dann sollte auch empfohlen werden, dass diese durch eine nährstoffreiche, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung erreicht werden kann. Patientinnen und Patienten sollten auf die Möglichkeit einer Ernährungstherapie hingewiesen werden und bei Bedarf bekommen können.</p> <p>Bei der Vitamin D-Zufuhr spielt bei Menschen vor dem 70. Lebensjahr auch die Sonnenlichtexposition ein Rolle [7a].</p> <p>Begründung:</p> <p>Siehe Allgemeine Anmerkungen und unsere Stellungnahme zu 1.4.1.1 und 1.6, als auch die Empfehlungen 1b und 2, Seite 155-156, der DVO-Leitlinie 2023 [7a] zu Vitamin D.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D</p> <p>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. <u>Nur Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr mit der Nahrung nicht erreicht wird, sollte eine nährstoffreiche, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung, ggf. unter Zuhilfenahme von Ernährungstherapie empfohlen werden. Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr durch Maßnahmen der Ernährungsintervention nicht erreicht werden kann, 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.</u></p> <p>Zusätzlich wird die tägliche Zufuhr von 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D empfohlen. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn diese Menge <u>mit der durch Ernährung (und Sonnenlichtexposition bei Menschen vor dem 70. Lebensjahr) nicht erreicht werden kann.</u>“</p>
<p>1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung Seite 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die ärztliche Kontrolluntersuchung soll auch das Screening auf Mangelernährung [8a, 30] enthalten und die Abschätzung, ob neben der Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr auch die Protein- und Ballaststoffzufuhr ausreichend ist sowie, ob die Patientin oder der Patient Unterstützung bei der Einhaltung einer nährstoffreichen, abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung oder einer Ernährung, die alle Komorbiditäten berücksichtigt, gebrauchen könnte [8a].</p>

<p>1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung Seite 6</p>	<p>Änderungsvorschlag: „1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung Die regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen beinhalten insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sturzanamnese; – Erfassung von Frakturen oder klinischen Hinweisen auf Frakturen; – <u>Screening auf Mangelernährung;</u> – Abschätzung, ob die <u>Protein-, Ballaststoff-, Kalzium-</u> und Vitamin D-Zufuhr ausreichend ist; – [...]“
<p>1.6 Kooperation der Versorgungssektoren Seite 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: In der neuen S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 [8a] besagt Empfehlung 7 (Empfehlungsgrad B, LoE 2+, 3, zweimal IIa), dass „Einrichtungen, die ältere Personen medizinisch und/oder pflegerisch versorgen, ein Ernährungsversorgungskonzept haben sollten, in dem Standardabläufe für die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung festgelegt sowie Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege klar geregelt sind“. Im begleitenden Kommentar steht dazu: „Sämtliche Abläufe der Ernährungsversorgung, von der Speisenbeschaffung und -verteilung über das regelmäßige Screening auf Mangelernährung und Dehydratation bis zum anschließenden Vorgehen bei gefährdeten und bei betroffenen Personen sollen einrichtungsspezifisch standardisiert im Rahmen eines Ernährungsversorgungskonzepts definiert sein, das in einem Qualitätsmanagementsystem verankert ist. Besonderes Augenmerk benötigen dabei die jeweiligen Zuständigkeiten und die Kommunikation der beteiligten Personen (Schnittstellenmanagement), da wichtige Informationen zur Ernährungssituation häufig zwischen verschiedenen beteiligten Personen und Berufsgruppen verloren gehen. Im Idealfall sorgt ein multidisziplinäres Team mit einer qualifizierten Ernährungsfachkraft und Vertretern aus allen beteiligten Bereichen wie Pflege, Hauswirtschaft, Küche und ärztlichem Team für die Entwicklung und Umsetzung dieses Konzepts. In der geriatrischen Akutversorgung sollte eine Ernährungsfachkraft Teil des geriatrischen Teams sein und an regelmäßigen Teamkonferenzen teilnehmen, um die Integration von Ernährungsinterventionen in das therapeutische Gesamtkonzept zu gewährleisten (siehe auch Empfehlung 6)“.</p> <p>Im Kommentar zu Empfehlung 6 wird darauf hingewiesen, dass „benötigte Experten verfügbar sein sollten und bei Bedarf hinzugezogen werden, allen voran eine zertifizierte Ernährungsfachkraft, die über die erforderliche Kompetenz zur Koordination und Umsetzung sämtlicher Maßnahmen im Ernährungsversorgungsprozess verfügt. Diese sollte als Mitglied eines interdisziplinären Teams die Integration von Ernährungsmaßnahmen in das Gesamtversorgungskonzept gewährleisten“.</p> <p>Für die ambulante Versorgung sollte auf die besondere Situation der Ernährungstherapie im Vergleich zur anderen qualifizierten nicht-ärztlichen Leistungen hingewiesen werden, wie z. B. in der S3-Leitlinie „Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-</p>

<p>1.6 Kooperation der Versorgungssektoren Seite 7</p>	<p>nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis“, Version 2.0, 2024 der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) [10] explizit erwähnt.</p> <p>Siehe für die Begründung auch die Allgemeine Anmerkungen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die <u>interdisziplinäre</u> Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. <u>Bezüglich der qualifizierten nicht-ärztlichen Leistungen liegt bei der Ernährungstherapie eine besondere Situation vor. Eine individualisierte (intensive) Ernährungstherapie ist bei Osteoporose (mit Komorbiditäten wie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, chronischer Nierenkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Morbus Parkinson, Sturz- und Frailty-syndrom) keine Regelleistung der GKV, weil zurzeit dafür kein zugelassenes Heilmittel, kann aber auf ärztliche Empfehlung hin nach §43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt bzw. bezuschusst werden. Ärztinnen und Ärzte können formlos eine „Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsintervention“ ausstellen. Es gibt dazu verbandsneutrale Vorlagen wie z. B. https://www.vdd.de/fileadmin/presse-und-medien/news/23-09-01__aerztliche_notwendigkeitsbescheinigung_beschreibbar.pdf. Patientinnen und Patienten können sich mit dieser extrabudgetären <u>Verordnung an ihre Krankenkasse oder direkt an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft wenden.</u>“</u></p>
<p>2 Qualitätssichernde Maßnahmen Seite 9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich, wie die individuellen therapeutischen Maßnahmen operationalisiert werden sollen.</p> <p>Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene interdisziplinäre sektorenübergreifende Kooperation [4, 5] bei der Feststellung von individuellen therapeutischen Maßnahmen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen qualifizierten nicht-ärztlichen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen therapeutischen Maßnahmen, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>

<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Seite 10</p>	<p>Stellungnahme: Patientinnen und Patienten mit Osteoporose sollten auf die Möglichkeit der gleichzeitigen Einschreibung in mehrere DMP, solange medizinisch nicht ausgeschlossen, hingewiesen werden. In diesem Fall sollte die Patientin oder der Patient von der gleichen Ärztin oder vom gleichen Arzt behandelt werden, damit die Behandlung und die Medikation besser koordiniert werden können [31].</p> <p>Begründung: Das Bundesamt für Soziale Sicherung schreibt zu Sinn und Zweck der DMP: „Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden. DMP sollen somit helfen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung in unserem Gesundheitssystem abzubauen. Angestrebt wird insoweit auch eine Reduzierung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden und damit eine Verbesserung der Lebensqualität aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer [32].“</p>
<p>Anlage 20 Osteoporose – Dokumentation Seite 12</p>	<p>Stellungnahme: Unter „Sonstige Befunde und nichtmedikamentöse Behandlung“ sollte zumindest „Screening auf Mangelernährung“ und „Bedarfsgerechte Ernährung“ stehen.</p> <p>Begründung: Siehe unsere Stellungnahme zu 1.4.1.1, 1.4.2.2 und 1.5.</p> <p>Änderungsvorschlag: <u>Ergänzende Dokumentationsparameter</u> <u>Screening auf Mangelernährung</u> <u>Ausprägung</u> Screening-Instrument und -Ergebnis / Nicht bestimmt</p>

<p>Anlage 20 Osteoporose – Dokumentation Seite 12</p>	<p><u>Ergänzende Dokumentationsparameter</u> Bedarfsgerechte Ernährung (Protein-, Ballaststoff-, Kalzium-, Vitamin D-reich) <u>Ausprägung</u> Ja /Nein / Nicht bestimmt</p>
---	--

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Literaturverzeichnis

1. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation). Stand: 17.10.2025. Berlin: G-BA, 2025.
2. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Stand: 29.08.2008. [Zugriff: 23.10.2025]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Empfehlungen_Persoeliche_Leistungserbringung.pdf
3. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf
4. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf
5. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
6. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/aeltere_dokumente/20220131_geaenderte_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf
7. a. https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001l_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-11.pdf
b. https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001m_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-09.pdf
8. a. https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019l_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-09.pdf
b. https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019m_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-02.pdf
9. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, Langversion 2.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032-054OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/Version_2/LL_Supportive_Therapie_Langversion_2.0.pdf
10. https://register.awmf.org/assets/guidelines/2025-02_053-048l_S3_Versorgung-PatientInnen-chronische-nicht-nierenersatz-therapiepflichtige-Nierenkrankheit-Hausarztpraxis_01.pdf
11. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation). Stand: 17.10.2025. Berlin: G-BA, 2025.
12. <https://www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf>
13. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) UK. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. 2021. <https://www.nogg.org.uk/sites/nogg/download/NOGG-Guideline-2021-g.pdf>
14. https://www.iqwig.de/download/v23-03_leitliniensynopse-fuer-die-aktualisierung-des-dmp-

[osteoporose abschlussbericht v1-0.pdf](#)

15. https://www.dge.de/fileadmin/Bilder/wissenschaft/referenzwerte/DGE-Position_Alkohol_EU_2024_10.pdf
16. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) UK. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Updated December 2024. <https://www.nogg.org.uk/full-guideline>, <https://www.nogg.org.uk/full-guideline/appendix-4-amstar2-grading-systematic-reviews-and-meta-analyses>
17. Song TH, Shim JC, Jung DU, Moon JJ, Jeon DW, Kim SJ, et al. Increased Bone Mineral Density after Abstinence in Male Patients with Alcohol Dependence. Clin Psychopharmacol Neurosci 2018;16(3):282-9. DOI: 10.9758/cpn.2018.16.3.282. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6124870/pdf/cpn-16-282.pdf>
18. Godos J, Giampieri F, Chisari E, Micek A, Paladino N, Forbes-Hernandez TY, et al. Alcohol Consumption, Bone Mineral Density, and Risk of Osteoporotic Fractures: A Dose-Response Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health 2022;19(3). DOI: 10.3390/ijerph19031515. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835521/pdf/ijerph-19-01515.pdf>
19. Kanis JA, Johansson H, Johnell O, Oden A, De Laet C, Eisman JA, et al. Alcohol intake as a risk factor for fracture. Osteoporos Int 2005;16(7):737-42. DOI: 10.1007/s00198-004-1734-y. https://www.researchgate.net/publication/8260636_Alcohol_intake_as_a_risk_factor_for_fracture
20. Ke Y, Hu H, Zhang J, Yuan L, Li T, Feng Y, et al. Alcohol Consumption and Risk of Fractures: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Adv Nutr 2023;14(4):599-611. DOI: 10.1016/j.advnut.2023.03.008. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10334160/pdf/main.pdf>
21. Groenendijk I, den Boeft L, van Loon LJC, de Groot L. High Versus low Dietary Protein Intake and Bone Health in Older Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis. Comput Struct Biotechnol J 2019;17:1101-12. DOI: 10.1016/j.csbj.2019.07.005. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6704341/pdf/main.pdf>
22. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc 2013;14(8):542-59. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.05.021 <https://www.jamda.com/action/showPdf?pii=S1525-8610%2813%2900326-5>
23. Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. Clin Nutr 2014;33(6):929-36. DOI: 10.1016/j.clnu.2014.04.007 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4208946/pdf/nihms594810.pdf>
24. Richter M, Baerlocher K, Bauer JM, Elmadfa I, Heseker H, Leschik-Bonnet E, et al. Revised Reference Values for the Intake of Protein. Ann Nutr Metab 2019;74(3):242-50. DOI: 10.1159/000499374. <https://karger.com/anm/article-pdf/74/3/242/2230894/000499374.pdf>
25. Rizzoli R, Stevenson JC, Bauer JM, van Loon LJ, Walrand S, Kanis JA, et al. The role of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women: a consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Maturitas 2014;79(1):122-32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.07.005 <https://www.esceo.org/sites/esceo/files/pdf/The%20role%20of%20dietary%20protein%20and>

[%20vitamin%20D%20in%20maintaining%20musculoskeletal%20health Maturitas%202014 R izzoli%20et%20al.pdf](#)

26. Darling AL, Millward DJ, Torgerson DJ, Hewitt CE, Lanham-New SA. Dietary protein and bone health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2009;90(6):1674-92. DOI: 10.3945/ajcn.2009.27799
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000291652326582X?via%3Dihub>
27. van Meurs JB, Dhonukshe-Rutten RA, Pluijm SM, van der Klift M, de Jonge R, Lindemans J, et al. Homocysteine levels and the risk of osteoporotic fracture. *N Engl J Med* 2004;350(20): 2033-41. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa032546>
28. Noori M, Jayedi A, Khan TA, Moradi S, Shab-Bidar S. Mediterranean dietary pattern and bone mineral density: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Eur J Clin Nutr* 2022;76(12):1657-64. DOI: 10.1038/s41430-022-01093-7. **PDF anbei.**
29. Zeraattalab-Motlagh S, Ghoreishy SM, Arab A, Mahmoodi S, Hemmati A, Mohammadi H. Fruit and Vegetable Consumption and the Risk of Bone Fracture: A Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE)-Assessed Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *JBMR Plus* 2023;7(12):e10840. DOI: 10.1002/jbm4.10840.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10731112/pdf/JBM4-7-e10840.pdf>
30. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
<https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Mangelernaehrung/Konsens%20%5B11%5D.pdf>
31. https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Vertraege/DMP/Allgemeine_Information/2025_01_10_DMP_Arztmanual_SH.pdf
32. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>

REVIEW ARTICLE



Mediterranean dietary pattern and bone mineral density: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies

Maryam Noori¹, Ahmad Jayedi^{2,3}, Tauseef Ahmad Khan^{4,5}, Sajjad Moradi^{6,7} and Sakineh Shab-Bidar^{3,8}

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature Limited 2022

BACKGROUND: We aimed to systematically review the literature and test the dose-response relationship between adherence to the Mediterranean diet (MedDiet) and values of bone mineral density (BMD) in adults.

METHODS: Relevant observational studies were selected through searching PubMed, Scopus, and Web of Science databases up to March 4, 2021. A random-effects dose-response meta-analysis was performed to estimate the change in total and regional-specific BMD for a 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet, and to clarify the shape of these associations.

RESULTS: Seven cross-sectional and one cohort studies with a total number of 13,209 participants were included in the final analyses. Each 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet was associated with 0.009 (95% CI: 0.002, 0.016; $I^2 = 34%$, $n = 7$), 0.006 (95% CI: 0.001, 0.012; $I^2 = 34%$, $n = 7$), 0.005 (95% CI: 0.003, 0.007; $I^2 = 1%$, $n = 4$), 0.005 (95% CI: 0.002, 0.008; $I^2 = 0%$, $n = 3$), and 0.007 (95% CI: 0.005, 0.009; $I^2 = 0%$, $n = 4$) gr/cm^2 higher BMD of lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body, respectively. There was a positive linear relationship between the MedDiet adherence score and BMD of hip and trochanter. A nonlinear relationship was seen for lumbar spine, femoral neck, and whole body, with sharper increase in the BMD at lower MedDiet scores. The associations remained significant after controlling for important confounders including body weight, physical activity, smoking status, and energy intake.

CONCLUSION: Greater adherence to the MedDiet was associated with a small but important increase in BMD at the lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body. Adopting a Mediterranean-style eating pattern may have modest beneficial effects on bone health.

European Journal of Clinical Nutrition (2022) 76:1657–1664; <https://doi.org/10.1038/s41430-022-01093-7>

INTRODUCTION

Osteoporosis is an important skeletal disorder, characterized by reduced bone strength and low bone mineral density (BMD). Osteoporosis-related fractures may cause subsequent disabilities, compromised quality of life or even death [1]. It has been estimated that osteoporosis affects more than 200 million people across the world, with a higher incidence in women as compared to men [2]. Lifetime incidence of osteoporotic fractures lies within the range of 40–50% in females and 13–22% in males [3]. Low BMD is a risk factor for fractures, responsible for a third of fall-related deaths and disabilities [4].

The potential role of dietary habits on bone health indices have long been investigated. A balanced diet rich in vitamins, proteins, minerals and trace elements can be good insurance against osteoporosis and related fractures [5]. Adequate intake of dairy foods, vegetables, fruits, whole grains, and fish throughout the lifecycle has been reported to be associated with higher levels of BMD and bone health [6, 7]. Given that people consume a mixture

of foods that contains a variety of nutrients, the association between eating patterns and BMD may present a broader picture than a single food or nutrient [8].

It has been demonstrated that adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) dietary pattern was related to a lower risk of osteoporosis in Iranian women [9]. The Mediterranean diet (MedDiet) is another healthy dietary pattern that is related to a lower risk of all-cause mortality [10], cardiovascular diseases [11], diabetes [12], and some types of cancers [13]. The MedDiet is characterized by high intakes of extra virgin olive oil, vegetables, fruits, cereals, and nuts, moderate intake of dairy products, red wine, and fish, and low intake of eggs, sweets, and red meat [14].

The impact of the MedDiet on skeletal health is of paramount interest. A recent meta-analysis of observational studies [15] found that higher adherence to the MedDiet was associated with a higher mean BMD and lower risk of fractures. However, traditional pairwise meta-analyses cannot evaluate the dose-response

¹Student Research Committee, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ²Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran. ³Department of Community Nutrition, School of Nutritional Science and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ⁴Toronto 3D Knowledge Synthesis & Clinical Trials Unit, Clinical Nutrition and Risk Factor Modification Centre, St. Michael's Hospital, Toronto, ON, Canada. ⁵Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada. ⁶Halal Research Center of IRI, FDA, Tehran, Iran. ⁷Nutritional Sciences Department, School of Nutritional Sciences and Food Technology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. ⁸email: s_shabbidar@tums.ac.ir

Received: 25 August 2021 Revised: 23 January 2022 Accepted: 27 January 2022
Published online: 16 February 2022

relationships. Dose-response meta-analysis of difference in means [16] is a new-developed statistical method that helps to investigate the potential dose-response relationship between dietary exposures and health outcomes and thereby can present valuable information that cannot be obtained by traditional pairwise meta-analyses. Therefore, using a novel method of statistical analysis, we aimed to assess the dose-response association between adherence to the MedDiet and BMD levels in a systematic review and meta-analysis of observational studies in the general population.

METHODS

The systematic review was reported according to the instructions outlined by the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement [17]. The study protocol was registered in International Prospective Register of Systematic Reviews (www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/, registration No: CRD42021240843).

Systematic search

The systematic search was conducted using pre-defined search terms in PubMed, Scopus, and Web of Science databases, up to March 4, 2021, with language restriction to English. The following search strategy was applied using MeSH terms or text-words: ("Mediterranean diet" OR "Mediterranean dietary pattern" OR "Mediterranean-style dietary pattern") AND ("bone mineral density" OR "bone mineral content" OR "peak bone mass" OR fracture OR osteoporosis OR "bone mass" OR "bone density" OR "bone loss" OR "bone health"). Reference lists of all relevant articles and reviews were screened to find further potential studies.

Study selection

Publications were included in the present review if they had the following criteria: 1) were prospective cohort or cross-sectional studies; 2) were conducted in the general population aged 18 years or older; 3) reported adherence to a priori-defined MedDiet as exposure and in at least two quantitative categories; 4) considered total and/or regional-specific BMD as the outcomes of interest; 5) provided mean and standard deviation (SD) of BMD for ≥ 2 quantitative categories of the MedDiet score; and 6) reported the number of participants in each category of the MedDiet score.

The studies were excluded if they were conducted on diseased populations, children, adolescents, and pregnant or breastfeeding women. Two independent investigators (MN and AJ) carried out an initial screening of all titles and abstracts to identify eligible studies. Then, full texts were retrieved and independently assessed for eligibility by two review authors. Any disagreements were resolved by consensus.

Data extraction

Two independent researchers (MN and AJ) recorded the following characteristics from the identified studies using a pre-defined form: first author's name, date of publication, study design, country, age-range and mean age, sex, study participants, duration of follow-up (cohort studies), method of assessment of dietary intake, and list of variables that were entered into the multivariable model as potential confounders. If the same dataset had been published in more than one publication, we included the one with greater participants.

Risk of bias assessment

The quality of the original studies included in the meta-analysis was evaluated using a 9-point Newcastle–Ottawa Scale [18]. Accordingly, studies with 1–3, 4–6, and 7–9 points were rated poor, moderate, and high quality, respectively. Two independent investigators (MN and AJ) performed the quality assessment to examine the possible risk of bias associated with each of the included studies. Disagreements were resolved by consensus.

Statistical analysis

Two types of analyses were carried out in the present meta-analysis. First, we performed a random-effects dose-response meta-analysis to estimate the change in total and regional-specific BMD (mean \pm SD) for a 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet in each primary study according to the method introduced by Crippa and Orsini [16]. To use this method, we obtained the median point of the MedDiet score, the number of participants and the reported mean and SD of BMD for each MedDiet score category. For studies that reported the MedDiet scores as a range, we estimated the median of each category by calculating the midpoint of the lower and upper bounds. For studies reporting CI or standard error along with mean, we converted standard error or CI to SD [19]. For studies that did not use the traditional 9-point MedDiet score (for instance, using an 18-point scale), we translated the score in each category to a 9-point scale [10]. For studies reporting sex-specific effect sizes, we considered them as two separate studies.

The Cochran Q and I-squared (I^2) statistics were used to test for heterogeneity [20]. Subgroup analyses were carried out based on sex and adjustments for body mass index (BMI), physical activity, smoking status, energy intake, and vitamin D and calcium intake or supplements. Publication bias was not evaluated due to a low number of studies included ($n < 10$) [19].

We performed a dose-response meta-analysis to clarify the shape of the association between the MedDiet adherence score and BMD when at least three studies were available. Statistical analyses were conducted using STATA version 16.0. A two-tailed p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

Literature search

The systematic search identified 5253 studies, of which 1362 were duplicates and excluded. After title and abstract screening for the remaining 3891 articles, 28 full-texts were screened for eligibility. Of these, eight articles met the inclusion criteria and were included in the present meta-analysis (Fig. 1).

Study characteristics

Eight included studies with a total number of 13,209 participants had been published from 2012 to 2020 [21–28]. Six studies had cross-sectional design [21, 22, 25–28], and two studies were prospective cohorts [23, 24]. We used the baseline cross-sectional data from one cohort study [23] and the data of four-year follow-up from the other cohort [24]. Two studies were conducted in North [23] and South [27] America, two in Asia [21, 25], and four in European countries [22, 24, 26, 28]. Five studies included only women [22, 23, 25–27] and the rest included both genders [21, 24, 28]. Most of the studies measured dietary intake by a validated food frequency questionnaire (FFQ) [21, 23–27], while one study used a 7-day diet history [28] and one used a 3-day food record [22]. Six different definitions of the MedDiet with various ranges of scoring were applied in eligible studies (Table 1). Detailed information regarding the assessment of the MedDiet score in included studies is represented in Supplementary Table 2.

BMD was measured in different sites, such as lumbar spine [21, 22, 25–28], hip [21, 23, 25], femoral neck [21, 22, 26–28], total femur [27], trochanter [21, 26], intertrochanter [21], ward's triangle [21, 26], forearm [24], and whole body [21–23]. Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) was used in all studies for measuring BMD.

Of eight primary studies included in this review, six controlled for age [21–23, 25, 26, 28], four for BMI [21, 23, 26, 28], six for physical activity [21, 24–28], five for smoking status [21, 22, 26–28] and six for energy intake [21, 22, 24–26, 28]. All studies were rated to have moderate quality based on the Newcastle–Ottawa Scale (Supplementary Table 1).

Table 1. Characteristic of studies included in meta-analysis of the Mediterranean dietary pattern and bone mineral density.

Author	Year	Country	Design (follow-up, years)	Participants	Sex	Age range (mean age, years)	Diet assessment method (items)	Mediterranean dietary pattern score range/ component (definition based)	Adjustments
Pérez-Rey [26]	2019	Spain	Cross-sectional	442	W	42.7 ± 6.7	FFQ (131)	Score range: 0–55 ↑ fruits, ↑ vegetables, ↑ potatoes, ↑ fish, ↑ non-refined cereals, ↑ legumes, ↑ olive oil, ↓ poultry, ↓ meat and meat products, ↓ full-fat dairy products, ↔ alcohol Panagiotakos method (53)	Age, menarche age, BMI, energy intake, Ca and vitamin D intake, physical activity, and smoking status.
Chen [21]	2016	China	Cross-sectional	2371 W (1678) M (693)	W/M	60.3 ± 4.8	FFQ (79)	Score range: 0–9 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ nuts, ↑ whole-grains, ↑ fish, ↑ legumes, ↑ (MUFA/SFA), ↓ red and processed meat, ↔ alcohol Modified Trichopoulos method (54)	Age, BMI, marital status, education status, household income, smoking status, Ca supplement use, multivitamin use, physical activity, and energy intake. In women further adjustment for years since menopause and hormone therapy.
Erkkiä [22]	2017	Finland	Cross-sectional	554	W	67.9 ± 1.9	FFQ	Score range: 0–8 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ cereals and potatoes, ↑ fish, ↑ (MUFA + PUFA)/SFA, ↓ meat and eggs, ↓ milk and dairy products, ↔ alcohol Sofi method (55)	Age, height, weight, smoking status, vitamin D and Ca supplement use, disease or medication reducing BMD, hormone therapy, and energy intake.
Monjardino [24]	2012	Portugal	Cohort (4 years)	1023 W (549) M (474)	W/M	17	FFQ (91)	Score range: 0–16 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ nuts, ↑ fish, ↑ pulses, ↑ pasta or rice, ↑ grains or cereals, ↑ dairy products, ↑ olive oil, ↓ sweets and candy, ↓ commercially baked goods, ↓ pastries and fast foods Serra-Majem method (56)	Height and weight at 13 years and at 17 years old, total energy intake at 13 years old, parental educational level, physical activity, and Ca intake. In girls, further adjustment for menarche age.
Haring [23]	2020	United States	Cross-sectional	7961	W	50–79	FFQ	Score range: 0–9 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ nuts, ↑ whole-grains, ↑ fish, ↑ legumes, ↑ (MUFA/SFA), ↓ red and processed meat, ↔ alcohol Modified Trichopoulos method (23)	Age, race/ethnicity, BMI.
Whittle [28]	2012	Ireland	Cross-sectional	489 W (238) M (251)	W/M	22.6 ± 1.6	7-day diet history	Score range: 0–9 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ nuts, ↑ cereals, ↑ fish, ↑ legumes, ↑ (MUFA/SFA), ↓ meat, ↓ dairy products, ↔ alcohol Trichopoulos method (57)	Age, BMI, smoking status, physical activity, energy intake, and parental social class.
Silva [27]	2019	Brazil	Cross-sectional	105	W	55.2 ± 4.9	FFQ (121)	Score range: 8–24 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ cereals, ↑ fish, ↑ olive oil, ↓ red meat, ↓ poultry, ↓ sausages, ↓ dairy products, ↔ alcohol Benítez-Arciniega method (58)	Hormone therapy, smoking status, and physical activity.

Table 1. continued

Author	Year	Country	Design (follow-up, years)	Participants	Sex	Age range (mean age, years)	Diet assessment method (items)	Mediterranean dietary pattern score range/ component (definition based)	Adjustments
Moradi [25]	2017	Iran	Cross-sectional	264	W	57.8 ± 6.14	FFQ (147)	Score range: 0–9 ↑ vegetables, ↑ fruits, ↑ dried fruit, ↑ fruit juices, ↑ whole grains, ↑ legumes, ↑ white meat, ↑ nuts, ↑ fish, ↑ olives, ↓ red meat, ↓ low-fat dairy products Panagiotakos method (53)	Age, age of menopause, weight, physical activity, and energy intake.

BMI body mass index, FFQ food frequency questionnaire.

Table 2. The association between Mediterranean dietary pattern (2-unit increase) and total and regional-specific bone mineral density (mean difference and 95% CI).

	n	Mean difference (95% CI)	I ² (%), P _{heterogeneity}
Whole body	4	0.007 (0.005, 0.009)	0%, 0.99
Men	1	0.007 (0.000, 0.014)	–
Women	3	0.007 (0.005, 0.009)	–
Lumbar	7	0.009 (0.002, 0.016)	34%, 0.17
Men	2	0.010 (0.002, 0.019)	0%, 0.47
Women	5	0.010 (–0.003, 0.022)	51%, 0.09
Hip	4	0.005 (0.003, 0.007)	1%, 0.39
Men	1	0.009 (0.001, 0.017)	–
Women	3	0.004 (0.002, 0.006)	0%, 0.42
Femoral Neck	7	0.006 (0.001, 0.012)	34%, 0.17
Men	2	0.006 (–0.001, 0.013)	–
Women	5	0.008 (–0.004, 0.002)	56%, 0.06
Total Femoral	1	0.028 (–0.014, 0.070)	–
Men	0	–	–
Women	1	0.028 (–0.014, 0.070)	–
Trochanter	3	0.005 (0.002, 0.008)	0%, 0.52
Men	1	0.006 (–0.001, 0.012)	–
Women	2	0.008 (–0.009, 0.025)	21%, 0.26
Intertrochanter	2	0.009 (0.004, 0.014)	0%, 0.91
Men	1	0.009 (0.000, 0.018)	–
Women	1	0.009 (0.003, 0.015)	–
Ward’s Triangle	3	0.011 (–0.005, 0.027)	83%, 0.003
Men	1	0.004 (–0.005, 0.013)	–
Women	2	0.049 (–0.045, 0.143)	91%, 0.001
Forearm	2	0.003 (–0.001, 0.008)	0%, 0.56
Men	1	0.004 (–0.004, 0.012)	–
Women	1	0.003 (–0.002, 0.008)	–

DISCUSSION

In the present systematic review and meta-analysis of eight observational studies, we found that adherence to the MedDiet was associated in a positive dose-dependent manner with higher BMD of lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body. Each 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet was significantly associated with 0.92%, 0.76%, 0.59%, 0.80%, and 0.67% higher BMD of lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body, respectively. The greatest increase in the BMD following adherence to the MedDiet was 2.55%, 1.90%, 2.36%, 2.39%, and 1.90% for lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body, respectively.

Although the relationship between the MedDiet adherence score and BMD for hip and trochanter was linear, the relationship for lumbar spine, femoral neck, and whole body appeared to be nonlinear with a sharper increase at lower MedDiet scores. To our knowledge, this is the first study to evaluate the dose-response association between adherence to the MedDiet and values of BMD.

The beneficial impacts of the MedDiet on various health outcomes have long been investigated. In a recent meta-analysis of 19 prospective cohorts, we observed that each 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet was associated with a 10% lower risk of all-cause mortality [10]. In addition to the potential inverse association of adherence to the MedDiet with the risk of chronic diseases [29], it could also help to improve bone health and prevent the incidence of osteoporosis and its related fractures [30–33]. Another meta-analysis of

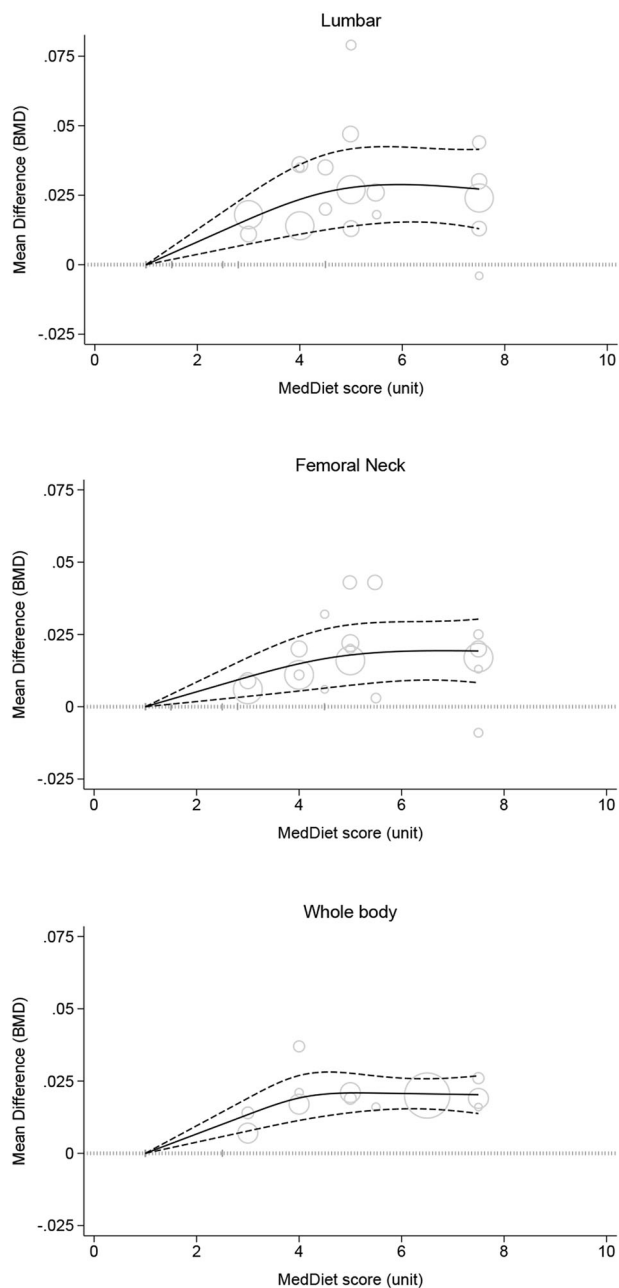


Fig. 2 Dose-response association of adherence to the Mediterranean diet and bone mineral density of lumbar, femoral neck, and whole body. The solid line represents the estimated mean difference and the black long-dashed line represent 95% CI. Circles are study-specific estimates with size of the circles proportional to inverse of the standard error.

observational studies has demonstrated that greater adherence to the MedDiet was associated with a 21% lower risk of hip fracture, as well as higher BMD of lumbar spine, femoral neck, and total hip [15]. Furthermore, a high intake of fruits, vegetables, nuts, olive oil, and fish, the key components of the MedDiet, might have protective effects on bone health [34]. Studies have indicated associations between adequate intake of plant-based foods and a lower intake of red meat and processed foods with higher BMD values [7, 35, 36]. Olive oil, the core part of the MedDiet, was also linked to higher BMD values and lower risk of osteoporotic fractures [37, 38].

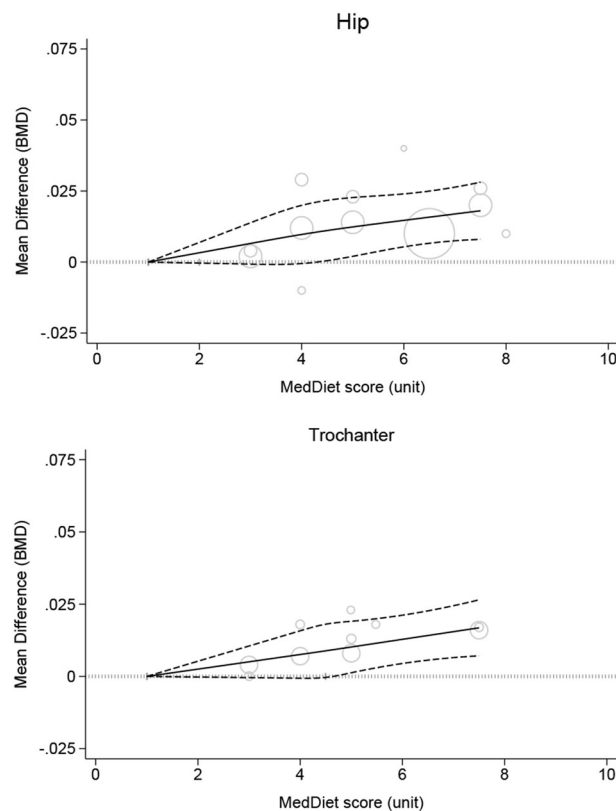


Fig. 3 Dose-response association of adherence to the Mediterranean diet and bone mineral density of hip and trochanter. The solid line represents the estimated mean difference and the black long-dashed line represent 95% CI. Circles are study-specific estimates with size of the circles proportional to inverse of the standard error.

A randomized controlled trial of 1142 participants across five European countries indicated that MedDiet, together with vitamin D supplement, could attenuate the expected reduction in femoral neck BMD in individuals with a history of osteoporosis [39]. Another randomized controlled trial enrolling 127 elderly men at high risk of cardiovascular diseases reported that a MedDiet enriched with virgin olive oil was associated with increased markers of bone health, including procollagen I N-terminal propeptide and osteocalcin during the two years of follow-up [40].

The favorable effects of the MedDiet on BMD may be related to lower levels of circulating inflammatory markers such as C-reactive protein (CRP) and interleukin (IL)-6 in those with high adherence to the MedDiet [41]. Overproduction of inflammatory cytokines could trigger excessive osteoclastic activity and lead to bone resorption and ensuing risk of osteoporosis [42]. In addition, recent studies have suggested that adherence to the MedDiet could provide a defense against oxidative stress [43, 44]. Reactive oxygen species could induce apoptosis of osteoblasts and impair osteogenesis and mineralization, subsequently leading to bone loss [45]. Furthermore, individuals with higher adherence to the MedDiet tended to have higher serum levels of calcium and vitamin D, both of which are linked to bone health and improving BMD [33, 46]. Eventually, a high intake of fruits and vegetables, with strong alkaline-forming properties, may buffer acids produced by dietary animal proteins and thereby, prevent bone dissolution and reduction of bone density [47, 48].

The analysis of the lumbar spine suggested a potential gender difference in the association, in a way that the association was significant in men but not in women. However, the numbers of studies in the analyses of other regional-specific BMDs were too

few to perform subgroup analysis by sex. In line with our findings, a meta-analysis of 31 observational studies, examining the relationship between dietary patterns and bone health, revealed that higher adherence to a healthy dietary pattern was linked to a lower risk of fracture among men, while the association did not reach statistical significance in women [49]. In another meta-analysis, higher dietary intake of carotenoids was related to a lower risk of hip fracture in men but not in women [50]. Moreover, dietary intake of antioxidant vitamins (vitamins A, C, and E) did not associate with the fracture risk in women in a recent meta-analysis of 13 prospective cohort studies [51]. Considering the relatively low number of studies, further studies should determine whether there was a potential gender difference in the association between MedDiet adherence score and BMD.

The present systematic review and meta-analysis has multiple strengths. First, it included four new studies [22, 25–27] published in the past three years that had not been enrolled in the previous meta-analysis by Malmir et al. [15]. Second, the analyses indicated that the associations remained significant even after controlling for important confounders, including BMI, smoking status, physical activity, and energy intake. Third, we considered the BMD of multiple sites in the analysis that enabled us to provide a full-scale insight into the associations. Fourth, studies included in the present review controlled for important confounders such as BMI, energy intake, physical activity, and smoking status. The subgroup analyses indicated significant associations in the subgroup of studies that controlled for these confounders. Finally, for the first time, we performed the dose-response analysis of differences in means to clarify the shape of the association between adherence to the MedDiet and values of BMD which could provide a useful perspective beyond the relationship between dietary exposures and bone health.

Some shortcomings should be noted when interpreting the results of the current review. First, considering the relatively low number of studies for each BMD site, further studies are warranted to confirm the present results. Second, since the majority of studies were cross-sectional, our findings may just indicate associations but not causality. In general, people with higher diet quality have higher socioeconomic status and physical activity and lower BMI. Thus, the observed associations may be confounded by a healthier lifestyle of those with higher MedDiet scores. However, we performed subgroup analyses according to adjustment for lifestyle-related behaviors which confirmed the main findings. Third, we were not able to find out the influence of each MedDiet component on BMD. Fourth, studies used different scales for evaluating the degree of adherence to the MedDiet which might affect the associations. Fifth, it is worth noting that most of the included studies had controlled the associations for potential confounding factors such as age, BMI, physical activity, energy intake, and vitamin D and calcium supplements; however, observational studies are generally susceptible to some unexpected confounding which could have impacted the results. For instance, the duration of MedDiet consumption may have a potential effect on BMD values, which our included studies were not adjusted for. Sixth, given the inadequate number of publications, the subgroup analysis based on the menopausal status of women was not performed. Menopausal hormonal changes are known to typically result in musculoskeletal impairments such as bone loss, muscle weakness, and subsequent increased risk of falling and fractures [52]. Therefore, our findings may be biased because of pooling the BMD outcomes of women, not stratifying for menopausal status. Seventh, the variability of DXA instrument is another potential factor, which due to the low number of included studies, conducting a subgroup analysis based on it was not applicable. Finally, due to the lack of sufficient information in original studies, we were unable to perform stratified analyses by age and ethnicity, the two important factors affecting BMD. Therefore, more research is needed with

considering these important factors such as age, ethnicity, and duration of adherence to the MedDiet to present more confident results.

CONCLUSIONS

In the present systematic review and meta-analysis of observational studies, we found that each 2-point increment in the score of adherence to the MedDiet was associated with a small but important increase in BMD of the lumbar spine, femoral neck, hip, trochanter, and whole body. The MedDiet is an easy-to-adopt healthy dietary pattern. Adherence to this dietary pattern can be increased by applying simple changes in dietary habits including increasing the consumption of vegetables, fruits, nuts, and fish, along with a lower intake of sweets and red meat. Considering the cross-sectional design of most studies included in the present review, more prospective cohort studies are needed to confirm the findings. In addition, more research is needed to test the potential sex difference in the associations.

DATA AVAILABILITY

Data supporting findings from this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

REFERENCES

1. Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. *Lancet*. 2019;393:364–76.
2. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*. 2006;17:1726–33.
3. Johnell O, Kanis J. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*. 2005;16:53–57.
4. Sánchez-Riera L, Carnahan E, Vos T, Veerman L, Norman R, Lim SS, et al. The global burden attributable to low bone mineral density. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1635–45.
5. Muñoz-Garach A, García-Fontana B, Muñoz-Torres M. Nutrients and dietary patterns related to osteoporosis. *Nutrients* 2020;12:1986.
6. Shin S, Sung J, Joung H. A fruit, milk and whole grain dietary pattern is positively associated with bone mineral density in Korean healthy adults. *Eur J Clin Nutr*. 2015;69:442–8.
7. Okubo H, Sasaki S, Horiguchi H, Oguma E, Miyamoto K, Hosoi Y, et al. Dietary patterns associated with bone mineral density in premenopausal Japanese farmwomen. *Am J Clin Nutr*. 2006;83:1185–92.
8. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol*. 2002;13:3–9.
9. Shahriarpour Z, Nasrabadi B, Shariati-Bafghi SE, Karamati M, Rashidkhani B. Adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) dietary pattern and osteoporosis risk in postmenopausal Iranian women. *Osteoporos Int*. 2020;31:2179–88.
10. Soltani S, Jayedi A, Shab-Bidar S, Becerra-Tomás N, Salas-Salvadó J. Adherence to the Mediterranean diet in relation to all-cause mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Adv Nutr*. 2019;10:1029–39.
11. Martínez-González MA, Gea A, Ruiz-Canela M. The Mediterranean diet and cardiovascular health: a critical review. *Circulation Res*. 2019;124:779–98.
12. Salas-Salvadó J, Guasch-Ferré M, Lee C-H, Estruch R, Clish CB, Ros E. Protective effects of the Mediterranean diet on type 2 diabetes and metabolic syndrome. *J Nutr*. 2015;146:9205–75.
13. Morze J, Danielewicz A, Przybyłowicz K, Zeng H, Hoffmann G, Schwingshackl L. An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. *Eur J Nutr*. 2021;60:1561–86.
14. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean diet; a literature review. *Nutrients*. 2015;7:9139–53.
15. Malmir H, Saneei P, Larjani B, Esmailzadeh A. Adherence to Mediterranean diet in relation to bone mineral density and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Nutr*. 2018;57:2147–60.
16. Crippa A, Orsini N. Dose-response meta-analysis of differences in means. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:91.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
18. Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Vol. 2. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2011. pp. 1–12.

19. Shuster JJ. Review: Cochrane handbook for systematic reviews for interventions. *Res Synth Methods*. 2011;2:126–30.
20. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med*. 2002;21:1539–58.
21. Chen GD, Dong XW, Zhu YY, Tian HY, He J, Chen YM. Adherence to the Mediterranean diet is associated with a higher BMD in middle-aged and elderly Chinese. *Sci Rep*. 2016;6:25662.
22. Erkkilä AT, Sadeghi H, Isanejad M, Mursu J, Tuppurainen M, Kröger H. Associations of Baltic Sea and Mediterranean dietary patterns with bone mineral density in elderly women. *Public Health Nutr*. 2017;20:2735–43.
23. Haring B, Crandall CJ, Wu C, LeBlanc ES, Shikany JM, Carbone L, et al. Dietary patterns and fractures in postmenopausal women: results from the women's health initiative. *JAMA Intern Med*. 2016;176:645–52.
24. Monjardino T, Lucas R, Ramos E, Barros H. Associations between a priori-defined dietary patterns and longitudinal changes in bone mineral density in adolescents. *Public Health Nutr*. 2014;17:195–205.
25. Moradi S, Khorrami-Nezhad L, Ali-Akbar S, Zare F, Alipour T, Dehghani Kari Bozorg A, et al. The associations between dietary patterns and bone health, according to the TGF-β1 T869→C polymorphism, in postmenopausal Iranian women. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30:563–71.
26. Pérez-Rey J, Roncero-Martín R, Rico-Martín S, Rey-Sánchez P, Pedrera-Zamorano JD, Pedrera-Canal M, et al. Adherence to a Mediterranean diet and bone mineral density in Spanish premenopausal women. *Nutrients*. 2019;11:555.
27. Silva TRD, Martins CC, Ferreira LL, Spritzer PM. Mediterranean diet is associated with bone mineral density and muscle mass in postmenopausal women. *Climacteric*. 2019;22:162–8.
28. Whittle CR, Woodside JV, Cardwell CR, McCourt HJ, Young IS, Murray LJ, et al. Dietary patterns and bone mineral status in young adults: the Northern Ireland Young Hearts Project. *Br J Nutr*. 2012;108:1494–504.
29. Abdi F, Alimoradi Z, Haqi P, Mahdizad F. Effects of phytoestrogens on bone mineral density during the menopause transition: a systematic review of randomized, controlled trials. *Climacteric*. 2016;19:535–45.
30. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1189–96.
31. Papadaki A, Nolen-Doerr E, Mantzoros CS. The effect of the Mediterranean diet on metabolic health: a systematic review and meta-analysis of controlled trials in adults. *Nutrients* 2020;12:3342.
32. Sánchez-Sánchez ML, García-Vigara A, Hidalgo-Mora JJ, García-Pérez M-Á, Tarín J, Cano A. Mediterranean diet and health: a systematic review of epidemiological studies and intervention trials. *Maturitas* 2020;136:25–37.
33. Quattrini S, Pampaloni B, Gronchi G, Giusti F, Brandi ML. The Mediterranean diet in osteoporosis prevention: an insight in a peri- and post-menopausal population. *Nutrients*. 2021;13:531.
34. Savanelli MC, Barrea L, Macchia PE, Savastano S, Falco A, Renzullo A, et al. Preliminary results demonstrating the impact of Mediterranean diet on bone health. *J Transl Med*. 2017;15:81.
35. Sellmeyer DE, Stone KL, Sebastian A, Cummings SR. A high ratio of dietary animal to vegetable protein increases the rate of bone loss and the risk of fracture in postmenopausal women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Am J Clin Nutr*. 2001;73:118–22.
36. Berg J, Seyedsadjadi N, Grant R. Increased consumption of plant foods is associated with increased bone mineral density. *J Nutr Health Aging*. 2020;24:388–97.
37. García-Gavilán JF, Bulló M, Canudas S, Martínez-González MA, Estruch R, Giardina S, et al. Extra virgin olive oil consumption reduces the risk of osteoporotic fractures in the PREDIMED trial. *Clin Nutr*. 2018;37:329–35.
38. Roncero-Martín R, Aliaga Vera I, Moreno-Corral LJ, Moran JM, Lavado-García JM, Pedrera-Zamorano JD, et al. Olive oil consumption and bone microarchitecture in Spanish women. *Nutrients*. 2018;10:968.
39. Jennings A, Cashman KD, Gillings R, Cassidy A, Tang J, Fraser W, et al. A Mediterranean-like dietary pattern with vitamin D3 (10 µg/d) supplements reduced the rate of bone loss in older Europeans with osteoporosis at baseline: results of a 1-y randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2018;108:633–40.
40. Fernández-Real JM, Bulló M, Moreno-Navarrete JM, Ricart W, Ros E, Estruch R, et al. A Mediterranean diet enriched with olive oil is associated with higher serum total osteocalcin levels in elderly men at high cardiovascular risk. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97:3792–8.
41. Chrysohoou C, Panagiotakos Demosthenes B, Pitsavos C, Das Undurti N, Stefanadis C. Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:152–8.
42. Lacativa PGS, Farias MLFD. Osteoporosis and inflammation. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*. 2010;54:123–32.
43. Dai J, Jones DP, Goldberg J, Ziegler TR, Bostick RM, Wilson PW, et al. Association between adherence to the Mediterranean diet and oxidative stress. *Am J Clin Nutr*. 2008;88:1364–70.
44. Bullo M, Lamuela-Raventos R, Salas-Salvado J. Mediterranean diet and oxidation: nuts and olive oil as important sources of fat and antioxidants. *Curr Top Medicinal Chem*. 2011;11:1797–810.
45. Domazetovic V, Marcucci G, Iantomasi T, Brandi ML, Vincenzini MT. Oxidative stress in bone remodeling: role of antioxidants. *Clin Cases Min Bone Metab*. 2017;14:209–16.
46. Zupo R, Lampignano L, Lattanzio A, Mariano F, Osella AR, Bonfiglio C, et al. Association between adherence to the Mediterranean Diet and circulating Vitamin D levels. *Int J Food Sci Nutr*. 2020;71:884–90.
47. Barzel US. The skeleton as an ion exchange system: implications for the role of acid-base imbalance in the genesis of osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 1995;10:1431–6.
48. McGartland CP, Robson PJ, Murray LJ, Cran GW, Savage MJ, Watkins DC, et al. Fruit and vegetable consumption and bone mineral density: the Northern Ireland Young Hearts Project. *Am J Clin Nutr*. 2004;80:1019–23.
49. Denova-Gutiérrez E, Méndez-Sánchez L, Muñoz-Aguirre P, Tucker KL, Clark P. Dietary patterns, bone mineral density, and risk of fractures: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2018;10:1922.
50. Xu J, Song C, Song X, Zhang X, Li X. Carotenoids and risk of fracture: a meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*. 2017;8:2391–9.
51. Zhou P, Shao R, Wang H, Miao J, Wang X. Dietary vitamin A, C, and E intake and subsequent fracture risk at various sites: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine*. 2020;99:e20841.
52. Khadilkar SS. Musculoskeletal disorders and menopause. *J Obstet Gynaecol India*. 2019;69:99–103.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

AJ and SSB conceived and designed the study; MN and AJ conducted systematic search, screen articles, and extracted data; AJ and TAK performed the analyses; MN, AJ, and SM write the first draft of the manuscript; SSB and TAK critically revised the manuscript. SSB is the guarantor.

COMPETING INTERESTS

The authors declare no competing interests.

ADDITIONAL INFORMATION

Supplementary information The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1038/s41430-022-01093-7>.

Correspondence and requests for materials should be addressed to Sakineh Shah-Bidar.

Reprints and permission information is available at <http://www.nature.com/reprints>

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	10.11.2025
Stellungnahme von	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e. V.

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.
1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittelversorgung	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die aktuelle S2k -Leitlinie „Diagnostik und Therapie osteoporotischer thorakolumbaler Wirbelfrakturen“ in der Version 1.1 vom 04.02.2025 beschreibt die Rolle der ergotherapeutischen Versorgung und verweist auch auf den starken Konsens für die ergotherapeutische Maßnahmen in der S2k-Leitlinie „Rehabilitation nach traumatischen Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne neurologische Ausfälle“.</p> <p>Wir regen daher an, im Kapitel 1.4.1.4 einen Hinweis auf die Ergotherapie mit aufzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Nach Zeile 147 (Servicedokument) wird folgender Absatz neu eingefügt: Ziel der ergotherapeutischen Versorgung ist es, die Selbstständigkeit im Alltag zu verbessern und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen, sodass die Betroffenen trotz ihrer Einschränkungen ihren Alltag, ihre sozialen Rollen und individuellen Wünsche bestmöglich ausfüllen können.</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-063l_S2k_Diagnostik-Therapie-osteoporotischer-thorakolumbaler-Wirbelfrakturen_2025-08.pdf

https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-002l_S2k_Rehabilitation-nach-traumatischen-Frakturen-der-Brust-und-Lendenwirbelsaule-ohne-neurologische-Ausfaelle_2022-06.pdf



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	[13.11.2025]
Stellungnahme von	[Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.]

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Die Vermeidung von Frakturen und Vermeidung von Stürzen stellen aus nachvollziehbaren Gründen das zuoberst aufgeführte Therapieziel dar.</p> <p>Daraus abgeleitet wird gemäß bestehender wissenschaftlicher Evidenz dem körperlichen Training und der Sturzprophylaxe ein breiter Raum im Rahmen der nichtmedikamentösen Therapie gegeben. Hierzu liegt eine 2025 erschienene S3-Leitlinie vor, an der sich orientiert werden sollte, wenn es um die konkreten, evidenzbasierten Empfehlungen für Sturz- und Frakturprophylaxe geht. Bislang weist der vorliegende Beschlussentwurf zur Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) hier Mängel auf, die unter Punkt 2 ausführlich kommentiert werden.</p> <p>Die angesprochene S3-LL ist verfügbar unter: https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/koerperliches-training-zur-frakturprophylaxe</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1.3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Im vorletzten Strichpunkt wird die „Beweglichkeit“ aufgeführt. Ist hier nicht vielmehr die Mobilität gemeint? Im therapeutischen Alltag und in der Trainingswissenschaft wird unter „Beweglichkeit“ eher die Flexibilität und Dehnfähigkeit verstanden und dabei u.a. auf die Eigenschaften von Muskeln, Sehnen, Bändern und Bindegewebe Bezug genommen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen): - Verbesserung oder Erhaltung von Funktion <u>und Mobilität</u></p>
1.4.1.1	<p>Stellungnahme mit Begründung: Ausschließlich auf „körperliche Aktivität“ zu verweisen erscheint aufgrund der aktuellen S3 Leitlinie zur Frakturprophylaxe zu wenig wirksam. Wir empfehlen, hier auch ein angeleitetes osteoanaboles körperliches Training aufzuführen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen): - Regelmäßige körperliche Aktivität <u>und supervidiertes körperliches Training</u></p>
1.4.1.3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir halten es für ungünstig, hier auf körperliches Training „in Form von Sport“ zu verweisen. Bei Osteoporose sollte aus sport-/bewegungstherapeutischer Sicht nicht pauschal „Sport“ empfohlen werden, sondern bedarfsgerechtes körperliches Training für die besonderen Therapieziele, wie Sie in dieser Anlage beschrieben werden. Der Gesundheits- und Breitensport Schwimmen, welcher gerade bei Älteren oft gut angenommen wird, weil schmerzende Gelenke nicht als Barriere empfunden werden, ist in der Frakturprophylaxe wenig effektiv und sollte nur dann zur Erreichung der Therapieziele eingesetzt werden, wenn eine große Sturzgefahr vorliegt. In der S3-Leitlinie heißt es dazu: „Schwimmen wird bedingt durch seinen Charakter als nicht-gewichtstragende Sportart mit überwiegend umfangsorientierter</p>

	<p>Muskelzugbelastung als mechanisch nicht oder wenig osteoanabol eingeschätzt.“ (DVO, 2025, S. 59)</p> <p>Das „Radfahren“, welches explizit genannt wird, fällt das Fazit ähnlich aus. Hierzu heißt es in der LL:</p> <p>„(...) hat Radfahren hingegen keinen nachgewiesenen positiven Effekt auf die Knochendichte an LWS und proximalem Femur.“ (DVO, 2025, S. 63)</p> <p>Wir plädieren daher stark dafür, das explizite Beispiel Radfahren zu streichen, oder entsprechend differenziert zu diskutieren.</p> <p>Andere Sportarten wie Reiten oder Klettern bieten sogar potenziell ein erhöhtes Bruchrisiko. Diese werden zwar nicht genannt, allerdings wird oben relativ pauschal von „Sport“ gesprochen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (zum Beispiel Treppensteigen oder Radfahren) als auch <u>gezieltes, supervidiertes</u> körperliches Training in Form von Sport.
1.4.1.3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im dritten Absatz wird der Begriff der „Belastbarkeit“ genannt. Was ist hier konkret gemeint? Wenn es sich um die „Belastbarkeit“ des Knochens handelt, dann sollte dies konkret benannt werden. Dies hat Implikationen für die Trainingsgestaltung.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen):</p> <p><u>Geeignetes</u> körperliches Training führt in der Regel zur Steigerung der Belastbarkeit <u>des Knochens</u> (...)</p>
1.4.1.3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im drittletzten Absatz sollte bei der Wassergymnastik die fachliche Anleitung ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen):</p> <p>„(...) kann auch <u>fachlich angeleitete</u> Wassergymnastik indiziert sein.“</p>

<p>1.4.1.3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es wird nicht klar, warum beim Funktionstraining „in erster Linie“ beigefügt wird. Die Wirksamkeit des Rehabilitationssports zur Frakturprophylaxe wurde in Deutschland sogar in einer randomisiert-kontrollierten Studie belegt, wobei sich positive Ergebnisse in den Outcome Parametern Sturzhäufigkeit, Knochendichte und Frakturhäufigkeit zeigten (Kemmler et al., 2010).</p> <p>Generell sei hier betont, dass die Komplexität des Krankheitsbildes einer umfassenden Sport-/Bewegungstherapie bedarf. Die Qualitätsvorgaben für Funktionstraining und Rehabilitationssport sind hier für einen großen Teil der Zielgruppe kritisch zu hinterfragen.</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag (durchgestrichen und unterstrichen):</p> <p>Sofern erforderlich, soll Funktionstraining (in erster Linie) oder Rehabilitationssport in Gruppen unter fachkundiger Anleitung empfohlen werden. <u>Sofern möglich, soll multimodale Sport-/Bewegungstherapie empfohlen werden.</u></p>
----------------	---

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

DVO (2025). <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/koerperliches-training-zur-frakturprophylaxe>

Kemmler W, von Stengel S, Engelke K et al. Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women: the randomized controlled senior fitness and prevention (SEFIP) study. Arch Intern Med 2010; 170: 179-185.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	11.11.2025
Stellungnahme von	Bundesamt für Soziale Sicherung

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Das BAS regt an, auch zu regeln, wie zu verfahren ist, wenn in bisherigen Zulassungen in Regionen Arztgruppen als Teilnehmer zugelassen worden sind, die möglicherweise in der neuen Regelung nicht mitumfasst sind.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

<p>Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</p>
<p>Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: „Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind insbesondere Fachärztinnen oder Fachärzte für - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, - Innere Medizin und Rheumatologie,“ Die in diesem Kontext verwendete Formulierung „insbesondere“ impliziert, dass es darüber hinaus noch weitere, entsprechend qualifizierte Fachärzte gibt und es sich somit nicht um eine abschließende Aufzählung handelt. Die diesbezügliche Ausführung in den Tragenden Gründen, sowohl seitens der KBV und DKG, als auch des GKV SV, suggerieren aber, dass durchaus eine explizite und abschließende Benennung der Facharztgruppen gewollt ist. Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ im Beschlusstext wird diese Intention jedoch konterkariert. Daher wird vorgeschlagen, das Wort „insbesondere“ aus dem Beschlusstext zu streichen. Eine abschließende Aufzählung der teilnahmeberechtigten Fachärzte und Fachärztinnen wird die Zulassung vereinfachen.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind Fachärztinnen oder Fachärzte für - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, - Innere Medizin und Rheumatologie.</p>
<p>Nummer 1.6.2 zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt....</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir bitten, zu prüfen, ob im Beschlusstext oder in den Tragenden Gründen eine Klarstellung zu dem Punkt erfolgen könnte, ob Fachärzte, die eine osteologische Qualifikation aufweisen, z.B. das Zertifikat des Dachverbandes Osteologie e.V. (DVO) ebenso auf der Facharztebene anzusiedeln sind.</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	13.Nov. 2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Aus Sicht der DGE ist es zu begrüßen, dass nun auch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie oder Rheumatologie als koordinierende Ärzte mitwirken können.
Das neue Konzept des Frakturrisikos als Grundlage der Einschreibung (3-Jahres Risiko > 5 %) ist zu begrüßen
Die Erweiterung der Zielgruppe wird begrüßt: Während 2020 Frauen ab 50 und Männer ab 60 Jahren eingeschrieben werden konnten, gilt 2025 eine einheitliche Grenze ab 50 Jahren für alle Geschlechter. Darüber hinaus wurde eine neue Öffnung für Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren eingeführt, wenn eine postmenopausale Osteoporose oder eine therapieassoziierte Form (z. B. unter Glukokortikoiden oder Tumorthherapie) vorliegt.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1.2. Diagnostische Kriterien	<p>Es wird ausgeführt: „Bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung) und Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden“.</p> <p>Größenverlust oder Kyphosierung sind nicht spezifisch für eine Wirbelfraktur, weswegen bei Vorliegen in der Leitlinie AWMF 183-001 zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose kein Verzicht auf eine Knochendichtemessung vor Therapiebeginn empfohlen wird, sondern eine radiologische Diagnostik der Wirbelsäule</p> <p>Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Femurfraktur oder eine Wirbelfraktur durch eine Osteoporose verursacht wird, nimmt mit dem Alter zu, so dass bei Hochbetagten tatsächlich in der Regel von Osteoporose ausgegangen werden kann und auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden kann.</p> <p>Die trifft bei jüngeren Patienten nicht zu: Dort sollte eine Differentialdiagnostik der Fraktur-Ursache unter Einschluss der Knochendichtemessung und anderer Verfahren (Labor etc.) erfolgen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Passus ändern in „bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung)“ ist eine radiologische Diagnostik mit der Frage nach Wirbelfrakturen empfohlen, bei Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur <u>kann bei Hochbetagten</u> (geriatrische Indikation) auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden.</p>
1.4.2.2.	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>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</p>

	<p>durchgeführt werden. Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig .</p> <p>In der S3 Leitlinie AWMF 183-001 wird deswegen auf S.218 empfohlen:</p> <p>Vor allem bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, das auch eine antiresorptive Wirkung insbesondere in den ersten Monaten ausübt.</p> <p>Insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion steigt das Risiko einer Hypokalzämie.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Erweiterung des Satzes „Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig“ um: <u>bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion (Stadium 3 und höher)</u></p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation)

Datum	[11.Nov.2024]
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Osteologie (DGO)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie, diese eindeutig zu benennen.</i>
1.2. Diagnostische Kriterien	<p>Es wird ausgeführt: „Bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung) und Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden“.</p> <p>Größenverlust oder Kyphosierung sind nicht spezifisch für eine Wirbelfraktur, weswegen bei Vorliegen in der Leitlinie AWMF 183-001 zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose kein Verzicht auf eine Knochendichtemessung vor Therapiebeginn empfohlen wird, sondern eine radiologische Diagnostik der Wirbelsäule</p> <p>Änderungsvorschlag: Passus ändern in „bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung)“ ist eine radiologische Diagnostik mit Frage nach Wirbelfrakturen empfohlen, bei Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden.</p>
1.4.1.3.	<p>Stellungnahme mit Begründung: „Ein positiver Effekt auf die Knochendichte mit resultierender Frakturreduktion kann nur durch regelmäßig durchgeführtes Widerstandstraining (high-impact-training/Krafttraining) erreicht werden, dies setzt jedoch eine ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit voraus.“</p> <p>Dies entspricht nicht der Aussage der S3 Leitlinie AWMF 183-002 zu Muskeltraining als Frakturprophylaxe. Die zusammenfassende Empfehlung hier lautet „Postmenopausale Frauen, die von einer Osteoporose bedroht oder betroffen sind, sollen ein geeignetes körperliches Training zur Verbesserung der Knochenfestigkeit durchführen.“ Die abgeleitete Empfehlung zum Training lautet „Ein körperliches Training zur Verbesserung von Knochenfestigkeit soll gewichtstragende Trainingsinhalte („weight-bearing exercise“) und/oder dynamisches Krafttraining berücksichtigen.“</p> <p>Änderungsvorschlag: Formulierung in „Ein körperliches Training zur Verbesserung von Knochenfestigkeit soll erfolgen und gewichtstragende Trainingsinhalte („weight-bearing exercise“) und/oder dynamisches Krafttraining berücksichtigen“ ändern.</p>

<p>1.4.2.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörperfrakturen nachgewiesen worden.“</p> <p>In die Abaloparatid-Zulassungsstudie (ACTIVE-Studie, Miller et al.), eine Phase-III, doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Studie (RCT), die von März 2011 bis Oktober 2014 an 28 Studienzentren in 10 Ländern durchgeführt wurde, waren postmenopausale Frauen mit manifester Osteoporose eingeschlossen. Primärer Endpunkt waren vertebrale Frakturen im Vergleich zur Placebogruppe nach 18 Monaten Therapie, der maximalen Therapiedauer. Dieser wurde von Abaloparatid im Vergleich zu Placebo erreicht (RR 0.14 (0.05 to 0.39), $p < 0,001$), der sekundäre Endpunkt „nicht-vertebrale Frakturen“ wurde ebenfalls von Abaloparatid erreicht (HR, 0.57 (0.32 to 1.00), $p = 0,49$). In der Verlängerung der Studie (Cosman et al.) lag die HR bei 0.48; 95% CI, 0.26-0.89; log-rank $P = .02$ für nicht-vertebrale Frakturen. Es liegen keine Daten zur Senkung des Hüftfrakturrisikos vor.</p> <p>Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, et al. Effect of Abaloparatide vs Placebo on New Vertebral Fractures in Postmenopausal Women With Osteoporosis: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;316(7):722–733. doi:10.1001/jama.2016.11136</p> <p>Cosman, F., Miller, P. D., Williams, G. C., Hattersley, G., Hu, M. Y., Valter, I., ... & Black, D. (2017, February). Eighteen months of treatment with subcutaneous abaloparatide followed by 6 months of treatment with alendronate in postmenopausal women with osteoporosis: results of the ACTIVExtend trial. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 92, No. 2, pp. 200-210</p>
<p>1.4.2.</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörperfrakturen <u>und nicht vertebrale Frakturen nachgewiesen worden, nicht jedoch für Hüftfrakturen.</u></p>
<p>1.4.2.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Vor Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten und Denosumab ist bei Patienten mit begleitenden Risikofaktoren eine zahnärztliche Untersuchung mit präventiver Zahnbehandlung sinnvoll.</p> <p>In der S3 Leitlinie 183-001 S.286 der Langfassung ist folgendes geschrieben:</p> <p>Mit Beginn einer Therapie mit antiresorptiven Medikamenten oder Romosozumab soll eine Fokussuche, Anpassung von Zahnersatz zur Vermeidung von Druckstellen und eine Sanierung von Infektionen und Bakterieneintrittspforten im Mund-Kieferbereich begonnen werden.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Anpassung der Formulierung in „<u>Mit Beginn</u> einer Therapie mit antiresorptiven Medikamenten oder Romosozumab soll eine Fokussuche, Anpassung von Zahnersatz zur Vermeidung von Druckstellen und eine Sanierung von Infektionen und Bakterieneintrittspforten im Mund-Kieferbereich begonnen werden“.</p>
<p>1.4.2.2.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>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 .</p> <p>In der S3 Leitlinie AWMF 183-001 wird deswegen auf S.218 empfohlen:</p> <p>Vor allem bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtaufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, das auch eine antiresorptive Wirkung insbesondere in den ersten Monaten ausübt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Erweiterung des Satzes „Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig“ um: <u>bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtaufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab</u></p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2544640>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619616306309>

https://leitlinien.dv-osteologie.org/wp-content/uploads/2025/05/05-2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)	17. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V. (BVHI)	17. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	20. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V. (APH)	20. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPhG)	20. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)	23. Oktober 2025	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	23. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)	24. Oktober 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)	6. November 2025	Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	7. November 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	7. November 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)	10. November 2025	Stellungnahme
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	10. November 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	11. November 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.	11. November 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	11. November 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)	12. November 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	12. November 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)	13. November 2025	Stellungnahme
Pharma Deutschland e. V.	13. November 2025	Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	14. November 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	14. November 2025	Stellungnahme
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. November 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)	14. November 2025	Stellungnahme
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)	14. November 2025	Stellungnahme
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	14. November 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE)	14. November 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO)	14. November 2025	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in fünf Arbeitsgruppen-Sitzungen am 18. November 2025, 26. November 2025, 14. Januar 2026, 21. Januar 2026 sowie 28. Januar 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. März 2026 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
1.	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) vom 23. Oktober 2025		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
1.1	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) vom 23. Oktober 2025	<p>S. 7 unten</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Als entsprechend qualifizierte Fachärztinnen und – ärzte, die in Ausnahmefällen kontaktiert werden können, sollten dringend auch die Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Geriatrie aufgeführt werden, da diese die komplexen Krankheitsbilder, die bei Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auftreten am besten mitbehandeln können und sich gleichzeitig mit Osteoporose auskennen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind insbesondere Fachärztinnen oder Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, - für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, - für Innere Medizin und Rheumatologie, - für Geriatrie oder mit Zusatzweiterbildung Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie 	<p>Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst.</p> <p>Gemäß Nr. 1.6.2 prüft der Arzt/die Ärztin bei komplexen Krankheitskonstellationen zur geriatrischen Mitbehandlung, ob eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung erfolgen soll.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		KBV, DKG - Physikalische und Rehabilitative Medizin, - Innere Medizin.	
2.	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) vom 6. November 2025		
2.1	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) vom 6. November 2025	Allgemeine Anmerkung Der vorliegende Entwurf der DMP-Anforderungen-Richtlinie Osteoporose stellt eine wesentliche Weiterentwicklung der bisherigen Richtlinie dar. Die im aktuellen Entwurf eingefügten Änderungen und Neuerungen setzen die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose um und sind daher zu begrüßen. Insbesondere wurden auch die verschiedenen, aktuellen, medikamentösen Therapieoptionen in die Richtlinie mit aufgenommen. Das Risikomodell bzw. die Risikoberechnung orientiert sich in dem aktuellen Entwurf an dem 3-Jahres-Frakturrisiko und ist somit auch in	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		dieser Hinsicht zu unterstützen.	
2.2	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) vom 6. November 2025	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Absatz befasst sich mit dem Thema der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte. Aus Sicht der Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten erscheint es sinnvoll, die Fachbereiche mit besonderer osteologischer Perspektive auch für die Funktion der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte vorzusehen. Daher ist die Aufnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit den genannten Schwerpunkten sehr zu begrüßen. Zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen und Weiterbetreuung kann auch die Aufnahme des Facharztes für Physikalische und rehabilitative Medizin unterstützt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie, Rheumatologie,</p>	<p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Koordination im DMP Osteoporose erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Zu dieser ärztlichen Gruppe zählen insbesondere auch die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben (vgl. § 73 Absatz 1a Nr. 2 SGB V). Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst. Weitere Fachärzte sollen grundsätzlich nur unter besonderen Voraussetzungen koordinierend im DMP tätig sein können, insbesondere dann, wenn sie eine besondere fachliche Qualifikation zur Behandlung des Krankheitsbildes aufweisen und eine Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen des DMP möglich ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		sowie Innere Medizin ohne Schwerpunkt und die Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin.	
3.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 7. November 2025		
3.1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme. Das DMP wird jetzt endlich in Deutschland umgesetzt, wenn auch noch nicht in allen KV-Bereichen</p>	Kenntnisnahme.
		<p>Problematisch ist, dass der DVO-Score zur Berechnung des Frakturrisikos bisher nicht suffizient validiert ist. Es gibt dazu bisher nur ein Abstract und einen Kongressbeitrag, der jedoch erhebliche Lücken aufweist: es fehlen einige Risikofaktoren, die Validierungskohorte besteht aus lange publizierten Daten aus den USA und betrifft nur Frauen</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Problematisch ist die schlechte Verfügbarkeit der DXA-Messung als Kassenleistung. Es ist unseres Erachtens nicht hinnehmbar, dass viele vertragsärztliche Praxen diese Untersuchung zwar als Selbstzahlerleistung anbieten, aber nicht als vertragsärztliche Leistung, auch wenn die Vorgaben des G-BA dafür patientenseitig erfüllt sind.</p>	<p>Kenntnisnahme. GKV-SV, KBV, DKG: Dies fällt nicht in den Regelungsbereich des G-BA.</p>
		<p>Wir arbeiten zunehmend im Team. An etlichen Stellen sollte lieber vom Praxisteam gesprochen werden statt Arzt oder Ärztin wie z.B. bei der Erfassung der Medikation und Erfassung von Sturzrisiken sowie Lebensstilberatungen</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, wenngleich eine Arbeit in Praxisteam grundsätzlich zu begrüßen ist. Die Inhalte der DMP-A-RL richten sich grundsätzlich an koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt. Bezüglich der Delegation ärztlicher Leistungen greifen die Regelungen der Delegationsvereinbarung Anlage 24 BMV-Ä.</p>
3.2	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025</p>	<p>Dokumentationsbogen übergreifend Nr 17 (Begleiterkrankungen) Stellungnahme mit Begründung: Definition Fettstoffwechselstörung ist sehr variabel, wichtig wäre Erfassung chronische Nierenkrankheit und auch Z.n. Schlaganfall</p>	<p>Es erfolgt keine Streichung der Ausprägung „Fettstoffwechselstörung“ im übergeordneten Dokumentationsparameter Nr. 17 und keine Aufnahme des neu vorgeschlagenen indikationsspezifischen Dokumentationsparameters, weil die Parameter nur für die im DMP vorgesehenen Zwecke erhoben</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Für Osteoporose spezifisch könnte man noch ergänzen: entzündlich rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Z.n. Magenteilresektion oder bariatrische Operation</p> <p>Änderungsvorschlag: Fettstoffwechselstörung streichen, chronische Niereninkrankheit ergänzen im allgemeinen Teil, für Osteoporose spezifisch ggf. die o.g. Begleiterkrankungen ergänzen. Statt KHK, AVK: manifeste arterielle Gefäßerkrankung (KHK, AVK, Z.n. Schlaganfall)</p>	<p>werden (insbesondere zur Qualitätssicherung und Evaluation).</p> <p>Laut § 25 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturieren Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden.</p>
3.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Anlage 19 Nr 1.2</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: von PatV vorgeschlagene Ergänzung mit Einbezug von Frauen, die jünger als 50 Jahre alt, aber bereits postmenopausal sind, ist zielführend. Passagere Zustände wie eine in der Regel zeitlich begrenzte höher-</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>dosierte Glucocorticoidtherapie sollte man ohne Osteoporose nicht mit aufnehmen</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme Ausführungen PatV außer dem letzten Satz</p>	<p>Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>
3.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Einschreibekriterien</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: bitte klarstellen, dass hier nur klinische Wirbelkörperfrakturen gemeint sind und nicht auch die rein radiologisch festgestellten</p> <p>Änderungsvorschlag: jeweils vor Wirbelkörperfrakturen einfügen: klinisch manifest gewordene</p> <p>Hinweis: Es wird nicht genannt, wie das Risiko genau zu ermitteln ist. Offensichtlich ist der Berechnungsmodus aus der DVO-Leitlinie von 2023 gemeint. Dieser ist allerdings wie</p>	<p>Keine Anpassung. Gemäß Beschlusstext können auch durch bildgebende Verfahren ermittelte prävalente Fragilitätsfrakturen ein Einschlusskriterium sein.</p> <p>Keine Anpassung. Das DMP Osteoporose bezieht sich, wie auch bereits in der Erstfassung dargelegt, insbesondere auf die Therapieempfehlungen der DVO Leitlinie. Dementsprechend wurden die Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe (medikamentöse behandlungsbedürftige Osteoporose) auf</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>oben gesagt bisher nicht validiert und in der Praxis nur mit Mühe und groben Schritten anwendbar. Es sollte daher zusätzlich ein anderer Berechnungsmodus erlaubt sein. Hierfür bietet sich der QFracture risk score an, der für UK validiert ist und laut Beaudoin et al 2019 die vergleichsweise beste Prädiktion liefert. Hier könnte man vereinfachend die 5%-Schwelle pro 3 Jahre für Major Fractures heranziehen, sofern die folgende Knochendichtemessungen eine Osteoporose oder Osteopenie anzeigt. Die sehr gut bewertete SIGN-Leitlinie nennt eine Schwelle von 10%/10 Jahre für Major Fractures als Ausgangspunkt und gibt dann differenzierte Empfehlungen (einschließlich Nichtbehandlung) abhängig vom DXA-Wert und Alter.</p> <p>Ergänzungsvorschlag: Zur Berechnung des Risikos kann auch der QFracture risk score herangezogen werden mit Überschreiten der 5%-Schwelle für Major Fractures pro 3 Jahre, sofern die nachfolgende DXA-Messung mindestens eine Osteopenie ergibt oder die Therapieempfehlung der SIGN-Leitlinie herangezogen werden.</p>	<p>die Kriterien zur Indikationsstellung einer medikamentösen spezifischen Osteoporose-Therapie laut DVO-Leitlinie aufgebaut. Das DMP zielt darauf ab, die Empfehlungen für diese Zielgruppe standardisiert umzusetzen.</p> <p>Die Indikationsstellung erfolgt dabei auf Grundlage des DVO-Modells unter Berücksichtigung der dort empfohlenen Schwellenwerte. Die Verwendung lässt sich aus den Empfehlungen des IQWiG-Berichtes ableiten (V23-03). Zudem handelt es sich um ein in Deutschland in der Versorgungspraxis etabliertes Modell zu Vorhersage von Frakturen.</p> <p>Zu den Unterschieden des DVO-Modells zur Ermittlung des Frakturrisikos gegenüber anderen Risikorechnern wie dem QFracture Score zählen u. a. die Adjustierung der Frakturrisikobestimmung, die Implementierung von Risikofaktoren, der Einbezug der Knochendichte und die Basierung auf deutschen Referenzdaten für die Knochendichte.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.1.3 Stellungnahme mit Begründung: das ist teils sehr arzt-zentriert formuliert. Wir arbeiten zunehmend im Team und mit besonders qualifiziertem Assistenzpersonal Änderungsvorschlag: Das Praxisteam soll regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen...</p> <hr/> <p>Stellungnahme mit Begründung: gute Auflistung zu körperlicher Aktivität. Es sollte noch ergänzt werden: Rehabilitationssport oder Funktionstraining Änderungsvorschlag: hinter Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (zum Beispiel Treppensteigen oder Radfahren) als auch körperliches Training in Form von Sport</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, wenngleich eine Arbeit in Praxisteams grundsätzlich zu begrüßen ist. Die Inhalte der DMP-A-RL richten sich grundsätzlich an die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt. Bezüglich der Delegation ärztlicher Leistungen greifen die Regelungen der Delegationsvereinbarung Anlage 24 BMV-Ä.</p> <p>Das qualifizierte Assistenzpersonal arbeitet unter der Verantwortung der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte und wird dementsprechend im Behandlungsverlauf einbezogen. Gensonderte Regelungen sind hierzu nicht erforderlich.</p> <hr/> <p>Eine Ergänzung von „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ ist entbehrlich, da dies bereits an anderer Stelle in Nr. 1.4.1.3 hinreichend adressiert wird.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		Einfügen: einschließlich Rehabilitationssport und Funktionstraining	
3.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.1.4 Stellungnahme mit Begründung: das ist teils sehr arztzentriert formuliert. Wir arbeiten zunehmend im Team und mit besonders qualifiziertem Assistenzpersonal Änderungsvorschlag: Bei Bedarf soll über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten werden</p>	Dem Änderungsvorschlag der Streichung von „die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten“ wird nicht gefolgt, wenngleich eine Arbeit in Praxisteams grundsätzlich zu begrüßen ist. Die Inhalte der DMP-A-RL richten sich grundsätzlich an die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt. Bezüglich der Delegation ärztlicher Leistungen greifen die Regelungen der Delegationsvereinbarung Anlage 24 BMV-Ä.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.7	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.2.1 Stellungnahme mit Begründung: bitte noch etwas präzisieren, denn wir können die Dauer der persistierenden Wirkung nicht genau abschätzen: Zudem wird unterschieden zwischen Therapeutika mit persistierender Wirkung wie den Bisphosphonaten, deren Effekt auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt Änderung: vor erhalten bleibt einfügen: längere Zeit</p>	<p>Dem Anpassungsvorschlag wird nicht gefolgt, da durch den Begriff „persistierend“ bereits ausreichend beschrieben ist, dass die Wirkung erhalten bleibt. Der Zusatz „längere Zeit“ ist zudem unbestimmt.</p>
		<p>Und im folgenden Absatz nach Zulassungsstatus einfügen, weil wir auch zur wirtschaftlichen Verordnungsweise angehalten sind: sowie die Kosten</p>	<p>Es erfolgt keine Anpassung, da übergeordnet das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V gilt.</p>
		<p>Statt Hormonersatztherapie (HRT) bitte den Begriff menopausale Hormontherapie (MHT) verwenden: das ist inzwischen der international am besten etablierte Begriff und er wird auch in der kurz vor dem Abschluss stehenden Revision</p>	<p>Keine Anpassung. In den aktuell vorliegenden und der Aktualisierung des DMP zugrunde gelegten Leitlinien wird der Begriff Hormonersatztherapie (HRT) verwendet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>der Menopausenleitlinie (S3, federführend DGGG) durchgehend verwendet</p>	
		<p>Letzter Satz in diesem Kapitel: bitte Vor streichen und durch mit ersetzen: die Therapie soll dadurch explizit nicht aufgeschoben werden. Dann soll aber eine regelmäßige Kontrolle erfolgen laut DVO-Leitlinie. außerdem oder statt und bei Nennung der Substanzen</p> <p>Änderung: Mit Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab sind bei Patienten begleitend regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen mit präventiver Zielsetzung empfohlen</p>	<p>Dem Anpassungsvorschlag wird nicht gefolgt, da die aktuelle Formulierung in Einklang mit den Empfehlungen der einschlägigen Fachinformationen steht.</p> <p>Die Fachinformation zu Denosumab (Prolia®) enthält folgenden Hinweis: „Der Beginn der Behandlung/eines neuen Behandlungszyklus sollte bei Patienten mit nicht verheilten offenen Weichteilläsionen im Mundraum verschoben werden. Eine zahnärztliche Untersuchung mit präventiver Zahnbehandlung und einer individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung wird vor der Behandlung mit Denosumab bei Patienten mit begleitenden Risikofaktoren empfohlen.“</p> <p>Die Fachinformation zu Alendronsäure enthält folgenden Hinweis: „Bei Patienten mit einer schlechten Zahngesundheit</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
			sollte eine zahnärztliche Untersuchung mit geeigneten Präventionsmaßnahmen vor einer Behandlung mit Bisphosphonaten in Betracht gezogen werden.“
3.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.2.2 Stellungnahme mit Begründung: bitte auch die körpereigene Vitamin D-Produktion mitberücksichtigen Änderungsvorschlag: Supplemente sollten eingenommen werden, wenn diese Menge mit der Ernährung oder UV-abhängiger Eigenproduktion nicht sicher erreicht werden kann</p>	Keine Anpassung. Da die Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose eine Osteoporose spezifische medikamentöse Therapie erhalten sollen, beziehen sich die Empfehlungen unter 1.4.2.2 auf die entsprechenden Fachinformation, in denen eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D gewährleistet werden soll. Die Empfehlungen der DVO, dass Vitamin-D vor dem 70. Lebensjahr durch Sonnenlichtexposition zugeführt werden könnte, bezieht sich auf die Empfehlungen zur generellen Osteoporose- und Frakturprophylaxe im Sinne einer Prävention. Diese sind als allgemeine Maßnahmen zu verstehen, durch deren Umsetzung im Rahmen der Primärprävention eine Verbesserung der Knochenstabilität und/oder eine Reduktion von Frakturen erreichbar oder wahrscheinlich sind.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.3 Stellungnahme mit Begründung: die Einschränkung der Therapiedauer gilt für Teriparatid lebenslang, für Romosozumab nur pro Zyklus</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Therapie mit Teriparatid ist lebenslang auf 24 Monate begrenzt... Die Therapie mit Romosozumab ist innerhalb eines solchen Zyklus auf 12 Monate begrenzt.</p>	<p>Der bestehende Satz zu Teriparatid wird auf Grundlage der Fachinformation (FORSTEO®) wie folgt ergänzt: „Die Therapie mit Teriparatid ist auf 24 Monate begrenzt und sollte im Laufe des Lebens beim gleichen Patienten bzw. der gleichen Patientin nicht wiederholt werden.“</p> <p>Entsprechend der Fachinformationen erfolgten ebenfalls Ergänzungen zur Therapiedauer bei Romosozumab und Abaloparatid.</p>
		<p>Stellungnahme mit Begründung: Passage zu Denosumab ist zu vorsichtig formuliert, Es gibt nicht nur Wirkverlust sondern sogar Rebound (s. DVO-Leitlinie)</p> <p>Änderungsvorschlag: Nach Beendigung von Denosumab ist mit einem Rebound zu rechnen. Daher ist eine Anschluss-therapie mit einem anderen Antiresorptivum für mindestens 1 Jahr erforderlich</p>	<p>Der Aspekt ist im Beschlussentwurf bereits ausreichend adressiert.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.4.4 Stellungnahme mit Begründung: bitte auch benennen, dass es Kontraindikationen bei Niereninsuffizienz gibt</p> <p>Änderungsvorschlag im letzten Satz: Bei festgestellter chronischer Nierenkrankheit sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen und Kontraindikationen zu beachten.</p>	Keine Anpassung. Der Aspekt wird in der aktuellen Formulierung bereits ausreichend berücksichtigt.
3.11	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.5 Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Im letzten Spiegelstrich noch die Sequenzen erwähnen, denn diese sind wichtig (insbesondere dringend empfohlene Anschlussbehandlungen)</p> <p>Änderungsvorschlag: Abwägung der Fortführung der osteoporosespezifischen Therapie in Abhängigkeit von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken sowie empfohlenen Sequenzen.</p>	<p>Keine Anpassung. In den aktuell vorliegenden und der Aktualisierung des DMP zugrunde gelegten Leitlinien wird der Begriff Hormonersatztherapie (HRT) verwendet.</p> <p>Der Aspekt ist in der aktuellen Formulierung bereits hinreichend berücksichtigt „Abwägung der Fortführung...“</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.12	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>1.6 Stellungnahme mit Begründung: gerne auch weitere Fachärzte aufnehmen wie von KBV und DKG vorgeschlagen, allerdings bei Facharzt für Innere Medizin nicht allgemein schreiben, sondern Innere Medizin und Nephrologie, weil hier besondere Expertise bei Personen mit GFR < 30ml/min erforderlich ist sowie bei sekundärer Osteoporose die Gastroenterologie</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung ja, aber nur Innere Medizin und Nephrologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie neben Physikalische und Rehabilitative Medizin</p>	Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst.
3.13	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Qualitätsziel 5 Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p>	Keine Anpassung. In den aktuell vorliegenden und der Aktualisierung des DMP zugrunde gelegten Leitlinien wird der Begriff Hormonersatztherapie (HRT) verwendet.
3.14	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin	5 Bewertung der Auswirkungen	Eine Aufnahme des neu vorgeschlagenen Evaluationsparameters „Kardiovaskuläre Ereignisse“ erfolgt nicht, da er sich

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Stellungnahme mit Begründung: bitte ergänzen: kardiovaskuläre Ereignisse, da sie unter Romosozumab vermehrt beobachtet wurden, unter anderen Therapeutika (Bisphosphonate) eventuell vermindert sind</p> <p>Änderungsvorschlag: ergänzen: f) kardiovaskuläre Ereignisse</p>	<p>nicht aus den (aktualisierten) Anforderungen an das DMP Osteoporose ableiten lässt.</p> <p>Zudem muss für eine solche Auswertung eine entsprechende Dokumentation erfolgen. Dabei dient die Dokumentation im DMP der Umsetzung der Qualitätssichernden Maßnahmen, der Durchführung der Programme sowie der Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation). Der genannte Parameter erfüllt diese Zwecke nicht in dem Maße, dass eine verpflichtende Dokumentation begründbar wäre.</p>
3.15	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Anlage 20</p> <p>Punkt 1 ist nur bei Erstdokumentation sinnvoll, ansonsten erfolgt Erfassung über Punkt 2</p> <p>Punkt 9: Wieder die Diktion ändern: statt Hormonersatztherapie: menopausale Hormontherapie</p>	<p>Keine Anpassung. Der Dokumentationsparameter Nr. 1 in der Anlage 20 enthält in der Fußnote bereits einen entsprechenden Hinweis.</p> <p>Zu Dokumentationsparameter9: In den aktuell vorliegenden und der Aktualisierung des DMP zugrunde gelegten Leitlinien wird der Begriff Hormonersatztherapie (HRT) verwendet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
3.16	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 07.11.2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>https://leitlinien.dv-osteologie.org/wp-content/uploads/2025/05/05-2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf Seite 26</p> <p>https://qfracture.org/</p> <p>https://doi.org/10.1007/s00198-019-04919-6</p> <p>https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-osteoporosis-and-the-prevention-of-fragility-fractures/</p>	Kenntnisnahme.
4.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) vom 10. November 2025		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
4.1	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) vom 10.11.2025	Im Oktober 2025 wurde eine umfassend überarbeitete Version des DMP-Osteoporose zur Diskussion durch die Fachdisziplinen freigegeben. Diese Aktualisierung berücksichtigt neue wissenschaftliche Erkenntnisse, neue zugelassene Arzneimittel, und Anpassungen an bestehende Versorgungsstrukturen und basiert auf der DVO-Leitlinie 2023.	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Die DGGG befürwortet ausdrücklich die vereinheitlichte Altersgrenze: Während 2020 Frauen ab 50 und Männer ab 60 Jahren eingeschrieben werden konnten, gilt 2025 eine einheitliche Grenze ab 50 Jahren für alle Geschlechter. Darüber hinaus wurde eine neue Öffnung für Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren eingeführt, wenn eine postmenopausale Osteoporose oder eine therapieassoziierte Form (z. B. unter Glukokortikoiden oder Tumortherapie, z.B. beim Mammakarzinom) vorliegt.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Des Weiteren begrüßt die DGGG die inhaltliche Erweiterung im Bereich der Pharmakotherapie. Während die Fassung von 2020 nur eine HRT/ERT, Bisphosphonate, Denosumab, Raloxifen und Teriparatid vorsah, werden 2025 zusätzlich Abaloparatid und Romosozumab sowie deren Therapiedauer eingeführt, was den aktuellen Stand der Arzneimittelzulassung wiedergibt.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Die DGGG befürwortet ausdrücklich die Einbeziehung der Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe am DMP-Osteoporose. Im Rahmen des DMP-Mammakarzinoms haben wir seit vielen Jahren nachgewiesen, dass sich Gynäkologinnen und Gynäkologen erfolgreich in ein DMP einbringen können und wollen.</p> <p>Da die Diagnostik und Therapie der Osteoporose ein fester Bestandteil im Katalog zur Facharztausbildung der Gynäkologie und Geburtshilfe integriert ist (gemäß der Musterweiterbildungsordnung 2018) sind Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe hierzu hinreichend qualifiziert und sollte die Integration in das DMP-Osteoporose ebenso erfolgreich gelingen. Weitere zusätzliche Qualifikationen sind somit nicht notwendig und sollten auch nicht eingefordert werden (siehe Tragende Gründe, 17.10.2025, Seite 12, Kommentar der KBV, DKG sowie KGV-SV). Hierbei fordert die DGGG, dass der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe analog zum Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Orthopädie</p>	<p>Fachärztinnen oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe können in Ausnahmefällen insbesondere dann koordinierend im DMP tätig sein, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist. Zusätzliche Qualifikationsanforderungen werden an diese Facharztgruppe nicht gestellt.</p> <p>Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>und Unfallchirurgie ausreichend zur Teilnahme am DMP-Osteoporose sein sollte. Wir möchten uns entschieden gegen eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Facharztgruppen aussprechen.</p> <p>Die vorläufigen Änderungen der Version des Jahres 2025 stellen eine substanzielle Weiterentwicklung des DMP-Osteoporose dar. Sie führen zu einer breiteren Zielgruppenansprache, insbesondere für sekundäre und therapieassoziierte Osteoporosen (z.B. beim mammakarzinom) und integrieren neue Therapieoptionen. Die klarere Struktur, die Einbindung zusätzlicher Fachgruppen (insbesondere auch der Gynäkologie und Geburtshilfe) und die präziseren Empfehlungen zur Sturzprävention erhöhen die Umsetzbarkeit im Praxisalltag. Zugleich verbessert die aktualisierte Dokumentation die Grundlage für Qualitätssicherung und Evaluation.</p> <p>Unter Berücksichtigung der o.g. Punkte unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie den Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose -Dokumentation).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
5.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 10. November 2025		
5.1	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 10.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In seiner Stellungnahme fokussiert sich der VFED vorwiegend auf diejenigen Aspekte, die den Bereich „Ernährung/Ernährungsberatung“ bzw. die Belange von Leistungserbringern im Bereich „Ernährung/Ernährungsberatung“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP betreffen. 2. Unter dem in unserer Stellungnahme erwähnten Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ verstehen wir Diätassistent:innen, oder vergleichbar qualifizierte und in wesentlichen Merkmalen vergleichbar tätige Oecotropholog:innen oder Ernährungswissenschaftler:innen bzw. Absolvent:innen inhaltlich vergleichbarer Studiengänge [1,2]. 3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben. 4. Die maßgeblichen Verbände der Ernährungstherapie (VFED und VDD) haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen 	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		zu den Inhalten ausgetauscht und sind sich in den Kernaussagen einig.	
5.2	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 10.11.2025	<p>zu 1.2 „Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe“ (Z. 48)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV: <i>„Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.“</i></p> <p>Begründung: Als Verband, der die Interessen der Diätassistent:innen als</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Heilberufler sowie vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte im ambulanten Bereich vertritt – und sich zugleich der Patientensicherheit verpflichtet sieht, sprechen wir uns für den Vorschlag der PatV aus.</p> <p>Frühe Menopause bzw. medikamentenbedingter Knochenverlust (Glukokortikoide, bestimmte onkologische Therapien) erhöhen Frakturrisiko rasch und deutlich. Ein DMP schafft den strukturierten Rahmen für frühzeitige Diagnostik, kontinuierliches Monitoring, interprofessionelle Versorgung. Eine gezielte Nährstoffzufuhr – Kalzium/Vitamin D, adäquate Energie- sowie Proteinzufuhr – idealerweise im Rahmen einer ernährungstherapeutischen Intervention - unterstützt hier nachweislich die Knochen- und Muskelgesundheit. Die Einbindung auch dieser Personengruppe in ein DMP verbessert somit Versorgungsaspekte. [3]</p>	
5.3	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom	<p>zu 1.4.1.1 Lebensstil (Z. 92-99)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung</p>	Keine Anpassung. Der Aspekt wird in den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht adressiert und in dem genannten Positionspapier werden keine Osteoporose spezifischen Empfehlungen formuliert, sondern nur Empfehlungen, die auch für

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	10.11.2025	<p>zur Aussage:</p> <p><i>1.4.1.1 Lebensstil</i></p> <p><i>Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>regelmäßige körperliche Aktivität,</i> - <i>Vermeidung von Immobilisation,</i> - <i>Verzicht auf Rauchen,</i> - <i>Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums,</i> - <i>Vermeidung von Untergewicht (BMI unter 20 kg/m²),</i> - <i>ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr (siehe auch Nummer 1.4.2.2).</i> <p>hier: „Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums“:</p> <p style="padding-left: 20px;">→ das Adjektiv „übermäßig“ sollte unbedingt konkretisiert werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Eine Empfehlung zu einem risikoarmen Alkoholkonsum trägt</p>	die Allgemeinbevölkerung gelten.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>zur umfassenden Aufklärung der Patient:innen bei und unterstützt die Umsetzung risikofaktorenorientierter Ernährungsstrategien.</p> <p>Da Alkohol ein relevanter Faktor für die Entwicklung und Verschlechterung von Erkrankungen ist, bietet diese Ergänzung einen zusätzlichen Nutzen, muss jedoch konkretisiert werden.</p> <p>Die inhaltliche Beschreibung des Begriffs „übermäßig“ stärkt den Patientenschutz, indem Patient:innen konkrete Informationen zur Verfügung gestellt werden, die sie in ihre Entscheidungen einfließen lassen können. Dies ist auch im Sinne der qualifizierten Ernährungsfachkräfte, die solche Botschaften häufig unterstützen und vertiefen.</p> <p>Die Empfehlung zur Begrenzung der Menge des Alkoholkonsums steht zudem im Einklang mit der aktuellen Position der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die in ihrem aktuellen Positionspapier sogar empfiehlt, auf Alkoholkonsum möglichst zu verzichten, da es keine potenziell gesundheits-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>fördernde und sichere Alkoholmenge für einen unbedenklichen Konsum gibt. Sollten dennoch alkoholische Getränke konsumiert werden, sollen vor allem hohe Alkoholmengen vermieden werden. Eine durchschnittliche, tägliche Zufuhr von mehr als 10 g Alkohol für Frauen und 20 g Alkohol für Männer wird als riskant definiert [4].</p> <p>Änderungsvorschlag: <u>Reduktion übermäßigen Alkoholkonsums. Eine durchschnittliche, tägliche Zufuhr von mehr als 10 g Alkohol für Frauen und 20 g Alkohol für Männer wird als riskant definiert und bietet somit einen Anhaltspunkt für einen „übermäßigen“ Alkoholkonsum.</u></p>	
5.4	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 10.11.2025	<p>zu 1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D (Z. 205-217)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>Grundsätzlich wird eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen. Zur Abschätzung der eigenen</i></p>	<p>Keine Änderung.</p> <p>Eine Empfehlung zur Beratung durch Ernährungsfachkräfte lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten.</p> <p>Hinsichtlich der <u>ernährungstherapeutischen Beratungsangebote durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte wird darauf</u></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><i>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.</i></p> <p>Bezüglich des Abschnitts „1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D“ ist es ausgesprochen sinnvoll und im Sinne einer optimierten Versorgung von Patient:innen geboten, dass die fachkundige Erläuterung zum Thema „Kalzium und Vitamin D“ nicht nur aufgrund eines „Kalziumrechners des IQWiG“ erfolgt, sondern bei Bedarf auf eine entsprechende Beratung durch eine Ernährungsfachkraft hingewiesen wird – beispielsweise im Rahmen von ärztlich verordneten „Patientenschulungen nach § 43 Nr. 1 Abs. 2 SGB V“.</p>	<p>hingewiesen, dass in DMP grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden können. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich möglich ist, ernährungsspezifische Inhalte im Rahmen der Patientenschulungen gemäß Nr. 4.2 zu vermitteln.</p> <p>In DMP können grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden. Entsprechend erfolgt auch kein Hinweis auf Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Der Einbezug qualifizierter Ernährungsfachkräfte kann im</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Im o.g. Passus wird eine tägliche Kalziumzufuhr von 1 000 mg mit der Nahrung empfohlen bzw. – wenn dies nicht gelingt – eine Supplementierung. Parallel wird eine Vitamin-D-Zufuhr von 800–1.000 IE täglich empfohlen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zwar sind solche pauschalen Werte hilfreiche Orientierung, jedoch stellt sich in der Praxis für Patientinnen und Patienten häufig die Herausforderung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie kann die eigene Kalziumzufuhr realistisch eingeschätzt werden (Lebensmittel, Portionsgrößen, Getränke, pflanzliche Alternativen)? ○ Welche individuellen Besonderheiten bestehen – z. B. bei Laktoseintoleranz, veganer Ernährung, Malabsorptionszuständen, gleichzeitig bestehenden Medikamenten (z. B. Glukokortikoide, Antiresorptiva) oder therapierellevanten Konstellationen (bei Osteoporosebehandlung)? 	<p>Rahmen des DMP nicht abweichend von den geltenden Regelungen (beispielsweise der Heilmittel-Richtlinie, der Ernährungsberatung nach § 20 oder nach § 43 SGB V) festgelegt und obligat gefordert werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie lässt sich Vitamin D ausreichend aufnehmen – sowohl über Ernährung, Sonnenexposition als auch ggf. Supplementierung – insbesondere bei älteren, immobilen Risikopatient:innen? <ol style="list-style-type: none"> 2. Eine qualifizierte Ernährungsfachkraft kann gemeinsam mit Patient:innen die tatsächliche Ernährungssituation erheben: mithilfe eines „Kalziumrechners“ oder der Analyse eines strukturierten Ernährungsprotokolls, individuelle Lücken identifizieren, Ergänzungs- bzw. Umstellungsempfehlungen geben (z. B. mehr Milchprodukte oder angereicherte pflanzliche Getränke, grüne Blattgemüse, Sardinen) und gleichzeitig auf mögliche Risiken einer Supplementierung hinweisen sowie Empfehlungen zur Einnahme (z. B. Kalzium idealweise aufgeteilt, nicht > 500 mg pro Einnahme, Einnahmezeitpunkt, gleichzeitig ausreichende Magnesium/Zink/Proteinzufuhr) erläutern. 3. Zudem kann die qualifizierte Ernährungsfachkraft in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin/dem Arzt die Besonderheiten einer Osteoporose-Therapie 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>berücksichtigen: etwa das Risiko einer Hypokalzämie unter parenteraler Antiresorptiva und die Bedeutung ausreichender Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr gerade in dieser Situation.</p> <p>4. Mit Blick auf Patientensicherheit sowie Sicherung der Versorgungsqualität bedeutet dies: Die Patientinnen und Patienten erhalten nicht nur eine pauschale Empfehlung („nehmen Sie 1.000 mg Kalzium täglich“) sondern sollen auf die Möglichkeit einer nachvollziehbaren, auf ihre Lebenslage zugeschnittene Beratung hingewiesen werden – was die Adhärenz erhöht – und das Risiko reduziert, dass eine Supplementierung falsch, ohne Nutzen oder mit Risiken erfolgt (z. B. Überdosierung, Interaktionen, falsch angenommenes „ausreichend“).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>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</i></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><i>Kalziumrechner des IQWiG hingewiesen werden und sollte auf <u>ernährungstherapeutische Beratungsangebote qualifizierter Ernährungsfachkräfte hingewiesen werden</u>. 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.</i></p>	
5.5	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 10.11.2025	<p>Literaturverzeichnis (Abruf der Online-Quellen am 10.11.2025)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7. 	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf</p> <p>2. DGE Zulassungskriterien bzw. DGE Zulassungsempfehlungen. https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/ sowie https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2025/02_25/EU02_2025_M92_M96_cc.pdf</p> <p>3. Glucocorticoid-induced osteoporosis: novel concepts and clinical implications. Hofbauer, Lorenz C et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 13, Issue 11, 964 – 979</p> <p>4. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) zu Alkohol. https://www.dge.de//fileadmin/Bilder/wissenschaft/referenzwerte/DGE-Position_Alkohol_EU_2024_10.pdf</p>	
6.	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12. November 2025		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.1	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	Allgemeine Anmerkung keine	
6.2	Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	Anlage 19, 1.2. Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der PatV an. Patientinnen und Patienten mit therapieassoziierter Osteoporose sollten auch vor dem 50. LJ eingeschlossen werden können. Änderungsvorschlag: Wortlaut wie PatV	GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
			<p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>
6.3	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Anlage 19, 1.4.2.1. Stellungnahme mit Begründung: Abaloparatid wurde versehentlich zum Sklerostinantikörper gezählt Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rHParathormon 1-34), Abaloparatid (PTH1R-Aktivator) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper).</p>	<p>Im Beschlussentwurf wurde eine Vereinheitlichung vorgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.4	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Anlage 19, 1.4.2.2.</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Vitamin D wird in der Regel nicht in ausreichender Menge über die Nahrung aufgenommen. Eine Supplementierung mit 800 bis 1.000 IE Vitamin D3 täglich wird laut DVO Leitlinie bei unzureichender oder unsicherer Eigenproduktion oder Zufuhr mit der Nahrung empfohlen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zusätzlich wird die tägliche Zufuhr von 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D empfohlen. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn Hinweise auf eine unzureichende Eigenproduktion bestehen oder ein Mangel nachweisbar ist. diese Menge mit der Ernährung nicht erreicht werden kann.</p>	<p>Keine Anpassung. Da die Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose eine Osteoporose spezifische medikamentöse Therapie erhalten sollen, beziehen sich die Empfehlungen unter 1.4.2.2 auf die entsprechenden Fachinformation, in denen eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D gewährleistet werden soll. Die Empfehlungen der DVO, dass Vitamin-D vor dem 70. Lebensjahr durch Sonnenlichtexposition zugeführt werden könnte, bezieht sich auf die Empfehlungen zur generellen Osteoporose- und Frakturprophylaxe im Sinne einer Prävention. Diese sind als allgemeine Maßnahmen zu verstehen, durch deren Umsetzung im Rahmen der Primärprävention eine Verbesserung der Knochenstabilität und/oder eine Reduktion von Frakturen erreichbar oder wahrscheinlich sind.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.5	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Anlage 19, 1.4.4.</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Die Nierenfunktion sollte bei allen Patientinnen und Patienten (nicht erst ab 65 Jahren) kontrolliert und bei der Therapieauswahl berücksichtigt werden. Eine chronische Nierenkrankheit hat Einfluss auf den Knochenstoffwechsel. Sie kann zu Chronic kidney disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) und in der Folge auch zu Frakturen führen. Die CKD-MBD muss unbedingt bei der Therapie der Osteoporose berücksichtigt werden. Es wird empfohlen, die Therapie der CKD-MBD der Einleitung einer spezifischen, medikamentösen Osteoporosetherapie voranzustellen (Evenepoel et al. European consensus statement on the diagnosis an mangement of osteoporosis in CKD G4-5D; NDT 2021 (1)).</p>	<p>Die hier angesprochene GFR-Bestimmung erfolgt im Rahmen der Basisdiagnostik vor Einschreibung in das DMP. Im Kapitel 1.4.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation ist das Vorgehen bei Multimedikation adressiert.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag: Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren Die Nierenfunktion soll vor Therapiebeginn bestimmt und dann mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei höhergradiger Einschränkung der Nierenfunktion soll eine Überweisung an einen nephrologischen Facharzt/nephrologische Fachärztin erfolgen, um eine therapiebedürftige CKD-MBD auszuschließen und das Konzept für die Behandlung der Osteoporose abzustimmen. Bei Verordnung von renal-eliminierten Arzneimitteln sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.</p>	<p>Der Aspekt ist bereits in Kapitel 1.6.2 adressiert: „Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.“</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.6	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Anlage 19, 1.5. Stellungnahme mit Begründung: Da man auch aus deutlichem Abfall der Knochendichte (>5%) ein Therapieversagen und einen Therapiewechsel ableiten würde (s. Abschnitt vorher), sollte die Knochendichtemessung nicht erst nach 5 Jahren erfolgen, sondern innerhalb von 5 Jahren, nach Studienlage im Mittel nach 3,2 Jahren (MANITOBA Studie; Leslie WD et al. 2019 (2)). Dies war mit einer verbesserten Frakturrisikosenkung und Medikamentenadhärenz verbunden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung sollte die Osteodensitometrie nach drei Jahren wiederholt werden. Frühere Messungen und weitere Messungen im Verlauf können aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde geboten sein. Die Wiederholungsmessung sollte nach Möglichkeit mit demselben Gerät erfolgen.</p>	Keine Anpassung. Es gelten die Regelungen der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) des G-BA.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.7	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Anlage 19, 1.6. Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Ärzte für Innere Medizin und Nephrologie sollte hier ergänzt werden für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion; Nach S3 Leitlinie der DGAM zur Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis wird eine Überweisung an einen nephrologischen Facharzt / nephrologische Fachärztin ab einer eGFR < 60ml/min bei zusätzlichen Hinweisen auf eine Nierenkrankheit (z.B. CKD/MBD) empfohlen. Die Patienten sind dann abhängig vom Stadium der Nierenkrankheit in regelmäßiger nephrologischer Kontrolle. Eine Arztwechsel für ein DMP Programm ist hier nicht sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: Innere Medizin und Nephrologie</p>	<p>Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
6.8	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN) vom 12.11.2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>1) Evenepoel et al. European consensus statement on the diagnosis and management of osteoporosis in CKD G4-5D; NDT 2021 Nephrol Dial Transplant 2021;36(1):42-59. DOI: 10.1093/ndt/gfaa192</p> <p>2) Fracture Risk Indices From DXA-Based Finite Element Analysis Predict Incident Fractures Independently From FRAX: The Manitoba BMD Registry. Leslie WD et al. Journal of Clinical Densitometry Volume 22(3): 338-345 https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.02.001</p> <p>3) DGAM Leitlinie Versorgung von Patient*innen mit nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz in der Hausarztpraxis https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-048_Versorgung%20von%20Patienten%20mit%20nichtdialysepflichtiger%20Niereninsuffizienz%20in%20der%20Hausarztpraxis/oeffentlich-2024/2024-11-25_01vsf22011_ckdup_anlage_1_langversion.pdf</p>	Kenntnisnahme
7.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM) vom 12. November 2025		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
7.1	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM) vom 12.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung In 1.3 des Beschlussentwurfs sind die wichtigsten patientenrelevante Therapieziele gelistet. In 1.4 werden nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieziele ausgewogen dargestellt. In 1.5 sind alle wichtigen Kontrolluntersuchungen enthalten.</p> <hr/> <p>In Anbetracht dieser Empfehlungen zur Behandlung ist es unverständlich, dass gemäß 1.6. dissente Positionen zur Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für PRM vorliegen.</p> <p>Der Einbezug der FachärztInnen für PRM in das DMP Osteoporose leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Der politische Versorgungsauftrag bei der Installierung von neuen DMP – Versorgungsstrukturen und deren Weiterentwicklung impliziert die Schließung von Versorgungslücken und nicht die Zementierung von Versorgungsdefiziten. In den KV-Bezirken Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland z.B. wurde</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		dem Rechnung getragen und Ärztinnen und Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin wurden in das DMP Osteoporose aufgenommen.	
7.2	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM) vom 12.11.2025	<p>1.6.1. Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt <u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose müssen die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt über ausgewiesene Kompetenzen in der Festlegung von Therapiezielen (vgl. 1.3), der Durchführung nicht-medikamentöser und medikamentöser Therapien (vgl. 1.4) sowie in ärztlichen Kontrolluntersuchungen (vgl. 1.5) verfügen. Diese Kompetenzen sind in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) [1] und durch osteologische Zusatzqualifikationen definiert.</p> <p>In der MWBO des Fachgebiets Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) sind diese Anforderungen umfassend abgebildet. Daher ist es folgerichtig, dass im Beschlussentwurf</p>	<p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Koordination im DMP Osteoporose erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Zu dieser ärztlichen Gruppe zählen insbesondere auch die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben (vgl. § 73 Absatz 1a Nr. 2 SGB V). Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst. Weitere Fachärzte sollen grundsätzlich nur unter besonderen Voraussetzungen koordinierend im DMP tätig sein können, insbesondere dann, wenn sie eine besondere fachliche Qualifikation zur Behandlung des Krankheitsbildes aufweisen und eine Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen des DMP möglich ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>des G-BA von KBV und DKG die Ärztinnen und Ärzte für PRM als koordinierende Ärztinnen und Ärzte vorgeschlagen wurden.</p> <p>Die ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes ist vor dem Hintergrund der ärztlichen Tätigkeiten und der MWBO nicht nachvollziehbar.</p> <p>Ärztinnen und Ärzte für PRM betreuen – ähnlich wie Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin – Patientinnen und Patienten mit komplexen geriatrischen, muskuloskelettalen, rheumatologischen und neurologischen Erkrankungen in der präventiven, kurativen und rehabilitativen Langzeitversorgung.</p> <p>Die in Abschnitt 1.3 genannten Therapieziele (z. B. Vermeidung von Frakturen, Vermeidung von Stürzen, Verbesserung der Lebensqualität, Reduktion von Schmerzen, Erhalt von Funktion und Beweglichkeit) entsprechen den Kernzielen der Therapie in der PRM.</p> <p>Ebenso decken sich die in 1.4.1 beschriebenen nicht-medika-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>mentösen Maßnahmen – Anpassung des Lebensstils; Ermittlung des Sturzrisikos; Körperliches Training und Sturzprophylaxe; Heil und Hilfsmittel-Versorgung – vollständig mit dem Kompetenzprofil der PRM.</p> <p>Die in Abschnitt 1.5 genannten Kontrolluntersuchungen (z. B. Sturzanamnese, Motivation zu adäquatem, regelmäßigen Training, Erfassung von Frakturen) sind typische Bestandteile der ärztlichen Tätigkeit im Fachgebiet PRM.</p> <p>In der MWBO 2018 ist für das Fachgebiet PRM die Methoden – und Handlungskompetenz für die Rehabilitative Langzeitversorgung und ambulante rehabilitative Krankenbehandlung verankert mit der Benennung der <u>Methodenkompetenz für Rehabilitative Langzeitversorgung und Nachsorge</u> sowie der <u>Handlungskompetenzen</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Auswahl und Einleitung zur Leistung von Leistungen zur Teilhabe in der Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen – Einleitung von Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Dies schließt explizit PatientInnen mit Frakturfolgen, multimorbide und geriatrische PatientInnen ein. Hier ist ebenfalls das Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten miteingeschlossen, wie es in der neuen S3 Leitlinie verankert ist (AWMF-Registern. 145-005) [2]. Diese umfasst neben Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität die Schmerzerrfassung bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, allgemeine Empfehlungen zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Interventionen sowie krankheitsspezifische Empfehlungen zu (nicht-)medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen. Exemplarisch werden Schmerzen nach osteoporosebedingten Frakturen genannt.</p> <p>Zudem ist die Prävention in der MWBO als zentrales Element verankert, einschließlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenschulung und Information, Ernährungstherapie, Sporttherapie. • Prävention: Prävention von Krankheiten, arbeitsplatzbedingten Belastungen und Schädigungen (Primärprävention), 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Krankheitsfolgen (Sekundärprävention), • Prävention von Einschränkungen der Teilhabe sowie von Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf (Tertiärprävention) <p>Zu den in der MWBO 2018 benannten Handlungskompetenzen zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manualmedizinische Untersuchung von Komplex- und Einzelbefunden des Bewegungssystems, z. B. Bewegungsstörungen, regionale Befunde, Einzelbefunde an Gelenken, Muskeln, faszialen, viszeralen und neuronalen Strukturen • Neurologische Befunderhebung bei Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems • Stand- und Ganganalyse 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsbezogene Auswertung von Assessmentinstrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung. <p>Die Indikationsbezogene Auswertung der Assessments schließt die unter Punkt 1.4.1.2. geforderten Geriatrischen Basisassessments mit Sturzassessments mit ein und stellt eine Kernkompetenz des Fachgebietes dar. Vgl. dazu auch obligate und fakultative Leistungsinhalte der GOP 27332/Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik des EBM-Leistungskataloges, Kapitel 27 [3].</p> <p>In der MWBO 2018 ist weiterhin für Krankheiten und Störungen der Funktionsfähigkeit die Handlungskompetenz Mit- und Anschlussbehandlung sowie Rehabilitation von Erkrankungen und Funktionsstörungen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folgen komplikativer Krankheitsverläufe - funktionelle, degenerative, entzündliche und stoffwechselbedingte Krankheiten des Bewegungssystems u.a. <p>verankert und schließt die Kompetenz des Fachgebietes PRM für die Mitversorgung von PatientInnen mit Frakturfolgen, multimorbider und geriatrischer PatientInnen mit ein.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Ferner umfasst die MWBO die Kompetenz zur Mit- und Anschlussbehandlung bei funktionellen, degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten Erkrankungen des Bewegungssystems.</p> <p>Die Frakturdiagnostik wird in der MWBO 2018 durch radiologische Fallbesprechungen und eine zwölfmonatige Weiterbildung in der stationären Akutversorgung im Gebiet Chirurgie abgedeckt.</p> <p>Die MWBO 2018 beschreibt die Methodenkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte für PRM u. a. für: physiologische Wirkung und Therapieeffekte von physikalischen Therapien, z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Ergotherapie und Sporttherapie. Hinzu kommt die Handlungskompetenz zur Indikationsstellung, Einleitung und Verlaufsbeurteilung physikalischer und rehabilitativer Maßnahmen unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Die leitliniengerechte Pharmakotherapie der Osteoporose ist durch die 24-monatige Tätigkeit in der stationären Akutversorgung in Chirurgie und Innerer Medizin abgesichert. Darüber hinaus gibt das DMP Osteoporose die differentialindikative leitliniengerechte medikamentöse Therapie vor, und die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nehmen an Schulungen gemäß den Anforderungen in § 4 der Richtlinie teil.</p> <p>Damit erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin vollumfänglich die Anforderungen an die/den in Ausnahmefällen koordinierende Ärztin / Arzt entsprechend der DMP-Anforderungen-Richtlinie. Mit seinen Kernkompetenzen empfiehlt sich das Fachgebiet PRM explizit auch für die DMP-Osteoporose-Schulungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: In Ausnahmefällen kann die Koordination auch durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt - für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> - für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder - für Innere Medizin und Rheumatologie - für Physikalische und Rehabilitative Medizin erfolgen. 	
7.3	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM) vom 12.11.2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>[1] MWBO (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2025 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf</p> <p>[2] S3 Leitlinie zum Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005</p> <p>[3] Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand 4.Quartal 2025 https://www.kbv.de/documents/praxis/abrechnung/ebm/2025-4-ebm.pdf</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
8.	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13. November 2025		
8.1	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie dankt ausdrücklich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Anlagen 19 und 20 des DMP Osteoporose. Aus unserer Sicht sind die Ergänzungen bzw. Änderungen sehr sinnvoll, gut begründet und spiegeln auch die neuen Entwicklungen in der spezifischen Pharmakotherapie der Osteoporose (Romosozumab und Abaloparatid) wieder. Als außerordentlich wichtig und sinnvoll betrachten wir auch die Anpassung der Einschreibekriterien für das DMP Osteoporose auf Basis der aktuellen DVO-Leitlinie.</p> <p>Osteoporose und Frakturen komplizieren als Komorbidität viele entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Insbesondere trifft dies zu bei Rheumatoider Arthritis, ankylosierender Spondylitis sowie Kollagenosen und Vaskulitiden. Gerade bei Rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis sind zudem pathogenetischer Prozess und entzündliche Aktivität der Erkrankung einerseits und Osteoporose und Frakturen andererseits pathophysiologisch eng miteinander verknüpft. Als</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Rheumatologen betrachten wir daher die osteologische Basisdiagnostik zur Evaluation des Frakturrisikos und die Einleitung entsprechender prophylaktischer und therapeutischer Maßnahmen zur Osteoprotektion als wesentlichen Bestandteil unseres diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Ferner haben wir als Rheumatologen auch die Möglichkeit, durch eine bessere Kontrolle der Aktivität der Grunderkrankung unter Einbeziehung Glukokortikoid-sparender Medikamente zum Knochenschutz beizutragen. Es ist in diesem Zusammenhang sinnvoll und essenziell, rheumatologische und osteologische Langzeitbetreuung unserer Patienten zu verknüpfen. Basierend auf den im Rahmen der Ausbildung erworbenen Kenntnissen ist die Fachärztin/der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie zudem auch qualifiziert, Patientinnen und Patienten mit Osteoporose unabhängig vom Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung zu behandeln. Durch die Ermöglichung einer uneingeschränkten Teilnahme am DMP Osteoporose können wir als Rheumatologen zur weiteren Verbesserung der osteologischen Betreuung beitragen.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Entsprechend möchten wir beantragen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie nicht nur im Ausnahmefall, sondern generell am DMP Osteoporose teilnehmen können, sofern vom Patienten gewünscht. Entsprechende Argumente sind in der Stellungnahme zu spezifischen Aspekten aufgeführt. Weitere Änderungsvorschläge betreffen die Möglichkeit zur Aufnahme jüngerer Patienten in das DMP Osteoporose sowie die noch etwas deutlichere Formulierung zur antiresorptiven Anschlusstherapie nach osteoanaboler bzw. dualer Therapie und nach Beendigung von Denosumab.</p>	
8.2	<p>Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13.11.2025</p>	<p>Zu Punkt 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (beginnend Zeile 308 des Servicedokuments bzw. der der Anlage 3)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aktuell wird klargestellt, dass die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfolgt. Ferner wird festgelegt, dass die Langzeitbetreuung auch durch die</p>	<p>Zugelassene oder ermächtigte Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie können im Ausnahmefall insbesondere dann koordinieren, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort erforderlich ist. Dies soll gewährleisten, dass eine langjährige Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose auch bei Teilnahme am DMP kontinuierlich</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie erfolgen kann, sofern keine Multimorbidität vorliegt.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Osteoporose eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist, oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Die Möglichkeit der Langzeitbetreuung im Rahmen des DMP Osteoporose in Ausnahmefällen gilt aktuell für folgende qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe 	<p>weitergeführt werden kann. Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind diesbezüglich Ärztinnen und Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärztinnen und Ärzte - erfüllen.</p> <p>Für drei Facharztgruppen (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Rheumatologie), die in Ausnahmefällen koordinieren können, ist keine weitere Zusatzqualifikation erforderlich, da das Krankheitsbild Osteoporose gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 spezifischer Inhalt der Facharzt-Weiterbildung dieser Facharztgruppen ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Rheumatologie</p> <p>Aus unserer Sicht sollte eine qualifizierte Fachärztin bzw. ein qualifizierter Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie <u>generell</u> sowohl als <u>angestellter Arzt</u> einer entsprechend qualifizierten und über die notwendigen Möglichkeiten der osteologischen Diagnostik verfügenden Einrichtung <u>als auch in der Niederlassung</u> die Möglichkeit haben, <u>uneingeschränkt an der Langzeitbetreuung von Patienten im Rahmen des DMP Osteoporose teilzunehmen</u>. Dies gilt für alle Patienten mit Osteoporose, v.a. jedoch bei Patienten mit Osteoporose im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen.</p> <p>Dies wird wie folgt begründet.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie erwerben während ihrer Ausbildung die notwendigen Kenntnisse zur Langzeitbetreuung von Patienten mit Osteoporose</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Die Diagnostik und konservative Therapie sowie Langzeitbetreuung von Osteoporose und Osteomalazie sowie anderer Osteopathien gehört laut Weiterbildungsordnung zu den während der Facharztausbildung zu erwerbenden Kompetenzen einer Fachärztin/eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie (Pfeil et al. 2025). Dazu gehören auch Indikation, Durchführung und Bewertung von DXA-Knochenmineraldichtemessungen (Pfeil et al. 2021).</p> <p>Dabei sind Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie über die Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin wie auch Rheumatologie besonders geschult im differenzierten Einsatz pharmakologischer Therapien, v.a. der Antikörper-basierten Therapie, welche im Rahmen der Osteoporose einen zunehmenden Stellenwert hat.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sind bereits relevant an der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Osteoporose beteiligt</p> <p>Daten aus der EU (27+2 Länder) zeigen, dass nach der Endo-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>krinologie (25%) die Rheumatologie (20%) gleichwertig zur Orthopädie (20%) in der Behandlung von Osteoporose involviert ist. Die Innere Medizin / Allgemeinmedizin ist nach der Gynäkologie (14%) mit 12% beteiligt. In Deutschland sind nach dem SCOPE 21 Bericht die Primärversorgende der Osteoporose die Osteologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Orthopädie und Gynäkologie. Osteoporose ist in diesen Fachbereichen ein Teil der spezifischen Weiterbildung. Wichtig ist anzumerken, dass in dem Bericht nicht zwischen operativer Versorgung und pharmakologischer Therapie oder Diagnostik unterschieden wird, sodass eine Mehrfachnennung möglich war (Kanis JA et al. Arch Osteoporos. 2021 Jun 2;16(1):82 (SCOPE 21)).</p> <p>Häufigkeit von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit begleitendem und/oder Therapie-bedingtem hohem Osteoporose- und Frakturrisiko</p> <p>Basierend auf aktuellen epidemiologischen Daten und den aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose, insbesondere der „S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“ (DVO-Leitlinie von</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>2023), auf die sich das DMP Osteoporose stützt, kann festgestellt werden, dass wir es in Deutschland mit einer sehr hohen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) und einem hohen Risiko für Osteoporose und Frakturen zu tun haben, die neben der internistisch rheumatologischen Langzeitbetreuung einer qualifizierten osteologischen Langzeitbetreuung bedürfen. Nach entsprechenden Untersuchungen des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin (Albrecht et al. 2024) muss von folgenden geschätzten Prävalenzen für wichtige ERE in Deutschland ausgegangen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rheumatoide Arthritis: 550.000– 830.000 - Ankylosierende Spondylitis: 350.000 - Alle Spondyloarthritiden: 690.00 – 970.000 - Systemischer Lupus erythematodes (SLE): 39.000 - ANCA-assoziierte Vaskulitiden (AAV): 18.000 - Myositis: 10.000 – 14.000 - Riesenzellarteriitis (RZA): 15.000 – 19.000 - Polymyalgia rheumatica (PMR): 66.000 – 71.000 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>In den aktuell gültigen DVO-Leitlinien von 2023 werden Rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis/axiale Spondyloarthritis und Systemischer Lupus erythematodes auch unabhängig vom Vorliegen einer Glukokortikoidtherapie als Risikofaktoren für Osteoporose und Frakturen aufgeführt (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). In der Behandlung der oben aufgeführten Systemerkrankungen (SLE, AAV, RZA, Myositis) und bei der PMR haben Glukokortikoide (GK) einen außerordentlich hohen Stellenwert, sie sind in der Regel aktuell noch unverzichtbar und bei RZA und PMR als Monotherapie Mittel der ersten Wahl. In den aktualisierten Leitlinien zu den genannten entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen (Holle et al. 2025, Schirmer et al. 2020, Buttgereit et al. 2025, Paik et al. 2025, Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2024) wird zwar im Vergleich zu früheren Leitlinien zumindest teilweise eine beschleunigte Reduktion der GK-Dosis empfohlen. Jedoch resultiert für Patienten mit AAV einschließlich der Eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) (Holle et al. 2025), RZA (Schirmer et al. 2020), PMR (Buttgereit et al. 2025), Myositis (Paik et al. 2025) und Patienten mit schweren organbedrohenden Verlaufsformen des SLE,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>insbesondere mit Lupus-Nephritis (Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2024), auch nach den aktuell in den Leitlinien empfohlenen Reduktionsschemata für GK in der Regel eine Behandlung mit einer GK-Dosis von mehr als 7,5 mg Prednisolonequivalent/Tag über mehr als 3 Monate. Diese Patienten sind im Falle einer im letzten Jahr begonnen oder in der Dosis erhöhten GK-Therapie in den DVO-Leitlinien mit dem sehr hohen Risikogradienten von 4,9 abgebildet und es besteht bei Einleitung der Immunsuppression, welche nahezu immer durch den Rheumatologen erfolgt, ein imminentes Frakturrisiko (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). Bei länger behandelten Patienten mit den genannten Systemerkrankungen besteht häufig eine niedrig dosierte chronische Prednisolontherapie im Rahmen der Erhaltungstherapie fort. Auch diese Patienten sind unter den Risikofaktoren in der DVO-Leitlinie mit entsprechenden Risikogradienten abgebildet (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien).</p> <p>Basierend auf den o.g. epidemiologischen Daten, den DVO-Leitlinien von 2023 und der aktuellen Leitlinien zur Therapie wichtiger ERE muss mit einer Prävalenz von 1.048.000 –</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>1.342.000 Patienten mit ERE in Deutschland gerechnet werden, bei denen ein erhöhtes Frakturrisiko besteht. Dabei besteht zumindest bei AAV, RZA, Myositis und schwerem SLE bei Einleitung der Immunsuppression in Kombination mit einer langfristig hochdosierten GK-Therapie ein imminentes Frakturrisiko. Bereits die hohe Prävalenz von ERE-Patienten mit erhöhtem Frakturrisiko und die Tatsache, dass in der Regel der Rheumatologe bei diesen Patienten die definitive Erstdiagnose stellt (bei den Systemerkrankungen unter Einbeziehung eines umfangreichen Organscreenings) und die Behandlung einleitet, spricht dafür, dass der Rheumatologe auch die Langzeitbetreuung der bei den genannten ERE außerordentlich häufigen Komorbidität Osteoporose generell übernehmen sollte. Dafür spricht auch die Notwendigkeit der dauerhaften Betreuung dieser Patienten durch den Rheumatologen. Bereits bestehende Behandlung durch den Rheumatologen und Notwendigkeit der langfristigen Betreuung durch denselben sind zum Zeitpunkt der osteologischen Basisdiagnostik zur Einschätzung des Frakturrisikos somit bei ERE keine Ausnahme, sondern die Regel. Auch aus wirtschaftlichen Gründen ist es bezogen auf die Anzahl der Arzttermine sinnvoll, wenn</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>ein Patient zeitgleich mit der rheumatologischen Evaluierung im Rahmen der Langzeitbetreuung auch die osteologische Kontrolluntersuchung (auch im Rahmen des DMP Osteoporose) erhält.</p> <p>Komplexe Zusammenhänge zwischen Therapie und Aktivität der entzündlich rheumatischen Erkrankung und Osteoporose- und Frakturrisiko</p> <p>Ein weiterer Gesichtspunkt, der für eine uneingeschränkte Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie an der Langzeitbetreuung von Patienten mit ERE und entsprechendem Frakturrisiko im Rahmen des DMP Osteoporose spricht, ist die komplexe Pathogenese der Osteoporose bei ERE (Buttgereit et al. 2024, Oelzner et al. 2024, Wiebe et al. 2022). Als Beispiel sei hier die Rheumatoide Arthritis (RA) genannt. Risikofaktoren für Osteoporose bei RA sind höheres Lebensalter, niedriger Body Mass Index (BMI) bzw. niedriges Gewicht, Therapie mit GK insbesondere bei hohen kumulativen und täglichen Dosen, lange Erkrankungsdauer, weibliches Geschlecht und Postmenopausestatus, aber</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>auch hohe Krankheitsaktivität, ein hohes Ausmaß der periarthralen Gelenkdestruktion sowie eine ausgeprägte Funktionseinschränkung (Übersicht bei Oelzner et al. 2024). Wichtige Risikofaktoren für Frakturen bei RA sind: Hohes Lebensalter, längerfristige kontinuierliche GK-Therapie, ausgeprägtes Funktionsdefizit, frühere Frakturen, weibliches Geschlecht, Postmenopausestatus, niedrige Knochenmineraldichte sowie Stürze (Übersicht bei Oelzner et al. 2024). Diese Auflistung zeigt, dass nicht nur nicht modifizierbare Erkrankungs-unabhängige Faktoren und die Therapie mit GK wichtige Risikofaktoren für Osteoporose und Frakturen bei RA sind. Auch eine unzureichend kontrollierte Krankheitsaktivität sowie ein daraus potenziell resultierendes ausgeprägteres Funktionsdefizit erhöht das Risiko für Osteoporose und Frakturen. Das Risiko für Osteoporose und Frakturen ist daher sehr eng mit erfolgreicher oder unzureichender Krankheitskontrolle der RA im Besonderen und bei ERE im Allgemeinen verknüpft. Wiebe et al. konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass GK-Dosen von $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent pro Tag nur dann prädiktiv für eine niedrige Knochenmineraldichte bei RA waren,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>wenn gleichzeitig eine hohe oder moderate Erkrankungsaktivität vorlag (Wiebe et al. 2024). Ein generelles Ziel zum Knorpelschutz bei RA im Besonderen und bei ERE im Allgemeinen besteht daher nicht nur darin, die tägliche und kumulative GK-Dosis so niedrig wie möglich zu halten und die GK-Therapie möglichst rasch auszuschleichen, sondern auch die Aktivität der ERE effektiv und dauerhaft zu unterdrücken bzw. eine Remission derselben oder zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen (Buttgereit et al. 2024). Um dieses Ziel zu erreichen, sind regelmäßige Kontrollen der Krankheitsaktivität mittels etablierter Scores, z.B. DAS28 bei RA, ASDAS und BASDAI bei ankylosierender Spondylitis, SLEDAI bei SLE und BVAS bei AAV sowie ggf. eine entsprechende Therapieeskalation erforderlich. Diese Maßnahmen erfordern die Expertise einer Rheumatologin/eines Rheumatologen und sind in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie enthalten (Pfeil et al 2025).</p> <p>Die Interaktionen zwischen Therapie und Krankheitsaktivität der ERE und deren Auswirkungen auf Osteoporose- und Frakturrisiko sprechen eindeutig dafür, dass der Rheumatologe uneingeschränkt an der Langzeitbetreuung von Patienten im</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Rahmen des DMP Osteoporose teilnehmen sollte, sofern die Einschreibekriterien für die Patienten erfüllt sind und der Patient dies wünscht.</p> <p>Gezielter Einsatz Glukokortikoid-sparender Therapieprinzipien durch den Rheumatologen</p> <p>Insbesondere bei entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wurden GK-sparende Therapieprinzipien etabliert und in den Leitlinien verankert (Holle et al. 2025, Schirmer et al. 2020, Buttgereit et al. 2025, Mucke et al. 2025, Fanouriakis et al. 2025). Zu nennen wären hier Belimumab (Jais et al. 2024) und Anifrolumab (Morand et al. 2020, Strand et al. 2025) beim SLE, Avacopan bei AAV (Jayne et al. 2021), Mepolizumab bei EGPA (Wechsler et al. 2017, Wechsler et al. 2025), Tocilizumab bei RZA (Stone et al. 2017) und Sarilumab bei PMR (Spiera et al. 2023). Für Avacopan bei AAV, Tocilizumab bei RZA und Sarilumab bei PMR gibt es in den Leitlinien entsprechende detaillierte Empfehlungen für den Einsatz bei Patienten mit erhöhtem Risiko für GK-Nebenwirkungen, zu denen auch die Osteoporose gehört (Holle et al. 2025, Schirmer et al.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>2020, Buttgereit et al. 2025). Der gezielte Einsatz GK-sparender Substanzen, der somit auch dem Knochenschutz dient, bedarf der Expertise des Rheumatologen.</p> <p>Notwendigkeit einer osteologischen Frühdiagnostik bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen</p> <p>Bei retrospektiver Analyse von 1086 Patienten mit RA fand sich eine hochsignifikante Abnahme der Prävalenz von Osteoporose (28,3 % vs. 48,4 %), peripheren (11,5 % vs. 21 %) und vertebralen Frakturen (6,6 % vs. 10,9 %) bei osteologischer Erstdiagnostik im Zeitraum 2005 - 2019 verglichen mit dem Zeitraum 1996 - 2004 (Oelzner et al. 2024). Diese positive Entwicklung war assoziiert mit einem höheren Anteil an Patienten in denen die osteologische Diagnostik in einem Zeitraum von ≤ 2 Jahren nach Diagnose der RA erfolgte und einer besseren Krankheitskontrolle (weniger GK, mehr Biologika, geringere entzündliche Aktivität) bei einer Krankheitsdauer von > 2 Jahren. Während bis zu einer RA-Dauer von ≤ 2 Jahren eine niedrige Knochenmineraldichte (BMD) mit demographischen Faktoren wie hohem Alter, weiblichem Geschlecht, Postmenopausestatus und niedrigem BMI assoziiert war, zeigten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>bei einer RA-Dauer von mehr als 2 Jahren hohe kumulative GK-Dosen und hohe BSG eine Assoziation mit niedriger BMD, während eine Vortherapie der RA mit Biologika osteoprotektiv war. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine frühzeitige osteologische Diagnostik bei RA geeignet ist, Patienten mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko zu einem Zeitpunkt zu identifizieren, an dem sich potenzierende Effekte eines ungünstigen Krankheitsverlaufs auf den Knochen noch nicht ausgewirkt haben. Auch diese osteologische Frühdiagnostik zur Kalkulation des Frakturrisikos und Leitlinien-basierten Einleitung entsprechender prophylaktischer bzw. therapeutischer Maßnahmen sollte sinnvollerweise durch den Rheumatologen erfolgen, der die Diagnose stellt und die weitere Langzeitbetreuung durchführt.</p> <p>Die vom Rheumatologen betreuten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bieten gute Voraussetzungen zur Erfüllung der Einschreibekriterien für das DMP Osteoporose und zum Erreichen der Qualitätsziele</p> <p>Bezogen auf die Einschreibekriterien (Zeilen 58 - 69 des Ser-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>vicedokuments) kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere das 2. und 3. Kriterium (mindestens 5 % iges Frakturrisiko in 3 Jahren bzw. mindestens 3 % iges Frakturrisiko in 3 Jahren bei gleichzeitigem Vorliegen von irreversiblen Risikofaktoren oder eines imminenten Frakturrisikos) bei sehr vielen Patienten erfüllt sind (siehe auch Häufigkeit von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit hohem Osteoporose- und Frakturrisiko). Somit ergibt sich bei einem hohen Prozentsatz von Patienten mit ERE die Indikation zur spezifischen osteologischen Therapie. In einer retrospektiven Analyse bei 1086 RA-Patienten lag in der Subgruppe, bei der die osteologische Erstdiagnostik in den Jahren 2005 – 2019 erfolgte, die Osteoporoseprävalenz (osteodensitometrisch) bei 28,3 %, prävalente periphere Frakturen fanden sich in 11,5 % und vertebrale Frakturen in 6,6 % (Oelzner et al. 2024). Bezüglich der Qualitätsziele (ab Zeile 369 des Servicedokuments) ist somit von einem nicht zu hohen Anteil von Patienten mit neu aufgetretenen Frakturen aber einem hohen Anteil von Patienten mit Indikation für eine spezifische osteologische Therapie auszugehen. Dies gilt insbesondere auch für Patienten mit Systemerkrankungen und hohen GK-Dosen (s.o.).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Literatur:</p> <p>Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, McCloskey EV, Willers C, Borgström F. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. Arch Osteoporos. 2021;16(1):82.</p> <p>Pfeil A, Fleck M, Aringer M, Baraliakos X, Ernst D, Haase I, Hillebrecht C, Hoyer BF, Keyßer G, Kötter I, Krause A, Krusche M, Lorenz HM, Proft F, Schuch F, Vossen D, Voormann A, Wagner U, Wollenhaupt J, Specker C; Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie; Kommission Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie. Kriterien für die Weiterbildungsbefugnis zur Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie – ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie. Z Rheumatol. 2025;84(1):59-67.</p> <p>Pfeil A, Krusche M, Vossen D, Berliner MN, Keyßer G, Krause A, Lorenz HM, Manger B, Schuch F, Specker C, Wollenhaupt</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>J, Baraliakos X, Fleck M, Proft F. Mustercurriculum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die Weiterbildung im Fachgebiet Innere Medizin und Rheumatologie. Z Rheumatol 2021;80(7):688-69.</p> <p>Albrecht K, Binder S, Minden K, Poddubnyy D, Regierer AC, Strangfeld A, Callhoff J. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. Z Rheumatol. 2024;83(Suppl 1):20-30.</p> <p>Holle JU, Kubacki T, Aries P, Hellmich B, Kernder A, Kneitz C, Lamprecht P, Schirmer JH, Schreiber A, Berlit P, Bley TA, Blödt S, Decker L, de Groot K, Engel S, Jordans I, Frye B, Hautbitz M, Holl-Ulrich K, Kötter I, Laudien M, Milger-Kneidinger K, Muche-Borowski C, Müller-Ladner U, Neß T, Nölle B, Reinhold-Keller E, Ruffer N, Scheuermann K, Venhoff N, von Vietinghoff S, Wiech T, Zänker M, Moosig F. Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) und Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutschen Gesellschaft für Nephrologie</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>e.V. (DGfN), Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG), Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.(DGP), Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP), Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. (DRG), Bundesverband Deutscher Pathologen, Bundesverband Niere e.V., Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. Z Rheumatol 2025;84(3):225-251.</p> <p>Schirmer JH, Aries PM, Balzer K, Berlit P, Bley TA, Buttgereit F, Czihal M, Dechant C, Dejaco C, Garske U, Henes J, Holle JU, Holl-Ulrich K, Lamprecht P, Nölle B, Moosig F, Rech J, Scheuermann K, Schmalzing M, Schmidt WA, Schneider M, Schulze-Koops H, Venhoff N, Villiger PM, Witte T, Zänker M, Hellmich B. S2k-Leitlinie "Management der Großgefäßvaskulitiden. Z Rheumatol. 2020;79(Suppl 3):67-95.</p> <p>Buttgereit F; DGRh; Boyadzhieva Z, Reisch M; ÖGR; Schneider M, Brabant T; DGG; Daikeler T; SGR; Duftner C, Erstling</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>U; Fachverband Rheumatologische Fachassistenz; Garske U; Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.; Hellmich B, Kyburz D, Reißhauer A; DGPRM; Reuß-Borst M; DGIM; Scheuermann K, Steffens-Korbanka P, Dejaco C. S2e-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica: Update 2024 Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh), der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) und der beteiligten medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Organisationen. Z Rheumatol 2025;84(6):494-505.</p> <p>Paik JJ, Werth VP, Chinoy H, Masri KR, Jambekar A, Hasan F, Borlenghi CE, Gold DA. Treatment guidelines for idiopathic inflammatory myopathies in adults: a comparative review. Rheumatology (Oxford) 2025;64(6):3288-3302.</p> <p>Mucke J, Anders H-J, Aringer M, Berlit P, Böltz S, Burchardi F-C, Dörner T, Fischer-Betz R, Hoyer BF, Lorenz H-M, Meder B,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Miesbach W, Reuss-Borst M, Schanze S, Schwarting A, Seeliger B, Specker C, Tenbrock K, Voll R, Weinmann-Menke J, Witte T, Worm M, Bertsias G, Schneider M. Management des systemischen Lupus erythematoses inklusive sekundärem Antiphospholipid-Syndrom, Kinderwunsch und Schwangerschaft. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung e.V. (GTH), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft e.V., Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG). AWMF-Register Nr. 060/008, AWMF online 2025</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J Aringer M, Arnaud L, Bae SC, Boletis J, Bruce IN, Cervera R, Doria A, Dörner T, Furie RA, Gladman DD, Houssiau FA, Inês LS, Jayne D, Kouloumas M, Kovács L, Mok CC, Morand EF, Moroni G, Mosca M, Mucke J, Mukhtyar CB, Nagy G, Navarra S, Parodis I, Pego-Reigosa JM, Petri M, Pons-Estel BA, Schneider M, Smolen JS, Svenungsson E, Tanaka Y, Tektonidou MG, Teng YO, Tincani A, Vital EM, van Vollenhoven RF, Wincup C, Bertsias G, Boumpas DT. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. <i>Ann Rheum Dis</i> 2024;83(1):15-29.</p> <p>Buttgereit F, Palmowski A, Bond M, Adami G, Dejaco C. Osteoporosis and fracture risk are multifactorial in patients with inflammatory rheumatic diseases. <i>Nat Rev Rheumatol.</i> 2024;20(7):417-431.</p> <p>Oelzner P, Mueller PH, Hoffmann T, Schwabe A, Lehmann G, Eidner T, Wolf G, Pfeil A. Significant decrease of osteoporosis and osteoporotic fractures in rheumatoid arthritis within a period of 24 years: experiences of a single centre. <i>RMD Open</i> 2024;10(3):e004564. doi: 10.1136/rmdopen-2024-004564.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Wiebe E, Huscher D, Schaumburg D, Palmowski A, Hermann S, Buttgereit T, Biesen R, Burmester GR, Palmowski Y, Boers M, Stone JH, Dejaco C, Buttgereit F. Optimising both disease control and glucocorticoid dosing is essential for bone protection in patients with rheumatic disease. <i>Ann Rheum Dis</i> 2022;81(9):1313- 1322.</p> <p>Jaïs M, Roblot P, Maillot F, Hamidou M, Enfrein A, Lescoat A, Puyade M, Martin M, Perier A. Belimumab corticosteroid-sparing treatment in systemic lupus erythematosus: a real-life observational study (BESST study). <i>Rheumatol Int</i> 2024;44(11):2465-2471.</p> <p>Morand EF, Furie R, Tanaka Y, Bruce IN, Askanase AD, Richez C, Bae SC, Brohawn PZ, Pineda L, Berglind A, Tummala R; TULIP-2 Trial Investigators. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. <i>N Engl J Med</i> 2020;382(3):211-221.</p> <p>Strand V, Kalunian KC, Lee KW, Seo C, Abreu G, Tummala R, Al-Mossawi H, Duncan EA, Lindholm C. Long-term effect of</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>anifrolumab on patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus (TULIP-LTE): a randomised, placebo-controlled, phase 3 long-term extension trial. Lancet Rheumatol 2025;7(7):e485-e494.</p> <p>Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, Klearman M, Aringer M, Blockmans D, Brouwer E, Cid MC, Dasgupta B, Rech J, Salvareni C, Schett G, Schulze-Koops H, Spiera R, Unizony SH, Collinson N. Trial of Tocilizumab in Giant-Cell Arteritis. N Engl J Med 2017;377(4):317-328.</p> <p>Wechsler ME, Silver J, Wolff G, Price RG, Verghis R, Weller PF, Merkel PA, Khoury P; EGPA Mepolizumab Open-Label Extension Study Group. Long-Term Safety and Efficacy of Mepolizumab in Eosinophilic Granulomatosis With Polyangiitis. Arthritis Rheumatol 2025;77(8):1052-1062.</p> <p>Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, Khoury P, Klion A, Langford CA, Merkel PA, Moosig F, Specks U, Cid MC, Luqmani R, Brown J, Mallett S, Philipson R, Yancey SW, Steinfeld J, Weller PF, Gleich GJ; EGPA Mepolizumab Study Team.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Mepolizumab or Placebo for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. N Engl J Med 2017;376(20):1921-1932.</p> <p>Jayne DRW, Merkel PA, Schall TJ, Bekker P; ADVOCATE Study Group. Avacopan for the Treatment of ANCA-Associated Vasculitis. N Engl J Med. 2021;384(7):599-609</p> <p>Spiera RF, Unizony S, Warrington KJ, Sloane J, Giannelou A, Nivens MC, Akinlade B, Wong W, Bhore R, Lin Y, Buttgereit F, Devauchelle-Pensec V, Rubbert-Roth A, Yancopoulos GD, Marrache F, Patel N, Dasgupta B; SAPHYR Investigators. Sari-lumab for Relapse of Polymyalgia Rheumatica during Glucocorticoid Taper. N Engl J Med 2023;389(14):1263-1272.</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich</p>	<p>Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie können in Ausnahmefällen insbesondere dann koordinierend im DMP tätig sein, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen dort er-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, kann die Langzeitbetreuung nach Satz 1 auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Orthopädie oder die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Bei Patienten mit entzündlich-rheumatischer Erkrankung und Osteoporose bzw. erhöhtem Frakturrisiko sollte die Langzeitbetreuung nach Satz 1 primär durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen.</p>	<p>forderlich ist. Zusätzliche Qualifikationsanforderungen werden an diese Facharztgruppe nicht gestellt. Insofern kann diese Facharztgruppe auch koordinierend tätig werden, wenn dies seitens eines bereits durch den Rheumatologen/durch die Rheumatologin betreuten Patienten gewünscht wird.</p>
8.3	<p>Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13.11.2025</p>	<p>Zu 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe (beginnend mit Zeile 45 des Servicedokuments) Stellungnahme mit Begründung: Aus rheumatologischer Sicht sollte es ermöglicht werden, auch Patientinnen und Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung und einem Alter von weniger als 50 Jahren in die Langzeitbetreuung im Rahmen des DMP Osteoporose einzuschließen. Die Diagnosen SLE und ankylosierende Spondylitis (AS) sind in den DVO-Leitlinien als unabhängige und irreversible Risikofaktoren für Frakturen aufgeführt</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>(siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien).</p> <p>Beide Erkrankungen manifestieren sich häufig (SLE bei jungen Frauen) bzw. generell (Ankylosierende Spondylitis vor dem 45. Lebensjahr vorwiegend bei jungen Männern) vor dem 50. Lebensjahr. Entsprechend wird für beide Krankheitsbilder in den DVO-Leitlinien eine Basisdiagnostik auch vor dem 50. Lebensjahr ausdrücklich empfohlen (siehe Tabelle 2.1. der Kurzfassung der DVO-Leitlinien). Detaillierte Therapieempfehlungen für junge Patienten finden sich z.B. in den ACR-Leitlinien für die Glukokortikoid-induzierte Osteoporose (Humphrey et al. 2023). Auch in den DGRh-Empfehlungen zum Management der Glukokortikoid-induzierten Osteoporose wird ein Risikoassessment inklusive Knochenmineraldichte-Messung bei GK-Therapie > 3 Monaten unabhängig vom Alter empfohlen (Leipe et al. 2021). Empfehlungen für eine Osteoporose-Diagnostik bei AS-Patienten in einem Alter von weniger als 50 Jahren wurden ebenfalls erstellt. Eine Diagnostik wird hier insbesondere empfohlen bei persistierender entzündlicher Aktivität, langer Erkrankungsdauer, Ankylose und niedrigem BMI (Briot et al. 2017).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Literatur:</p> <p>Humphrey MB, Russell L, Danila MI, Fink HA, Guyatt G, Cannon M, Caplan L, Gore S, Grossman J, Hansen KE, Lane NE, Ma NS, Magrey M, McAlindon T, Robinson AB, Saha S, Womack C, Abdulhadi B, Charles JF, Cheah JTL, Chou S, Goyal I, Haseltine K, Jackson L, Mirza R, Moledina I, Punni E, Rinden T, Turgunbaev M, Wysham K, Turner AS, Uhl S. 2022 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. <i>Arthritis Rheumatol</i> 2023;75(12):2088-2102.</p> <p>Leipe J, Holle JU, Weseloh C, Pfeil A, Krüger K. German Society of Rheumatology recommendations for management of glucocorticoid-induced osteoporosis. <i>Z Rheumatol</i> 2021;80 (Suppl 2):49-63.</p> <p>Briot K, Geusens P, Em Bultink I, Lems WF, Roux C. Inflammatory diseases and bone fragility. <i>Osteoporos Int</i> 2017;28(12):3301-3314.</p>	<p>Kenntnisnahme</p>
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 50. Lebens-</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>jahr mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose können in das Programm eingeschrieben werden.</p> <p>Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen und Männer mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen primären wie sekundären Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere Patient:innen mit immunologisch-entzündlichen Erkrankungen sowie eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.</p>	<p>Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>
8.4	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13.11.2025	<p>Zu 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie Bisphosphonat-therapie nach Beendigung einer Therapie mit Denosumab (Zeilen 227 – 229 des Servicedokuments)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aufgrund des drohenden „Rebound-Phänomens“ mit potenziell multiplen vertebralem Frakturen nach Beendigung einer</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Denosumab-Therapie bzw. Nichteinhalten des Dosierungsintervalls von Denosumab sollte unbedingt auf dieses erhöhte Frakturrisiko hingewiesen werden. Es sollte formuliert werden, dass eine anschließende Bisphosphonatherapie zwingend erforderlich ist und diese aufgrund der potenziell schlechten Resorption oraler Bisphosphonate mit Zoledronat erfolgen soll unter Kontrolle von Knochenumbauparametern (siehe DVO-Leitlinie). Alendronat sollte nur zum Einsatz kommen, wenn eine Zoledronattherapie nicht möglich ist. Unter Alendronat ist eine Kontrolle der Knochenumbauparameter erforderlich, um den Therapieeffekt zu prüfen. Im Hinblick auf die präventiven Maßnahmen nach Beendigung einer Denosumab-Therapie sollte explizit auf die Langfassung der DVO-Leitlinien verwiesen werden</p> <p>Auszug aus der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023: Kapitel: 9.5.3.5 Anschluss Therapien / Therapiepausen / Therapiesequenzen</p> <p>„Denosumab: Nach Absetzen von Denosumab kommt es zum massiven Abfall der Knochendichte. Der prätherapeutische Ausgangswert wurde in einer Studie mit vier Gaben Deno-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>sumab bereits 12 Monate nach Ende des letzten Therapieintervalls erreicht (Bone HG et al. 2011). Ein signifikanter Unterschied zur Placebogruppe blieb jedoch erhalten, hier hatte die Knochendichte weiter abgenommen. Biochemisch zeigte sich ein überschießender Anstieg der Knochenaktivitätsmarker (CTX und P1NP) über das prätherapeutische Ausgangsniveau und die Werte der Placebogruppe hinaus – dieser Effekt wird heute international als “Rebound-Phänomen” bezeichnet. Nach Absetzen von Denosumab kommt es zum Wiederanstieg des Risikos für vertebrale Frakturen auf das Niveau der Placebogruppe (Cummings SR et al. 2018). Betrachtet man den Anteil multipler Wirbelkörperfrakturen an allen Wirbelkörperfrakturen pro Gruppe, dann ist der Anteil mit 61 % in der Gruppe, die Denosumab abgesetzt haben, signifikant höher als in der Gruppe, die immer nur Placebo erhalten hatte (39 %). In einer großen Fragebogenstudie aus der Schweiz mit 797 Patientinnen und Patienten unter Real Welt-Bedingungen zeigte sich ein Anstieg vertebraler Frakturen von 0,75 % pro Jahr während Therapie auf 4,1 % pro Jahr nach Absetzen der Therapie (Burckhardt P et al. 2021). Zur Beendigung von Denosumab wurde von der ECTS im Jahr 2017 ein systematischer</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Review und Position Statement publiziert, das 2020 aktualisiert wurde (EPub ahead of print) und klare Handlungsempfehlungen gibt (Tsourdi E et al. 2017, Tsourdi E et al. 2021). Als Anschlusstherapie wird eine Behandlung mit Zoledronat empfohlen. Nach kurzer Therapiedauer (bis 2,5 Jahre) und bei niedrigem Risiko wird eine Therapie mit 1-2 Gaben Zoledronat 5 mg i. v. in Abhängigkeit von Knochendichteverlauf und Knochenumbau markern empfohlen. Ist die Gabe von Zoledronat nicht möglich, so kann alternativ Alendronat in dieser kurzen Therapiedauergruppe zur Anwendung kommen (Tsourdi E et al 2017, Tsourdi E et al. 2021). Wichtig ist, gerade bei oralen Bisphosphonaten in dieser Situation, den Knochenstoffwechsel durch Knochenumbauparameterkontrollen 3 und 6 Monate nach Switch der Therapie zu monitorieren. Nur bei kurzer Therapiedauer von Denosumab und Nichtverfügbarkeit von Zoledronat soll eine orale Bisphosphonat-Therapie über 1-2 Jahre zum Einsatz kommen. Für die Patientinnen und Patienten mit längerer Therapiedauer und höherem Risiko wird eine Erstgabe von Zoledronat am Ende des Denosumab-Intervalls empfohlen. Dann sollen die Knochenumbau marker nach 3 und 6 Monaten kontrolliert werden. Bei Anstieg von CTX über</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>0,280 ng/ml oder P1NP über 35 µg/L soll die zweite Zoledronatinfusion schon entsprechend früher erfolgen. Wenn keine Knochenumbau-marker verfügbar sind, wird eine Gabe von Zoledronat 6 und 12 Monate nach letzter Denosumabgabe empfohlen. In der erwähnten Schweizer Fragebogenstudie ergab sich durch eine Bisphosphonat-Anschlusstherapie eine Hazard Ratio für das Auftreten vertebraler Frakturen von 0,042, für das Auftreten multipler vertebraler Frakturen von 0,06 (Burckhardt P et al. 2021). Besonders gefährdet für einen Rebound sind Patientinnen und Patienten mit prävalenter Wirbelkörperfraktur, proximaler Femurfraktur der Eltern und mit hohen Knochenumbau-markern nach Absetzen von Denosumab, während eine Bisphosphonat-Vortherapie das Risiko mindert (Burckhardt P et al. 2021).</p>	
		<p>Literatur: Pfeil A, Lange U. Update DVO-Leitlinie 2023 „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50.Lebensjahr“ – Was ist neu für die Rheumatologie. Z Rheumatol 2024;83(5):401-406.</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag: Nach Beendigung der Therapie mit Denosumab kann geht der positive Effekt auf die Knochenmasse sowie die Fraktur-reduktion schnell verloren gehen. Es ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für vertebrale Frakturen zu rechnen.</p> <p>Um die Therapie abzuschließen, ist nachfolgend die Gabe eines Bisphosphonates indiziert, wobei die Empfehlungen der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023 zwingend zu beachten sind. Hier wird als Anschlusstherapie nach Denosumab die Behandlung mit Zoledronat empfohlen, sofern keine Gegen-gründe vorliegen.</p>	<p>Der Aspekt ist im Beschlussentwurf bereits ausreichend adressiert.</p> <p>Diese Empfehlung lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien und der Fachinformation nicht ableiten.</p>
8.5	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 13.11.2025	<p>Zu 1.4.3 Dauer der medikamentösen Therapie Antiresorptive Anschlusstherapie nach osteonaboler Therapie mit Teriparatid, Abaloparatid und Romosozumab (Zeilen 230 – 241 des Servicedokuments)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund des erheblichen Verlustes an Knochenmineral-dichte nach Beendigung einer nicht nur hoch wirksamen, sondern auch teuren osteoanabolen bzw. dualen Therapie</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>(siehe auch Langfassung der DVO-Leitlinien) sollte die Indikation zur antiresorptiven Anschluss­therapie in der Wortwahl deutlicher gemacht werden. Statt „wird anschließendempfohlen“ (Zeilen 230-231, 224-235, 238-239 des Service-Dokuments) sollte dies deutlicher formuliert werden, z.B. „ist indiziert“ oder „ist unbedingt notwendig“ oder „ist zwingend erforderlich“.</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: Wird die knochenanabole Therapie mit Teriparatid/Abaloparatid/Romosozumab beendet, ist wird anschließend eine antiresorptive Therapie empfohlen indiziert, um den gewonnenen Zuwachs an Knochenmasse oder Knochenfestigkeit nicht schnell wieder zu verlieren. Die Empfehlungen der Langfassung der DVO-Leitlinie 2023 sind zwingend zu beachten.</p> <p><i>Alle in der Stellungnahme von uns verwendeten Berufs-, Funktions- und Personenbezeichnungen beziehen sich unabhängig von der verwendeten Form ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf Personen jeden Geschlechts (männlich, weiblich, divers).</i></p>	<p>Keine Anpassung, die Empfehlungen zur Dauer der medikamentösen Therapie entsprechen den Empfehlungen der DVO-Leitlinie sowie der weiteren vom IQWiG bewerteten Leitlinien und berücksichtigen eine patientenzentrierte Vorgehensweise.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
9.	Pharma Deutschland e. V. vom 13. November 2025		
9.1	Pharma Deutschland e. V. vom 13.11.2025	<p>Anlage 19 Nr. 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pharma Deutschland begrüßt, dass in den Einschreibekriterien auf die aktuelle S3-Leitlinie des DVO und dem dort empfohlenen Risikorechner abgestellt wird ○ Pharma Deutschland unterstützt den Vorschlags der PatV, da dies dem derzeitigen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht und eine adäquate, frühzeitige Therapie der Osteoporose sicherstellt, um dadurch langfristige Osteoporose-assoziierte Folgen und Einschränkungen zu vermeiden 	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ S3-Leitlinie des DVO (2023): <ul style="list-style-type: none"> • "Eine Basisdiagnostik der Osteoporose sollte bei Vorliegen einer ärztlich als relevant erachteten Frakturrisikokonstellation bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem Alter von 50 Jahren empfohlen werden [Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad EK, starker Konsens]" (S. 163) • "In Abhängigkeit vom individuell vorliegenden Risikofaktorenprofil sollte eine Basisdiagnostik der Osteoporose auch Frauen und Männern <50 Jahre angeboten werden. [Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2, starker Konsens]" (s. 165) ▪ Der Beginn der Menopause ist individuell unterschiedlich bzw. kann auch durch medizinischen Eingriff vorzeitig verursacht werden, weshalb eine Abstellung auf postmenopausale Frauen auch unter 50 Jahren adäquat ist 	<p>Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch die therapieinduzierte Osteoporose ist eine relevante Indikation für eine Einschreibung in das DMP Osteoporose - auch bereits <50 Jahren! 	
9.2	Pharma Deutschland e. V. vom 13.11.2025	<p>Anlage 19 Nr. 1.4.2.1 Spezifische Therapie Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Harmonisierung der Benennung der verfügbaren medizinischen Optionen wird folgende Änderung (gelb hinterlegt) vorgeschlagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Zu den antiresorptiv wirksamen Therapeutika zählen Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat), Denosumab (monoklonaler RANK-Ligand-Antikörper) und der selektive Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen. Zu den osteoanabol wirksa- 	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt unten zu den konkreten Änderungsvorschlägen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>men Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid (Parathormon verwandtes Peptid 1-34) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper)."</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ die Einordnung der Wirksamkeitsprofils von Abaloparatid wird entsprechend der verfügbaren medizinischen Evidenz empfohlen, daraus ergibt sich folgende Ergänzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, peripheren und Hüftfrakturen nachgewiesen worden." <ul style="list-style-type: none"> • Abaloparatid ist das einzige osteoanabole Arzneimittel, dass direkt vergleichende Daten gegenüber einer anderen osteoanabolen Therapieoption hinsichtlich des Frakturrisikos hat [Romosozumab und Teriparatid haben direkt vergleichende Daten zu Frakturereignissen ggü. Bisphosphonaten]: 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Phase-3-RCT ACTIVE: Vergleich von Abaloparatid vs. Teriparatid; kein signifikanter Unterschied bzgl. des Auftretens von nicht-vertebralen Frakturen ○ die Einordnung der EMA dazu: EPAR Eladynos (S. 128) "In this particular case, there seems not to be a scientific reason to presume efficacy only for vertebral but not for non-vertebral fractures, regardless of statistical significance being demonstrated for vertebral (but not for non-vertebral) fractures in the pivotal trial." ○ Real-World-Evidence Studie (Tabatabai et al. 2025), die eine 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Überlegenheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid hinsichtlich der Reduktion von sowohl Hüft- als auch peripheren Frakturen (non-vertebral fractures) belegt; das Studiendesign, im Rahmen der Zulassung noch als non-inferiority trial zum Nachweise der kardiovaskulären Unbedenklichkeit von Abaloparatid aufgesetzt, wurde von der EMA als geeignet erachtet und in der Zulassung berücksichtigt; dies ist ein Update des Designs als Überlegenheitsstudie zum Nachweis der Überlegenheit von Abaloparatid gegenüber Teriparatid bzgl. der Reduktion von Hüft- und peripheren Frakturen</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> • in aktuellen Netzwerk-Meta-Analysen (z.B. Reginster et al. 2019) wird die Einordnung von Abaloparatid als mindestens so wirksam wie die anderen beiden osteoanabolen Substanzen Teriparatid und Romosozumab deutlich - entsprechend ist eine Eingrenzung der Wirksamkeit auf nur Wirbelkörperfrakturen insb. im Vergleich zu Teriparatid und Romosozumab nicht sachgerecht ○ Zum Einsatz einer spezifischen medikamentösen Osteoporose-Therapie bei Frauen, die eine Hormonerersatztherapie erhalten, wird folgende Konkretisierung gemäß aktueller Leitlinienempfehlung (S3-Leitlinie Osteoporose des DVO 2023) vorgeschlagen: 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "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. Eine Ausnahme stellen Frauen dar, die eine Hormontherapie unterhalb der osteologisch wirksamen Standarddosierung erhalten. Hier kann die Kombination mit einer spezifischen Osteoporosetherapie erwogen werden. • S3-Leitlinie des DVO (2023): "Wenn bei Frauen eine Hormontherapie unterhalb der Standarddosierung erfolgt, kann bei gleichzeitigem 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Vorliegen einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose erwogen werden, diese mit einem spezifischen Osteoporose-Präparat zu kombinieren. [Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4, starker Konsens]" (s. 273)</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: "Zu den antiresorptiv wirksamen Therapeutika zählen Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat), Denosumab (monoklonaler RANK-Ligand-Antikörper) und der selektive Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen. Zu den osteoanabol wirksamen Therapeutika zählen Teriparatid (rH-Parathormon 1-34), Abaloparatid (Parathormon verwandtes Peptid 1-34) und Romosozumab (monoklonaler Sklerostin-Antikörper)." "Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörper-, peripheren und Hüftfrakturen nachgewiesen worden."</p>	<p>Im Beschlussentwurf wurde eine Vereinheitlichung vorgenommen.</p> <p>Die Formulierung beruht auf den Ergebnissen der Studien, die im Rahmen der Bewertung des G-BA zum Arzneimittel Abaloparatid berücksichtigt worden sind, deswegen erfolgt keine Ergänzung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>"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. Eine Ausnahme stellen Frauen dar, die eine Hormontherapie unterhalb der osteologisch wirksamen Standarddosierung erhalten. Hier kann die Kombination mit einer spezifischen Osteoporosetherapie erwogen werden.</p>	<p>Die gewählte Formulierung „in der Regel“ berücksichtigt bereits, dass auch eine zusätzliche osteoporosespezifische Therapie erforderlich sein kann.</p>
9.3	Pharma Deutschland e. V. vom 13.11.2025	<p>Anlage 19 Nr. 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pharma Deutschland begrüßt, dass Fachärztinnen oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Rheumatologie aufgenommen werden. Die zusätzliche Ergänzung von Physikalischer und Rehabilitativer Medizin und Innere Medizin, wie von KBV und DKG vorgeschlagen, ist zu begrüßen, da 	<p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Koordination im DMP Osteoporose erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschriebenen Aufgaben. Zu dieser ärztlichen Gruppe zählen insbesondere auch die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben (vgl. § 73 Absatz 1a Nr. 2 SGB V). Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hierfür in Frage kommenden Ärzt:innen ange-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>so eine flächendeckende adäquate Osteoporosetherapie sichergestellt werden kann.</p>	<p>passt. Weitere Fachärzte sollen grundsätzlich nur unter besonderen Voraussetzungen koordinierend im DMP tätig sein können, insbesondere dann, wenn sie eine besondere fachliche Qualifikation zur Behandlung des Krankheitsbildes aufweisen und eine Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen des DMP möglich ist.</p>
9.4	Pharma Deutschland e. V. vom 13.11.2025	<p>Zu Nummer 1.4.2.1 Spezifische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der tabellarischen Darstellung der Behandlungsoptionen sollte aus Konsistenzgründen "Abaloparatid (Parathormon verwandthes Peptid 1-34)" bei der osteoanabolen Therapie ergänzt werden 	<p>Die Stellungnahme wurde zum Anlass genommen die Tragenden Gründe anzupassen.</p>
9.5	Pharma Deutschland e. V. vom 13.11.2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <p><i>Hinweis:</i></p> <p>S3-Leitlinie des DVO: https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fleitlinien.dv-osteologie.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2025%2F05%2F05-</p>	<p>Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913502588%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOilwLjAuMDAwMCIslAIoiJXaW4zMilslkFOljoITWFpbCslldU-ljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=pZsuH-FrKNUR8BgmUJnEyzE89AjpgPeCID9C1ToZP6G10%3D&reserved=0</p> <p>EPAR Eladynos: https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.ema.europa.eu%2Fen%2Fdocuments%2Fassessment-report%2FEladynos-epar-public-assessment-report_en.pdf&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913532716%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8ey-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>JFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlyiOilwLjAuMDAwMCIsIIAi-OiJXaW4zMilslkFOIjoiTWFpbCIsIldUI-joyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=fWDj1J9DjRYulcIRM1fMbvJbei%2ByF7I7EgVlhYXrmTg%3D&reserved=0</p> <p>Tabatabai et al. 2025: https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fpub-med.ncbi.nlm.nih.gov%2F39551187%2F&data=05%7C02%7Csydow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913549473%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8ey-JFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlyiOilwLjAuMDAwMCIsIIAi-OiJXaW4zMilslkFOIjoiTWFpbCIsIldUI-joyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=Ac439oNXh-GlfnhizosmUYKa09Cu3uEaxdVc2ULY4k28%3D&reserved=0</p> <p>Reginster et al. 2019:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fpmc.ncbi.nlm.nih.gov%2Farticles%2FPMC6614166%2F&data=05%7C02%7Csyndow%40pharmadeutschland.de%7C36e42b3bb50f44fe2e4d08de1b8654c5%7C03618e5de46a4b64a10080772433846a%7C0%7C0%7C638978460913565350%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiilwLjAuMDAwMCIslIAiOiJXaW4zMilskFOIjoITWFpbClldU-ljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=MieU-aPrIppHjcds1Wf2sMYwLS8ulyyrBQ4kIKLhVJI4%3D&reserved=0	
10.	SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. vom 14. November 2025		
10.1	SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. vom 14.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Wir beantragen die Streichung des nachfolgenden Absatzes</p> <p>„Funktionstraining oder Rehabilitationssport sind einem langfristigen Einsatz von Physiotherapie (insbesondere passiven Maßnahmen) vorzuziehen.“</p>	<p>In den vom IQWiG bewerteten Leitlinien konnte keine Diskrepanz festgestellt werden.</p> <p>Gemäß Nr. 1.4.1.4 soll Physiotherapie in Betracht gezogen werden, um Patientinnen und Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren. Funktionstraining</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Begründung: Funktionstraining und Rehabilitationssport standen nie im Vergleich zu Physiotherapie. Hierbei handelt es sich ausnahmslos um körperliches Training und macht den Bezug zur Physiotherapie nicht unmittelbar notwendig.</p>	<p>und Rehabilitationssport sind eher langfristig am gesamten Skelettsystem orientierte Trainings (Funktionstraining) bzw. sportlich ausgerichtete Trainings (Rehabilitationssport). Im Kapitel 1.4.1.3 werden insbesondere die aktiven Maßnahmen zum körperlichen Training und Sturzprophylaxe adressiert. Diese sind einem langfristigen Einsatz von Physiotherapie (insbesondere passiven Maßnahmen) vorzuziehen.</p>
10.2	SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. vom 14.11.2025	<p>1. Abschnitt 1.4.1.3 – Körperliches Training und Sturzprophylaxe Stellungnahme mit Begründung: „Sofern erforderlich, soll Funktionstraining (in erster Linie) oder Rehabilitationssport in Gruppen unter fachkundiger Anleitung empfohlen werden. Ein Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe.“ Der SHV e.V. begrüßt, dass diese Passagen neu oder präziser formuliert wurden. Sie betreffen Physiotherapeuten unmittelbar, weil sie: den Vorrang aktiver Maßnahmen (Training, Funktionstraining,</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		Rehasport) gegenüber passiven Anwendungen festschreiben	
10.3	SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. vom 14.11.2025	<p>2. Abschnitt 1.4.1.4 – Heil- und Hilfsmittelversorgung</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Physiotherapie soll in Betracht gezogen werden, um Patientinnen und Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren. Insbesondere nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen soll schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen.“</p> <p>Der SHV e.V. begrüßt, dass Physiotherapie hier namentlich und ausdrücklich als Maßnahme mit bestimmter Indikation genannt wird.</p>	Kenntnisnahme
11.	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14. November 2025		
11.1	Verband der Diätassistenten – Deutscher	Stellungnahme allgemein Im Interesse der (multimorbiden) Patientinnen und Patienten	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	<p>Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>mit (Risiko für) Osteoporose nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) gerne die Gelegenheit zur Stellungnahme zum „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation), Stand 17.10.2025“ [1] wahr.</p> <p>Vorbemerkung</p> <p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p> <p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Ernährungstherapie ist eine zu delegierende Tätigkeit, die an nicht-ärztliches Fachpersonal delegiert werden kann. Dabei liegt es in der Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes, die Qualifikation zu überprüfen. Bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in einem dafür qualifizierten Gesundheitsfachberuf müssen die Qualifikation festgestellt und bei Beginn der Tätigkeit die Überprüfung erfolgen, ob die Qualität der erbrachten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Leistungen der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters tatsächlich die Qualifikation entsprechen. Danach kann die Ärztin oder der Arzt sich auf eine stichprobenartige Überprüfung der erbrachten Leistungen beschränken. Für Angehörige ohne fachberufliche Ausbildung besteht Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht [2]. Diätassistentinnen und Diätassistenten sind in Deutschland der Gesundheitsfachberuf für Ernährungstherapie und werden mit dem Ausbildungsziel der eigenverantwortlichen Durchführung der Ernährungstherapie explizit für diese Aufgabe ausgebildet [3]. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) -Modell zum beruflichen Standard [4-6]. Folglich kann eine sichere Delegation von Ernährungstherapie mit den Aspekten Ernährungsassessment, Ernährungsdiagnose, Zielsetzung und Priorisierung allein schon mit Blick auf die Delegationsverantwortung nur an die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und vergleichbar qualifi-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>zierte Ernährungsfachkräfte wie Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologinnen und Ökothrophologen sowie Absolventinnen und Absolventen verwandter Studiengänge [4-6] erfolgen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Osteoporose in Übereinstimmung mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – der S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose“ des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. (DVO) 2023 [7a-b] und – den drei neuen S3-Leitlinien „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) [8a-b], „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ 2025 des Leitlinienprogramms Onkologie [9], sowie „Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatz-therapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis“, Stand 06/2024, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>[10], um deren Berücksichtigung wir beim DMP Osteoporose bitten,</p> <p>im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch beim Ernährungsassessment und der Betreuung bezüglich Ernährung. Dies entspräche dem Positionspapier der Arbeitsgruppe Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) [4] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert und in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung, Ernährungstherapie und Ernährungsbildung in Deutschland [5] klar beschrieben ist.</p>	
11.2	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025	<p>1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Seite 2 Stellungnahme</p> <p>Wir unterstützen im Beschlussentwurf [1] den Vorschlag der PatV, dass zu der Zielgruppe auch postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden können.</p> <p>Begründung: Die Erörterung der PatV in den Tragen Gründen zum Beschlussentwurf [11] unter 1.2 auf Seite 3.</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: Die Textergänzung der PatV unter 1.2 auf Seite 2 des Beschlussentwurfs: „Vor dem 50. Lebensjahr können zudem postmenopausale Frauen mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose oder Patientinnen und Patienten mit einer therapieassoziierten Osteoporose in das Programm eingeschrieben werden. Dies betrifft insbesondere eine über dreimonatige orale Glukokortikoid-Therapie und eine tumorspezifische Therapie.“</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko,</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
			<p>Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>
11.3	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>1.4 Therapeutische Maßnahmen Seite 2</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Es wird ungenügend dargestellt, ob nur die Ärztin oder der Arzt mit der Patientin oder Patient individuelle therapeutische Maßnahmen auswählt, oder dass dies gegebenenfalls in Kooperation mit qualifiziertem nicht-ärztlichen Fachpersonal geschieht, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität.</p> <p>Begründung:</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Siehe Allgemeine Anmerkungen.</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: „Patientinnen und 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 – <u>von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt, gegebenenfalls in Kooperation mit qualifiziertem nicht-ärztlichen Fachpersonal</u> – mit den Patientinnen und Patienten individuell therapeutische Maßnahmen ausgewählt werden.“</p>	<p>[entsprechender Abschnitt aus Text lfd. Nr. 3.1 einfügen]</p>
11.4	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom	<p>1.4.1.1 Lebensstil Seite 3 Stellungnahme mit Begründung:</p>	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	14.11.2025	<p>Die DVO-Leitlinie 2023 [7a-b] nennt einen hohen Alkoholkonsum (> 50 g/Tag) als Risikofaktor für Frakturen. Die Guideline „Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures“ des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2021 nennt diesbezüglich > 3,5 Units Alkohol pro Tag (> 2 drinks per day) [12] und die „UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis“ der „National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) 2021 gibt > 3 Units Alkohol pro Tag als Risikofaktor an [13]. Diese schon länger bekannte Zusammenhang wurde im IQWiG-Abschlussbericht V23-03 „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Osteoporose“, Stand 06.05.2024 [14] nicht als abweichend vom jetzigen DMP-A-RL gesehen, dementsprechend wird im Beschlussentwurf [1] bei Lebensstil die „Reduktion eines „übermäßigen“ Alkoholkonsums“ empfohlen.</p> <p>Bezüglich des Alkoholkonsums ist in Zusammenhang mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft darauf hinzuweisen, dass es laut dem neuen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) zu Handlungsempfehlungen zum Alkoholkonsum 2024 [15] „keinen gesundheitsfördernden oder für die Gesundheit risikofreien Alkoholkonsum</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>gibt“. Ein risikoarmer Alkoholkonsum wird nun – erheblich abweichend von den früheren Richtwert (10 g Alkohol am Tag für Frauen und 20 g am Tag für Männer) der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesellschaften für Ernährung im Jahr 2000 – für gesunde, nicht schwangere oder nicht stillende Erwachsene als < 27 g Alkohol pro Woche definiert (10 g Alkohol entsprechen ca. 0,25 l Bier oder 0,1 l Wein) und ein Alkoholkonsum mit einem moderaten Krankheitsrisiko als 27-81 g Alkohol pro Woche (> 2 bis 6 alkoholische Standardgetränke pro Woche) [15].</p> <p>In diesem Zusammenhang ist auch die in den NOGG-Leitlinien (2021 mit Update-Leitlinie 2024) [13, 16] genannten Querschnittstudie aus Süd-Korea von Song et al. 2018 (Level of Evidence (LoE) IIa) [17] interessant, in der festgestellt wurde, dass bei 44 Männern mit Alkoholabhängigkeit die Knochendichte signifikant niedriger und die Prävalenz von Osteopenie und Osteoporose höher waren als bei 42 gesunden Kontrollpersonen. Bei 18 Männern, die Abstinenz blieben, fand nach 3-4 Jahren ein Follow-Up statt: die Knochendichte der Lendenwirbelsäule und die Knochendichte</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>des Oberschenkelknochens zeigten eine signifikante Verbesserung [17].</p> <p>Godos et al. publizierten 2022 eine „dose-response“ Metaanalyse über die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Knochendichte und das Risiko für osteoporotische Frakturen. 17 Studien wurden inkludiert [18]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2 Kohortenstudien und 9 Querschnittstudien zu Knochendichte-messungen bei 46.916 Teilnehmenden aus Australien, Frankreich, Japan, Süd-Korea und den USA sowie – 8 Kohortenstudien mit 240.871 Teilnehmenden aus Australien, Dänemark, Kanada, den Niederlanden und den USA zur Risikoanalyse auf osteoporotischen Frakturen. <p>Unter den Kohortenstudien zur Risikoanalyse auf osteoporotischen Frakturen befand sich auch die Studie „Alcohol intake as a risk factor for fracture“ von Kanis et al. 2005 [19] (mit 5.939 Männern und 11.032 Frauen aus drei prospektiv untersuchten Kohorten in Australien, Kanada und den Niederlanden), die in der DVO-Leitlinie 2023 [7a] mit LoE 1 (upgradet von 2 wegen hohem „impact“, Seite 324/421) und in</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>den NOGG-Leitlinien [13, 16] mit LoE 1a (NOGG 2021, Seite 9; NOGG 2024, Seite 11) bewertet wurde [19].</p> <p>Godos et al. stellten fest, dass im Vergleich zu Nichttrinkern einen Alkoholkonsum von bis zu zwei alkoholischen Standardgetränke pro Tag mit höheren Werten der Knochendichte der Lendenwirbelsäule und Oberschenkelhals in Zusammenhang stand. Der Alkoholkonsum von bis zu einem alkoholischen Standardgetränk pro Tag stand in Zusammenhang mit einer höheren Knochendichte der Hüfte, wenn verglichen wurde mit der Knochendichte von Personen, die keinen Alkohol konsumierten. Im Vergleich zu Nichttrinkern wurde ein höheres Risiko für Hüftfrakturen ab einem Alkoholkonsum > 3 alkoholischen Standardgetränke pro Tag gefunden [18].</p> <p>Godos et al. nannten jedoch verschiedene Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten [18]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Erstens erlaubt das Beobachtungsdesign der einbezogenen Originalstudien nur die Feststellung eines Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und den untersuchten Ergebnissen. 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> – Zweitens wurde der Alkoholkonsum in der Regel während Interviews oder Besuchen erfasst und spiegelt möglicherweise nicht den frühen Konsum oder eine lebenslange Gewohnheit wieder. – Drittens lässt das Assessment des Alkoholkonsum keine Rückschlüsse auf Trinkgewohnheiten zu, die nur hypothetisch angenommen werden konnten. – Viertens ist der Anstieg der Knochendichtewerte bei Leichttrinkern im Vergleich zu Nichttrinkern klinisch nicht relevant, sie sollten als Null-Effekt interpretiert werden.“ <p>Daneben hoben Godos et al. hervor, dass Alkoholkonsumenten bedenken sollten, dass sowohl die Dosierung als auch die Konsumgewohnheiten Auswirkungen auf die Knochengesundheit haben können, z. B. ein alkoholisches Standardgetränk bei der Hauptmahlzeit an bis zu 6 Tage pro Woche im Gegensatz zu exzessivem Trinken (mindestens 5 alkoholische Standardgetränke) innerhalb einer kurzen Zeitspanne [18].</p> <p>Ein aktuelles systematisches Review mit Metaanalyse zum Thema Alkoholkonsum und das Risiko auf Frakturen von Ke</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>et al. 2023, in der 44 prospektive Kohortenstudien inkludiert wurden [20], bestätigte die Ergebnisse von Godos et al. 2022. Die Studie von Ke et al. umfasste insgesamt 6.069.770 Teilnehmenden aus Asien, Australien, Europa, Kanada, Nord-Amerika und aus „40 Ländern (die nicht weiter spezifiziert wurden)“, sowie 205.284 Fälle von Frakturen [20]. Die Analyse von Ke et al. zeigte, dass ein Alkoholkonsum von 0 bis 22 g pro Tag mit einem verringerten Risiko für osteoporotische Frakturen und Hüftfrakturen verbunden war, wohingegen ein signifikant erhöhtes Risiko für osteoporotische Frakturen bei einem Alkoholkonsum von > 49 g pro Tag und für Hüftfrakturen bei einem Konsum > 40 g Alkohol pro Tag gesehen wurde. Jedoch erwähnen auch Ke et al., dass verschiedenen Methoden für das Assessment des Alkoholkonsums verwendet wurden, die zu Messfehlern und einer falschen Einstufung der Alkoholexposition geführt haben könnten [20].</p> <p>Zwischen dem Alkoholkonsum und dem Gesamtrisiko einer Fraktur fanden Ke et al. eine positive lineare Zusammenhang, welche suggeriert, dass jeder Alkoholkonsum ein Risikofaktor</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>für Frakturen (inklusive traumatischen Frakturen durch beispielsweise einen Fall oder einen Unfall mit einem Fahrzeug) ist [20].</p> <p>Änderungsvorschlag: „1.4.1.1 Lebensstil Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – regelmäßige körperliche Aktivität, – Vermeidung von Immobilisation, – Verzicht auf Rauchen, – Reduktion übermäßigen <u>des</u> Alkoholkonsums, <u>unter der Berücksichtigung, dass es keinen gesundheitsfördernden oder für die Gesundheit risikofreien Alkoholkonsum gibt. Für gesunde, nicht schwangere oder nicht stillende Erwachsene wird ein Alkoholkonsum von 1 bis 2 alkoholischen Getränken pro Woche (< 27 g Alkohol/Woche) als risikoarm angesehen, ein Alkoholkonsum von mehr als 2 bis 6 alkoholischen Getränken pro Woche (27–81 g Alkohol/Woche) ist mit einem moderaten Krankheitsrisiko assoziiert, bei mehr als 6 alkoholischen Getränken</u> 	<p>Keine Anpassung. Der Aspekt wird in den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht adressiert und in dem genannten Positionspapier werden keine Osteoporose spezifischen Empfehlungen formuliert, sondern nur Empfehlungen, die auch für die Allgemeinbevölkerung gelten.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><u>in der Woche (> 81 g Alkohol/Woche) ist das Risiko für Folgeschäden hoch [15],</u> [...]".</p>	
11.5	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>1.4.1.1 Lebensstil Seite 3 Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es verwundert aber, dass die Ernährung als Lebensstilfaktor hier nur auf eine Information zu Alkoholkonsum, Vermeidung von Untergewicht und ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr mit einem Verweis zur medikamentösen Therapie (1.4.2.2) reduziert wurde. Dies, obwohl der IQWiG Abschlussbericht V23-03 aus den DVO-, NOGG- und der SIGN Leitlinien [7a, 12, 13] einige Empfehlungen zur Ernährung in den Tabellen 4 und 33, die einen hohen Grade of Recommendation (GoR) oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweisen, auflistet [14].</p> <p>Im IQWiG-Abschlussbericht V23-03 wird in Tabelle 33, Seite 108, zur Empfehlung der DVO-Guideline 2023: „Menschen</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>mit erhöhtem Frakturrisiko sollte ab dem Alter von 65 Jahren eine eiweißreiche Ernährung mit einer täglichen Aufnahme von mindestens 1,0 g Eiweiß/kg Körpergewicht/Tag empfohlen werden“ angegeben, dass es unklar ist, ob bei LoE OXFORD 2 einen hoher LoE vorliegt [14]. Bei der Evidenz handelt es sich um ein direkt bei der Empfehlung in der DVO-Leitlinie, Seite 156 [7a], genanntes systematisches Review durch Groenendijk et al. 2019 [21] von 12 Kohortenstudien aus Australien, China, Finnland und den USA, sowie einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) aus Australien, mit Metaanalyse von 4 der Kohortenstudien. Das wären insgesamt die G-BA Evidenzstufen Ib und „einen Graubereich“ zwischen IIa und IIb; Ib ist eine hohe LoE-Kategorie [14].</p> <p>Zusätzlich verweist die DVO-Leitlinie mit Bezug auf das Thema Proteinzufuhr und Ernährung in der Geriatrie auf die S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ 2013, deren Update die neue S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 [8a-b] ist. Die entsprechende Empfehlung in dieser Leitlinie „Die Proteinzufuhr älterer Personen sollte mindestens 1 g Protein pro kg Körpergewicht und Tag betragen und individuell je nach Ernährungsstatus,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>körperlicher Aktivität, Gesundheitszustand und Toleranz angepasst werden“, (Empfehlung 2, Seite 225), beruht auf den Evidenzstufen: zweimal 1+, einmal 2++ und einmal 2+ [8a]. Im Leitlinienreport steht dies erklärt [8b]:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1++: Qualitativ hochwertige Metaanalysen, systematische Überprüfungen von RCT oder RCT mit einem sehr geringen Risiko der Verzerrung 1+: Gut durchgeführte Metaanalysen, systematische Überprüfungen oder RCT mit geringem Verzerrungsrisiko, 1-: Metaanalysen, systematische Übersichten oder RCT mit einem hohen Risiko der Verzerrung 2++: Hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien. Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit einem sehr geringen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung kausal ist, 2+: Gut durchgeführte Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit einem geringen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einer mäßigen Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist. 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>3: Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien Die S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 [8a] verweist dabei auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die evidenzbasierten Empfehlungen der „Study Group on meeting protein needs of older people (PROT-AGE)“ der „European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the International Academy on Nutrition and Aging (IANA), and the Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine (ANZSGM)“ durch Bauer et al. 2013. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Proteinzufuhr und Hüftfrakturen oder Osteoporose bei älteren Menschen wurden die Ergebnisse von 4 RCTs, 2 prospektiven Kohortenstudien, 1 systematisches Review, 1 Review von 62 Studien inkl. einer Metaanalyse und 1 Review von 4 Studien zusammengefasst [22], – die evidenzbasierten Empfehlungen einer Experten- gruppe der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) „Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging“ durch Deutz et al. 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>2014. In Tabelle 2, mit der Zusammenfassung von 8 aktuellen Studien, wurden u.a. 2 RCTs genannt [23],</p> <ul style="list-style-type: none"> – die überarbeiteten Referenzwerte für die Proteinzufuhr der Protein-Arbeitsgruppe der Gesellschaften für Ernährung der Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz (D-A-CH) durch Richter et al. 2017. „The D-A-CH Working Group conducted a structured literature research in PubMed considering publications between 2000 and 2017. The research sought to identify all eligible English and German articles reporting results of original human studies, metaanalyses, and systematic reviews focusing on protein or amino acid requirements.“ [24], – ein „consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)“ bezüglich der Rolle „of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women“ durch Rizzoli et al. 2014 [25]. Das Kapitel „Dynamic relationship between protein, muscle and bone health“ nennt 38 Quellen, die u.a. die Publikationen von Bauer et al. 2013 [22], Deutz et al. 2014 [23], als auch verschiedene RCTs und von 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Darling et al. 2009 ein systematisches Review mit Metaanalysen (u.a. eine Metaanalyse von 6 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien, die einen signifikanten positiven Einfluss aller Proteinerergänzungen auf die Konchendichte der Lendenwirbelsäule zeigte [26]) umfassen [25].</p> <p>LoE 1+ wäre also vergleichbar mit den G-BA Evidenzstufen [14] 1b und „einen Graubereich“ zwischen Ia und IIa, weil es sich auch hier um systematischen Reviews mit sowohl RCTs als Querschnitts- und Kohortenstudien handelt.</p> <p>Im IQWiG-Abschlussbericht V23-03 wird in Tabelle 33, Seite 109, zur Empfehlung der NOGG-Guideline 2021: „Postmenopausal women, and men age ≥ 50 years, with osteoporosis or who are at risk of fragility fracture are recommended: 1. A healthy, nutrient-rich balanced diet“ (Grade of Recommendation: strong) angegeben, dass die Literatur nicht zuzuordnen ist und die Evidenz unklar ist [14]. Die Literatur wird in der NOGG Guideline jedoch direkt unter dem Abschnitt mit Recommendations auf der gleichen Seite 21 unter dem Titel</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>„Dietary modifications“ mit Angabe der Evidenzlevel (RCT 1b und Metaanalyse von beobachtenden Studien 2a) genannt [13].</p> <p>Auch hierzu kann die Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydratierung im Alter“ 2025 [8a] für ergänzende Evidenz herangezogen werden. Z. B. Empfehlung 4:</p> <p>„Ältere Personen sollten täglich angemessene Mengen an Ballaststoffen zu sich nehmen; auch bei enteraler Ernährung sollten ballaststoffhaltige Produkte verwendet werden“ mit LoE 1+ sowie 2+ (Seite 226) und Empfehlung 18:</p> <p>„Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten im Rahmen eines umfassenden Interventionskonzepts Ernährungsinformationen angeboten werden, um das Bewusstsein für und das Wissen über Ernährungsprobleme zu verbessern und dadurch eine adäquate Ernährung zu fördern“ mit LoE dreimal 1++, viermal 1+ (Seite 236),</p> <p>Empfehlung 21:</p> <p>„Ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten auch während Phasen körperlichen Trainings mit ausreichenden Mengen an Energie und Protein</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>versorgt werden, um den erhöhten Bedarf zu decken und dadurch das Körpergewicht und die Muskelmasse zu erhalten oder zu steigern“ mit LoE 1++, zweimal 1+, einmal 1- (Seite 238) [8a].</p> <p>Die in Tabelle 33 des IQWiG-Abschlussberichtes V23-03, Seite 109-110, aus der SIGN-Guideline [12] aufgenommenen Empfehlungen mit Evidenz [14]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „An adequate intake of dietary B vitamins can be met by consuming a healthy balanced diet and may help prevent fractures“ (LoE: 1+ (RCT), 2+ (3 Kohortenstudien), (und eine Studie von van Meurs et al. 2004, die 3 Kohorten aus 2 prospektiven niederländischen bevölkerungsbasierten Studien verglich [27]. Diese Studie wurde nur mit „There is evidence showing associations between dietary intakes of B vitamins (reflected by low circulating homocysteine or indicated by high dietary vitamin B12 or folate intake) and reduced fracture risk“ bewertet [12]), GoR: Good-practice point (GPP)), – „Antioxidant consumption from dietary sources (fruit and vegetables) may promote bone health as part of a healthy balanced diet“ (LoE 1-, 2+, GoR: GPP), 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>– „A balanced diet is recommended for bone health but there is no evidence that specific diets reduce fracture risk. Changes to the diet which result in an imbalance of food groups could affect overall nutrient intake and be detrimental to general health“ (LoE: 1+, 2+, 3, GoR: strong), rechtfertigen unter Lebensstil den Punkt einer nährstoffreichen, abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung.</p> <p>Das aktuelle systematische Review mit Metaanalyse „Mediterranean dietary pattern and bone mineral density“ von Noori et al. 2022 (1 Kohortenstudie und 7 Querschnittstudien mit insgesamt 13.209 Teilnehmenden aus Nord- und Süd-Amerika, Asien und 4 europäischen Ländern) [28], das die Dosis-Wirkungs-Zusammenhang der Einhaltung der mediterranen Ernährung und Werten der Knochenmineraldichte untersuchte, gibt unterstützende Hinweise. Noori et al stellten fest, dass die Einhaltung der mediterranen Ernährung in positiver, dosisabhängiger Weise mit einer höheren Knochenichte (BMD) der Lendenwirbelsäule, des Oberschenkelhalses, der Hüfte, des Trochanters und des gesamten Körpers verbunden war. Die Zusammenhänge blieben auch nach</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Berücksichtigung wichtiger Störfaktoren wie Körpergewicht, körperliche Aktivität, Raucherstatus und Energiezufuhr signifikant [28].</p> <p>Das aktuelle systematische Review mit Metaanalyse „Fruit and Vegetable Consumption and the Risk of Bone Fracture: A Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE)“ von Zeraattalab-Motlagh et al. 2023 (10 Kohortenstudien mit insgesamt 511.716 Teilnehmenden aus Australien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Japan, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, Singapur, Spanien, UK und USA) [29], das die Dosis-Wirkungs-Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Obst und Gemüse und die Häufigkeit von Frakturen untersuchte, liefert ebenso zu der NOGG-Empfehlung und den SIGN-Empfehlungen unterstützende Hinweise. Zeraattalab-Motlagh et al. stellten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Obst und Gemüse sowie dem Verzehr von Obst allein und dem Risiko für Frakturen fest. Der Verzehr von Gemüse war jedoch mit einem 16 %-Rückgang der Häufigkeit von Frakturen aller Art verbunden. Pro</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Portion von 200 g mehr Gemüse am Tag sank das Frakturrisiko um 14 % [29].</p> <p>Zudem erwähnt die neue S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ 2025 explizit „Ernährung mit ausreichender Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr“ (Kapitel 10.6.4 Prophylaxe und Therapie der Therapie-assoziierten Osteoporose, Seite 425) [9].</p>	
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„1.4.1.1 Lebensstil</p> <p>Allen Patientinnen und Patienten wird empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – [...] – Vermeidung von Untergewicht (BMI unter 20 kg/m²) <u>und Mangelernährung,</u> – <u>Nährstoffreiche, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung:</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>ausreichender Protein- und Ballaststoffzufuhr,</u> <p>ausreichender Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr (siehe auch Nummer 1.4.2.2)</p>	<p>Keine Anpassung. Die in Nr. 1.4.1.4 genannten Punkte sind spezifische Empfehlungen im Rahmen einer Osteoporose Behandlung, welche zur Minimierung des Frakturrisikos beitragen können. Die Aussage zu ausgewogener Ernährung ist zwar richtig, jedoch keine spezifische Empfehlung für Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
11.6	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025	<p>1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittel-versorgung Seite 4</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zu der Physiotherapie nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung kann auch Ernährungstherapie in Betracht gezogen werden, siehe die genannten Empfehlungen 18 und 21 der S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ 2025 [8a] unter 1.4.1.1, sowie die „GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community“ 2019 [30].</p>	Kenntnisnahme
		<p>Änderungsvorschlag: „1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittelversorgung Bei Bedarf soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten. Physiotherapie soll in Betracht gezogen werden, um Patien-</p>	<p>Keine Änderung. Eine Empfehlung zur Beratung durch Ernährungsfachkräfte lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten. Hinsichtlich der <u>ernährungstherapeutischen Beratungsangebote durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte wird darauf hingewiesen, dass in DMP grundsätzlich nur Leistungen der</u></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>tinnen und Patienten nach erfolgter Fraktur oder Immobilisierung zu mobilisieren. <u>Ernährungstherapie kann in Betracht gezogen werden, um einen verschlechterten Ernährungszustand zu verbessern, sowie die Knochenheilung zu fördern und die Muskelmasse zu erhalten oder zu steigern.</u> Insbesondere nach niedrig traumatischen, stabilen Wirbelkörperfrakturen soll schnellstmöglich eine Mobilisierung erfolgen.“</p>	<p>gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden können. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich möglich ist, ernährungsspezifische Inhalte im Rahmen der Patientenschulungen gemäß Nr. 4.2 zu vermitteln.</p> <p>In DMP können grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden. Entsprechend erfolgt auch kein Hinweis auf Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
11.7	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025	<p>1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D Seite 5</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>„Grundsätzlich wird eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen.“ Dann sollte auch empfohlen werden, dass diese durch eine nährstoffreiche, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung erreicht werden kann. Patientinnen und Patienten sollten auf die Möglichkeit einer Ernährungstherapie hingewiesen werden und bei Bedarf bekommen können.</p> <p>Bei der Vitamin D-Zufuhr spielt bei Menschen vor dem 70. Lebensjahr auch die Sonnenlichtexposition ein Rolle [7a].</p> <p>Begründung:</p> <p>Siehe Allgemeine Anmerkungen und unsere Stellungnahme zu 1.4.1.1 und 1.6, als auch die Empfehlungen 1b und 2, Seite 155-156, der DVO-Leitlinie 2023 [7a] zu Vitamin D.</p>	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„1.4.2.2 Kalzium und Vitamin D</p> <p>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 <u>Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr mit der Nahrung nicht erreicht wird, sollte eine nährstoffreiche, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung, ggf. unter Zuhilfenahme von Ernährungstherapie empfohlen werden. Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr durch Maßnahmen der Ernährungsintervention nicht erreicht werden kann, sollte eine Supplementierung mit Kalzium durchgeführt werden.</u> Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig.</p> <p>Zusätzlich wird die tägliche Zufuhr von 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D empfohlen. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn diese Menge mit der <u>durch</u> Ernährung</p>	<p>Zur Ernährungstherapie: Keine Änderung.</p> <p>Eine Empfehlung zur Beratung durch Ernährungsfachkräfte lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten.</p> <p>Hinsichtlich der <u>ernährungstherapeutischen Beratungsangebote durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte wird darauf hingewiesen, dass in DMP grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden können.</u> Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich möglich ist, ernährungsspezifische Inhalte im Rahmen der Patientenschulungen gemäß Nr. 4.2 zu vermitteln.</p> <p>In DMP können grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden. Entsprechend erfolgt auch kein Hinweis auf Satzungsleistungen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><u>(und Sonnenlichtexposition bei Menschen vor dem 70. Lebensjahr) nicht erreicht werden kann.“</u></p>	<p>einzelner Krankenkassen. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Zur Sonnenlichtexposition: Keine Anpassung. Da die Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose eine Osteoporose spezifische medikamentöse Therapie erhalten sollen, beziehen sich die Empfehlungen unter 1.4.2.2 auf die entsprechenden Fachinformation, in denen eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D gewährleistet werden soll. Die Empfehlungen der DVO, dass Vitamin-D vor dem 70. Lebensjahr durch Sonnenlichtexposition zugeführt werden könnte, bezieht sich auf die Empfehlungen zur generellen Osteoporose- und Frakturprophylaxe im Sinne einer Prävention. Diese sind als allgemeine Maßnahmen zu verstehen, durch deren Umsetzung im Rahmen der Primärprävention eine Verbesserung der Knochenstabilität und/oder eine Reduktion von Frakturen erreichbar oder wahrscheinlich sind.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
			zu nährstoffreiche abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung: Keine Anpassung. Die in Nr. 1.4.1.4 genannten Punkte sind spezifische Empfehlungen im Rahmen einer Osteoporose Behandlung, welche zur Minimierung des Frakturrisikos beitragen können. Die Aussage zu ausgewogener Ernährung ist zwar richtig, jedoch keine spezifische Empfehlung für Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose.
11.8	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025	<p>1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung Seite 6 Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die ärztliche Kontrolluntersuchung soll auch das Screening auf Mangelernährung [8a, 30] enthalten und die Abschätzung, ob neben der Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr auch die Protein- und Ballaststoffzufuhr ausreichend ist sowie, ob die Patientin oder der Patient Unterstützung bei der Einhaltung einer nährstoffreichen, abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung oder einer Ernährung, die alle Komorbiditäten berücksichtigt, gebrauchen könnte [8a].</p>	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„1.5 Ärztliche Kontrolluntersuchung</p> <p>Die regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen beinhalten insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sturzanamnese; – Erfassung von Frakturen oder klinischen Hinweisen auf Frakturen; – <u>Screening auf Mangelernährung;</u> – Abschätzung, ob die <u>Protein-, Ballaststoff-,</u> Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr ausreichend ist; <p>[...]“</p>	<p>Keine Anpassung. Die Ergänzungen lassen sich nicht aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten. Die vom IQWiG bewerteten Leitlinien enthalten keine Empfehlungen zu einem Screening auf Mangelernährung.</p>
11.9	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>1.6 Kooperation der Versorgungssektoren</p> <p>Seite 7</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In der neuen S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydratation im Alter“ 2025 [8a] besagt Empfehlung 7 (Empfehlungs-</p>	<p>Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>grad B, LoE 2+, 3, zweimal IIa), dass „Einrichtungen, die ältere Personen medizinisch und/oder pflegerisch versorgen, ein Ernährungsversorgungskonzept haben sollten, in dem Standardabläufe für die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung festgelegt sowie Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege klar geregelt sind“. Im begleitenden Kommentar steht dazu: „Sämtliche Abläufe der Ernährungsversorgung, von der Speisenbeschaffung und -verteilung über das regelmäßige Screening auf Mangelernährung und Dehydratation bis zum anschließenden Vorgehen bei gefährdeten und bei betroffenen Personen sollen einrichtungsspezifisch standardisiert im Rahmen eines Ernährungsversorgungskonzepts definiert sein, das in einem Qualitätsmanagementsystem verankert ist.</p> <p>Besonderes Augenmerk benötigen dabei die jeweiligen Zuständigkeiten und die Kommunikation der beteiligten Personen (Schnittstellenmanagement), da wichtige Informationen zur Ernährungssituation häufig zwischen verschiedenen beteiligten Personen und Berufsgruppen verloren gehen. Im Idealfall sorgt ein multidisziplinäres Team mit einer qualifi-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>zierten Ernährungsfachkraft und Vertretern aus allen beteiligten Bereichen wie Pflege, Hauswirtschaft, Küche und ärztlichem Team für die Entwicklung und Umsetzung dieses Konzepts. In der geriatrischen Akutversorgung sollte eine Ernährungsfachkraft Teil des geriatrischen Teams sein und an regelmäßigen Teamkonferenzen teilnehmen, um die Integration von Ernährungsinterventionen in das therapeutische Gesamtkonzept zu gewährleisten (siehe auch Empfehlung 6)“.</p> <p>Im Kommentar zu Empfehlung 6 wird darauf hingewiesen, dass „benötigte Experten verfügbar sein sollten und bei Bedarf hinzugezogen werden, allen voran eine zertifizierte Ernährungsfachkraft, die über die erforderliche Kompetenz zur Koordination und Umsetzung sämtlicher Maßnahmen im Ernährungsversorgungsprozess verfügt. Diese sollte als Mitglied eines interdisziplinären Teams die Integration von Ernährungsmaßnahmen in das Gesamtversorgungskonzept gewährleisten“.</p> <p>Für die ambulante Versorgung sollte auf die besondere Situation der Ernährungstherapie im Vergleich zur anderen qualifizierten nicht-ärztlichen Leistungen hingewiesen werden,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>wie z. B. in der S3-Leitlinie „Versorgung von Patient*innen mit chronischer, nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis“, Version 2.0, 2024 der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) [10] explizit erwähnt. Siehe für die Begründung auch die Allgemeine Anmerkungen.</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: „Die <u>interdisziplinäre</u> Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. <u>Bezüglich der qualifizierten nicht-ärztlichen Leistungen liegt bei der Ernährungstherapie eine besondere Situation vor. Eine individualisierte (intensive) Ernährungstherapie ist bei Osteoporose (mit Komorbiditäten wie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, chronischer Nierenkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Morbus Parkinson, Sturz- und Frailty-syndrom) keine Regelleistung der GKV, weil zurzeit dafür kein zugelassenes Heilmittel,</u></p>	<p>Keine Änderung. Eine Empfehlung zur Beratung durch Ernährungsfachkräfte lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten. Hinsichtlich der <u>ernährungstherapeutischen Beratungsangebote durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte wird darauf hingewiesen, dass in DMP grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden können. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorlie-</u></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><u>kann aber auf ärztliche Empfehlung hin nach §43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt bzw. bezuschusst werden. Ärztinnen und Ärzte können formlos eine „Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsintervention“ ausstellen. Es gibt dazu verbandsneutrale Vorlagen wie z. B. https://www.vdd.de/fileadmin/presse-und-medien/news/23-09-01__aerztliche_notwendigkeitsbescheinigung_beschreibbar.pdf. Patientinnen und Patienten können sich mit dieser extrabudgetären Verordnung an ihre Krankenkasse oder direkt an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft wenden.“</u></p>	<p>gen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich möglich ist, ernährungsspezifische Inhalte im Rahmen der Patientenschulungen gemäß Nr. 4.2 zu vermitteln.</p> <p>In DMP können grundsätzlich nur Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in DMP normiert werden. Entsprechend erfolgt auch kein Hinweis auf Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen. Eine Ernährungstherapie kann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Ernährungstherapie gemäß § 42 der Heilmittelrichtlinie vorliegen. Das Krankheitsbild Osteoporose wird dort nicht aufgeführt.</p> <p>Der Einbezug qualifizierter Ernährungsfachkräfte kann im Rahmen des DMP nicht abweichend von den geltenden Regelungen (beispielsweise der Heilmittel-Richtlinie, der Ernährungsberatung nach § 20 oder nach § 43 SGB V) festgelegt und obligat gefordert werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
11.10	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025	<p>2 Qualitätssichernde Maßnahmen Seite 9 Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich, wie die individuellen therapeutischen Maßnahmen operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene interdisziplinäre sektorenübergreifende Kooperation [4, 5] bei der Feststellung von individuellen therapeutischen Maßnahmen wird nicht deutlich.</p>	Kenntnisnahme.
		<p><u>Änderungsvorschlag:</u> „Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden</u></p>	<p>Die Indikatoren der Qualitätssichernden Maßnahmen ergeben sich aus den Anforderungen dieser Richtlinie. Diese Indikatoren bilden nicht die Einhaltung bestehender Qualitätssicherungsvereinbarungen ab. In der DMP-A-RL können keine Vorgaben zu bestehenden</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><u>Arztes mit den jeweiligen qualifizierten nicht-ärztlichen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen therapeutischen Maßnahmen, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.“</u></p>	<p>Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren gemacht werden.</p>
<p>11.11</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Seite 10 Stellungnahme: Patientinnen und Patienten mit Osteoporose sollten auf die Möglichkeit der gleichzeitigen Einschreibung in mehrere DMP, solange medizinisch nicht ausgeschlossen, hingewiesen werden. In diesem Fall sollte die Patientin oder der Patient von der gleichen Ärztin oder vom gleichen Arzt behandelt werden, damit die Behandlung und die Medikation besser koordiniert werden können [31].</p> <p>Begründung:</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Das Bundesamt für Soziale Sicherung schreibt zu Sinn und Zweck der DMP: „Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden. DMP sollen somit helfen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung in unserem Gesundheitssystem abzubauen. Angestrebt wird insoweit auch eine Reduzierung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden und damit eine Verbesserung der Lebensqualität aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer [32].“</p>	
		<p>Änderungsvorschlag: „Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 50. Lebensjahr mit Osteoporose können am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe erfüllen. <u>Besteht</u></p>	<p>Die Teilnahme an mehreren DMP ist zwar grundsätzlich möglich, sie unterliegt jedoch den Anforderungen der DMP-A-RL und regionalen vertraglichen Regelungen, die teilweise Einschränkungen zur Mehrfacheinschreibung vorsehen. Wir stimmen dem Stellungnehmer zu, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gemeinsam mit der Patientin</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><u>zudem eine andere chronische Krankheit, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten abwägen, ob eine gleichzeitige Einschreibung in einem weiteren DMP (vorausgesetzt das spezifische DMP ist in Kraft getreten) sinnvoll wäre.“</u></p>	<p>oder dem Patienten bei Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung abwägen soll, ob eine gleichzeitige Einschreibung in einem weiteren DMP sinnvoll wäre. Jedoch trifft dies für alle zur Verfügung stehenden indikationsbezogenen DMP zu, so dass eine spezielle Benennung einzelner DMP-Indikationen nicht sachgemäß erscheint.</p>
11.12	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>Anlage 20 Osteoporose – Dokumentation Seite 12 Stellungnahme: Unter „Sonstige Befunde und nichtmedikamentöse Behandlung“ sollte zumindest „Screening auf Mangelernährung“ und „Bedarfsgerechte Ernährung“ stehen. Begründung: Siehe unsere Stellungnahme zu 1.4.1.1, 1.4.2.2 und 1.5.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p><u>Ergänzende Dokumentationsparameter</u></p> <p><u>Screening auf Mangelernährung</u></p> <p><u>Ausprägung</u></p> <p>Screening-Instrument und -Ergebnis / Nicht bestimmt</p> <p><u>Ergänzende Dokumentationsparameter</u></p> <p>Bedarfsgerechte Ernährung (Protein-, Ballaststoff-, Kalzium-, Vitamin D-reich)</p> <p><u>Ausprägung</u></p> <p>Ja /Nein / Nicht bestimmt</p>	<p>Keine Aufnahme der neu vorgeschlagenen Dokumentationsparameter, weil sich diese nicht aus den (aktualisierten) Anforderungen an das DMP Osteoporose ableiten lassen.</p>
11.13	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.11.2025</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>1. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>20 (Osteoporose – Dokumentation). Stand: 17.10.2025. Berlin: G-BA, 2025.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Stand: 29.08.2008. [Zugriff: 23.10.2025]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf 3. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf 4. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf 5. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf 6. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/aeltere_dokumente/20220131_geaenderte_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf 	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>7. a. https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001l_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-11.pdf</p> <p>b. https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001m_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-09.pdf</p> <p>8. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, Langversion 2.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032-054OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/Version_2/LL_Supportive_Therapie_Langversion_2.0.pdf</p> <p>9. https://register.awmf.org/assets/guidelines/2025-02_053-048l_S3_Versorgung-PatientInnen-chronische-nicht-nierenersatz-therapiepflichtige-Nierenkrankheit-Hausarztpraxis_01.pdf</p> <p>10. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation). Stand: 17.10.2025. Berlin: G-BA, 2025.</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>11. https://www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf</p> <p>12. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) UK. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. 2021. https://www.nogg.org.uk/sites/nogg/download/NOGG-Guideline-2021-g.pdf</p> <p>13. https://www.iqwig.de/download/v23-03_leitliniensynopse-fuer-die-aktualisierung-des-dmp-osteoporose_abschlussbericht_v1-0.pdf</p> <p>14. https://www.dge.de/fileadmin/Bilder/wissenschaft/referenzwerte/DGE-Position_Alkohol_EU_2024_10.pdf</p> <p>15. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) UK. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Updated December 2024. https://www.nogg.org.uk/full-guideline, https://www.nogg.org.uk/full-guideline/appendix-4-amstar2-grading-systematic-reviews-and-meta-analyses</p> <p>16. Song TH, Shim JC, Jung DU, Moon JJ, Jeon DW, Kim SJ, et al. Increased Bone Mineral Density after Abstinence in Male Patients with Alcohol Dependence. Clin Psychopharmacol Neurosci</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>2018;16(3):282-9. DOI: 10.9758/cpn.2018.16.3.282. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6124870/pdf/cpn-16-282.pdf</p> <p>17. Godos J, Giampieri F, Chisari E, Micek A, Paladino N, Forbes-Hernandez TY, et al. Alcohol Consumption, Bone Mineral Density, and Risk of Osteoporotic Fractures: A Dose-Response Meta-Analysis. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2022;19(3). DOI: 10.3390/ijerph19031515. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835521/pdf/ijerph-19-01515.pdf</p> <p>18. Kanis JA, Johansson H, Johnell O, Oden A, De Laet C, Eisman JA, et al. Alcohol intake as a risk factor for fracture. <i>Osteoporos Int</i> 2005;16(7):737-42. DOI: 10.1007/s00198-004-1734-y.</p> <p>https://www.researchgate.net/publication/8260636_Alcohol_intake_as_a_risk_factor_for_fracture</p> <p>19. Ke Y, Hu H, Zhang J, Yuan L, Li T, Feng Y, et al. Al-</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>cohol Consumption and Risk of Fractures: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Adv Nutr 2023;14(4):599-611. DOI: 10.1016/j.advnut.2023.03.008. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10334160/pdf/main.pdf</p> <p>20. Groenendijk I, den Boeft L, van Loon LJC, de Groot L. High Versus low Dietary Protein Intake and Bone Health in Older Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis. Comput Struct Biotechnol J 2019;17:1101-12. DOI: 10.1016/j.csbj.2019.07.005. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6704341/pdf/main.pdf</p> <p>21. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc 2013;14(8):542-59. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.05.021</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>https://www.jamda.com/action/showPdf?pii=S1525-8610%2813%2900326-5</p> <p>22. Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. Clin Nutr 2014;33(6):929-36. DOI: 10.1016/j.clnu.2014.04.007 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4208946/pdf/nihms594810.pdf</p> <p>23. Richter M, Baerlocher K, Bauer JM, Elmadfa I, Heseker H, Leschik-Bonnet E, et al. Revised Reference Values for the Intake of Protein. Ann Nutr Metab 2019;74(3):242-50. DOI: 10.1159/000499374.https://karger.com/anm/article-pdf/74/3/242/2230894/000499374.pdf</p> <p>24. Rizzoli R, Stevenson JC, Bauer JM, van Loon LJ, Walrand S, Kanis JA, et al. The role of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women: a consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Maturitas 2014;79(1):122-32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.07.005 https://www.esceo.org/sites/esceo/files/pdf/Th</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

		<p>e%20role%20of%20dietary%20protein%20and%20vitamin%20D%20in%20maintaining%20musculoskeletal%20health_Maturitas%202014_Rizzoli%20et%20al.pdf</p> <p>25. Darling AL, Millward DJ, Torgerson DJ, Hewitt CE, Lanham-New SA. Dietary protein and bone health: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr 2009;90(6):1674-92. DOI: 10.3945/ajcn.2009.27799 https://www.science-direct.com/science/article/pii/S000291652326582X?via%3Dihub</p> <p>26. van Meurs JB, Dhonukshe-Rutten RA, Pluijm SM, van der Klift M, de Jonge R, Lindemans J, et al. Homocysteine levels and the risk of osteoporotic fracture. N Engl J Med 2004;350(20): 2033-41. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMo a032546</p> <p>27. Noori M, Jayedi A, Khan TA, Moradi S, Shab-Bidar S. Mediterranean dietary pattern and bone mineral density: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. Eur J Clin Nutr 2022;76(12):1657-64. DOI: 10.1038/s41430-022-01093-7. PDF anbei.</p> <p>28. Zeraattalab-Motlagh S, Ghoreishy SM, Arab A, Mahmoodi S, Hemmati A, Mohammadi H. Fruit and Vegetable Consumption and the Risk of</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Bone Fracture: A Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE)-Assessed Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. JBMR Plus 2023;7(12):e10840. DOI: 10.1002/jbm4.10840. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10731112/pdf/JBM4-7-e10840.pdf</p> <p>29. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr 2019;38(1):1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002. https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Mangelernaehrung/Konsens%20%5B11%5D.pdf</p> <p>https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Vertraege/DMP/Allge-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>meine_Information/2025_01_10_DMP_Arztmanual_SH.pdf</p> <p>30. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/</p>	
12.	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED) vom 14. November 2025		
12.1	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED) vom 14.11.2025</p>	<p>1.4.1.4 Heil- und Hilfsmittelversorgung Stellungnahme mit Begründung: Die aktuelle S2k -Leitlinie „Diagnostik und Therapie osteoporotischer thorakolumbaler Wirbelfrakturen“ in der Version 1.1 vom 04.02.2025 beschreibt die Rolle der ergotherapeutischen Versorgung und verweist auch auf den starken Konsens für die ergotherapeutische Maßnahmen in der S2k-Leitlinie „Rehabilitation nach traumatischen Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne neurologische Ausfälle“. Wir regen daher an, im Kapitel 1.4.1.4 einen Hinweis auf die Ergotherapie mit aufzunehmen.</p>	<p>Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt.</p> <p>Der allgemeine Hinweis, dass die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten über eine zweckmäßige Heil- und Hilfsmittelversorgung beraten soll, ist ausreichend.</p> <p>Die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des G-BA gelten auch für Patientinnen und Patienten, die in das DMP Osteoporose eingeschrieben sind, gleichermaßen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Nach Zeile 147 (Servicedokument) wird folgender Absatz neu eingefügt:</p> <p>Ziel der ergotherapeutischen Versorgung ist es, die Selbstständigkeit im Alltag zu verbessern und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen, sodass die Betroffenen trotz ihrer Einschränkungen ihren Alltag, ihre sozialen Rollen und individuellen Wünsche bestmöglich ausfüllen können.</p>	
12.2	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED) vom 14.11.2025</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-063I_S2k_Diagnostik-Therapie-osteoporotischer-thorakolumbaler-Wirbelfrakturen_2025-08.pdf</p> <p>https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-002I_S2k_Rehabilitation-nach-traumatischen-Frakturen-der-Brust-und-Lendenwirbelsaule-ohne-neurologische-Ausfalle_2022-06.pdf</p>	Kenntnisnahme
13.	<p>Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
13.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Vermeidung von Frakturen und Vermeidung von Stürzen stellen aus nachvollziehbaren Gründen das zuoberst aufgeführte Therapieziel dar.</p> <p>Daraus abgeleitet wird gemäß bestehender wissenschaftlicher Evidenz dem körperlichen Training und der Sturzprophylaxe ein breiter Raum im Rahmen der nichtmedikamentösen Therapie gegeben. Hierzu liegt eine 2025 erschienene S3-Leitlinie vor, an der sich orientiert werden sollte, wenn es um die konkreten, evidenzbasierten Empfehlungen für Sturz- und Frakturprophylaxe geht. Bislang weist der vorliegende Beschlussentwurf zur Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) hier Mängel auf, die unter Punkt 2 ausführlich kommentiert werden.</p> <p>Die angesprochene S3-LL ist verfügbar unter: https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/koerperliches-training-zur-frakturprophylaxe</p>	Kenntnisnahme
13.2	Deutscher Verband für Gesundheitssport	1.3 Stellungnahme mit Begründung:	Keine Änderung, da Beweglichkeit im Sinne der Erklärung des Stellungnehmenden gemeint ist.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	<p>und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025</p>	<p>Im vorletzten Strichpunkt wird die „Beweglichkeit“ aufgeführt. Ist hier nicht vielmehr die Mobilität gemeint?</p> <p>Im therapeutischen Alltag und in der Trainingswissenschaft wird unter „Beweglichkeit“ eher die Flexibilität und Dehnfähigkeit verstanden und dabei u.a. auf die Eigenschaften von Muskeln, Sehnen, Bändern und Bindegewebe Bezug genommen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung oder Erhaltung von Funktion <u>und Mobilität</u> 	
13.3	<p>Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025</p>	<p>1.4.1.1</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Ausschließlich auf „körperliche Aktivität“ zu verweisen erscheint aufgrund der aktuellen S3 Leitlinie zur Frakturprophylaxe zu wenig wirksam. Wir empfehlen, hier auch ein angeleitetes osteoanaboles körperliches Training aufzuführen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige körperliche Aktivität <u>und supervidiertes körperliches Training</u> 	<p>Keine Anpassung. In Kapitel 1.4.1.3 wird bereits auf den Einsatz von Funktionstraining und Rehabilitationssport „unter fachkundiger Anleitung“ hingewiesen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
13.4	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>1.4.1.3 Stellungnahme mit Begründung: Wir halten es für ungünstig, hier auf körperliches Training „in Form von Sport“ zu verweisen. Bei Osteoporose sollte aus sport-/bewegungstherapeutischer Sicht nicht pauschal „Sport“ empfohlen werden, sondern bedarfsgerechtes körperliches Training für die besonderen Therapieziele, wie Sie in dieser Anlage beschrieben werden. Der Gesundheits- und Breitensport Schwimmen, welcher gerade bei Älteren oft gut angenommen wird, weil schmerzende Gelenke nicht als Barriere empfunden werden, ist in der Frakturprophylaxe wenig effektiv und sollte nur dann zur Erreichung der Therapieziele eingesetzt werden, wenn eine große Sturzgefahr vorliegt. In der S3-Leitlinie heißt es dazu: „Schwimmen wird bedingt durch seinen Charakter als nicht-gewichtstragende Sportart mit überwiegend umfangsorientierter Muskelzugbelastung als mechanisch nicht oder wenig osteoanabol eingeschätzt.“ (DVO, 2025, S. 59)</p>	<p>Radfahren wurde als beispielhafte Aufzählung ersetzt durch zügiges Gehen. Körperliches Training soll nicht generell supervidiert erfolgen. In Kapitel 1.4.1.3 wird auf den Einsatz von Funktionstraining und Rehabilitationssport „unter fachkundiger Anleitung“ hingewiesen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Das „Radfahren“, welches explizit genannt wird, fällt das Fazit ähnlich aus. Hierzu heißt es in der LL:</p> <p>„(...) hat Radfahren hingegen keinen nachgewiesenen positiven Effekt auf die Knochendichte an LWS und proximalem Femur.“ (DVO, 2025, S. 63)</p> <p>Wir plädieren daher stark dafür, das explizite Beispiel Radfahren zu streichen, oder entsprechend differenziert zu diskutieren.</p> <p>Andere Sportarten wie Reiten oder Klettern bieten sogar potenziell ein erhöhtes Bruchrisiko. Diese werden zwar nicht genannt, allerdings wird oben relativ pauschal von „Sport“ gesprochen.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (zum Beispiel Treppensteigen oder Radfahren) als auch <u>gezieltes, supervidiertes</u> körperliches Training in Form von Sport. 	
13.5	Deutscher Verband für Gesundheitssport	<p>1.4.1.3 Stellungnahme mit Begründung:</p>	Keine Anpassung. Gemeint ist an dieser Stelle die generelle physische Belastbarkeit der Patientin bzw. des Patienten.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>Im dritten Absatz wird der Begriff der „Belastbarkeit“ genannt. Was ist hier konkret gemeint? Wenn es sich um die „Belastbarkeit“ des Knochens handelt, dann sollte dies konkret benannt werden. Dies hat Implikationen für die Trainingsgestaltung.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen): <u>Geeignetes</u> körperliches Training führt in der Regel zur Steigerung der Belastbarkeit <u>des Knochens</u> (...)</p>	
13.6	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>1.4.1.3 Stellungnahme mit Begründung: Im drittletzten Absatz sollte bei der Wassergymnastik die fachliche Anleitung ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (unterstrichen bzw. durchgestrichen): „(...) kann auch <u>fachlich angeleitete</u> Wassergymnastik indiziert sein.“</p>	Keine Anpassung. In Kapitel 1.4.1.3 wird bereits auf den Einsatz von Funktionstraining und Rehabilitationssport „unter fachkundiger Anleitung“ hingewiesen. Dies gilt auch für den Einsatz von Wassergymnastik im Rahmen des Funktionstrainings.
13.7	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>1.4.1.3 Stellungnahme mit Begründung: Es wird nicht klar, warum beim Funktionstraining „in erster</p>	Das Funktionstraining wird bewusst vor dem Rehabilitationssport als in erster Linie geeignete Maßnahme genannt, um den Stellenwert des Funktionstrainings beim Krankheitsbild

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	V. (DVGS) vom 14.11.2025	<p>Linie“ beigefügt wird. Die Wirksamkeit des Rehabilitationssports zur Frakturprophylaxe wurde in Deutschland sogar in einer randomisiert-kontrollierten Studie belegt, wobei sich positive Ergebnisse in den Outcome Parametern Sturzhäufigkeit, Knochendichte und Frakturhäufigkeit zeigten (Kemmler et al., 2010).</p> <p>Generell sei hier betont, dass die Komplexität des Krankheitsbildes einer umfassenden Sport-/Bewegungstherapie bedarf. Die Qualitätsvorgaben für Funktionstraining und Rehabilitationssport sind hier für einen großen Teil der Zielgruppe kritisch zu hinterfragen.</p> <p><u>Änderungsvorschlag (durchgestrichen und unterstrichen):</u> Sofern erforderlich, soll Funktionstraining (in erster Linie) oder Rehabilitationssport in Gruppen unter fachkundiger Anleitung empfohlen werden. <u>Sofern möglich, soll multimodale Sport-/Bewegungstherapie empfohlen werden.</u></p>	Osteoporose zu verdeutlichen (vgl. „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)).
13.8	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>DVO (2025). https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/koerperliches-training-zur-frakturprophylaxe</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	14.11.2025	Kemmler W, von Stengel S, Engelke K et al. Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women: the randomized controlled senior fitness and prevention (SEFIP) study. Arch Intern Med 2010; 170: 179-185.	
14.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14. November 2025		
14.1	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.11.2025	Allgemeine Anmerkung Das BAS regt an, auch zu regeln, wie zu verfahren ist, wenn in bisherigen Zulassungen in Regionen Arztgruppen als Teilnehmer zugelassen worden sind, die möglicherweise in der neuen Regelung nicht mitumfasst sind.	In Nummer 1.6.1 wurde eine Bestimmung aufgenommen, die sicherstellt, dass Leistungserbringer, die zum Zeitpunkt des vor dem Tag des Inkrafttretens dieses Beschlusses Ihre Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose erklärt haben, unabhängig von den neu getroffenen Regelungen weiterhin am jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen können.
14.2	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.11.2025	Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt Stellungnahme mit Begründung: <i>„Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in</i>	Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die Regelungen für die Koordination im Ausnahmefall und die hier-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p><i>diesem Sinne sind insbesondere Fachärztinnen oder Fachärzte für</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe,</i> - <i>Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,</i> - <i>Innere Medizin und Rheumatologie,“</i> <p>Die in diesem Kontext verwendete Formulierung „insbesondere“ impliziert, dass es darüber hinaus noch weitere, entsprechend qualifizierte Fachärzte gibt und es sich somit nicht um eine abschließende Aufzählung handelt.</p> <p>Die diesbezügliche Ausführung in den Tragenden Gründen, sowohl seitens der KBV und DKG, als auch des GKV SV, suggerieren aber, dass durchaus eine explizite und abschließende Benennung der Facharztgruppen gewollt ist.</p> <p>Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ im Beschlusstext wird diese Intention jedoch konterkariert. Daher wird vorgeschlagen, das Wort „insbesondere“ aus dem Beschlusstext zu streichen.</p> <p>Eine abschließende Aufzählung der teilnahmeberechtigten Fachärzte und Fachärztinnen wird die Zulassung vereinfachen.</p>	<p>für in Frage kommenden Ärzt:innen angepasst. Insofern erfolgte eine Konkretisierung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Änderungsvorschlag: <i>„Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind Fachärztinnen oder Fachärzte für</i> - <i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe,</i> - <i>Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,</i> - <i>Innere Medizin und Rheumatologie.</i></p>	
14.3	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.11.2025	<p>Nummer 1.6.2 zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt....</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir bitten, zu prüfen, ob im Beschlusstext oder in den Tragenden Gründen eine Klarstellung zu dem Punkt erfolgen könnte, ob Fachärzte, die eine osteologische Qualifikation aufweisen, z.B. das Zertifikat des Dachverbandes Osteologie e.V. (DVO) ebenso auf der Facharzzebene anzusiedeln sind.</p>	<p>Die unter 1.6.2 genannten Überweisungen beziehen ich auf bestimmte Anlässe oder Indikationen, die, je nach Anlass der Einbeziehung entsprechend qualifizierte Fachärzte bedürfen. Der koordinierende Arzt, die koordinierende Ärztin hat, wenn seine oder ihre eigene Qualifikation für die Behandlung nicht ausreicht, individuell zu prüfen, welche entsprechend qualifizierter Facharzt bei bestimmten Anlässen oder Indikationen einzubeziehen ist. Unter Nummer 1.6.2 wird dazu bereits ausgeführt: "Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung."</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
15.	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) vom 14. November 2025		
15.1	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) vom 14.11.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Aus Sicht der DGE ist es zu begrüßen, dass nun auch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie oder Rheumatologie als koordinierende Ärzte mitwirken können.</p>	Dank und Kenntnisnahme.
<p>Das neue Konzept des Frakturrisikos als Grundlage der Einschreibung (3-Jahres Risiko > 5 %) ist zu begrüßen</p>			
<p>Die Erweiterung der Zielgruppe wird begrüßt: Während 2020 Frauen ab 50 und Männer ab 60 Jahren eingeschrieben werden konnten, gilt 2025 eine einheitliche Grenze ab 50 Jahren für alle Geschlechter. Darüber hinaus wurde eine neue Öffnung für Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren eingeführt, wenn eine postmenopausale Osteoporose oder eine therapieassoziierte Form (z. B. unter Glukokortikoiden oder Tumorthherapie) vorliegt.</p>		<p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine Ausweitung der Einschlusskriterien auf prämenopausale Frauen vor dem 50. Lebensjahr ist in der Position von GKV-SV, KBV, DKG nicht vorgesehen. Die Einschlusskriterien orientieren sich an der DVO hinsichtlich der Indikation für eine medikamentöse Therapie. In der DVO Leitlinie angegeben Inzidenz für osteoporotische Frakturen wird für den Risikofaktor „Alter“ für die Population ab 50 Jahren angegeben. Alle aufgeführten Daten, die in die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos eingeflossen sind, sowie</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
			<p>die Tabellen zur Ermittlung des Frakturrisikos beziehen Patientinnen und Patienten erst ab einem Alter von 50 Jahren ein. Zudem sind insbesondere die unter 1.4.1.2 und 1.4.1.3 adressierten Maßnahmen im DMP (Ermittlung Sturzrisiko, Sturzprophylaxe etc.) eher für die älteren Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der Positionierung von GKV-SV, KBV und DKG an.</p>
15.2	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) vom 14.11.2025	<p>1.2. Diagnostische Kriterien</p> <p>Es wird ausgeführt: „Bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung) und Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden“.</p> <p>Größenverlust oder Kyphosierung sind nicht spezifisch für eine Wirbelfraktur, weswegen bei Vorliegen in der Leitlinie AWMF 183-001 zur Diagnostik und Therapie der Osteopo-</p>	<p>Die Einschreibung in das DMP kann erfolgen, wenn eine gesicherte Diagnose einer medikamentöse behandlungsbedürftigen Osteoporose gemäß Nummer 1.2 erfolgt ist. Eine detaillierte Ausführung, wie die Sicherung der Diagnose zu erfolgen hat, unter Beachtung möglicher Risiken und unter Einbeziehung der geeigneten Methode, würden die Regelungstiefe des DMP überschreiten.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>rose kein Verzicht auf eine Knochendichtemessung vor Therapiebeginn empfohlen wird, sondern eine radiologische Diagnostik der Wirbelsäule</p> <p>Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Femurfraktur oder eine Wirbelfraktur durch eine Osteoporose verursacht wird, nimmt mit dem Alter zu, so dass bei Hochbetagten tatsächlich in der Regel von Osteoporose ausgegangen werden kann und auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden kann.</p> <p>Die trifft bei jüngeren Patienten nicht zu: Dort sollte eine Differentialdiagnostik der Fraktur-Ursache unter Einschluss der Knochendichtemessung und anderer Verfahren (Labor etc.) erfolgen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Passus ändern in „bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung)“ ist eine radiologische Diagnostik mit der Frage nach Wirbelfrakturen empfohlen, bei Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur <u>kann bei</u></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<u>Hochbetagten</u> (geriatrische Indikation) auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden.	
15.3	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) vom 14.11.2025	<p>1.4.2.2. Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>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 .</p> <p>In der S3 Leitlinie AWMF 183-001 wird deswegen auf S.218 empfohlen:</p>	<p>Keine Anpassung. Der in Kapitel 1.4.2.2 eingangs erwähnte Grundsatz, dass grundsätzlich eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen wird, gilt auch bei einer Therapie mit Romosozumab.</p> <p>Da die Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose eine Osteoporose spezifische medikamentöse Therapie erhalten sollen, beziehen sich die Empfehlungen unter 1.4.2.2 auf die entsprechenden Fachinformation, in denen eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Kalzium gewährleistet werden soll.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Vor allem bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, das auch eine antiresorptive Wirkung insbesondere in den ersten Monaten ausübt.</p> <p>Insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion steigt das Risiko einer Hypokalzämie.</p> <p>Änderungsvorschlag: Erweiterung des Satzes „Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig“ um: <u>bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt</u></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<u>bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion (Stadium 3 und höher)</u>	
16.	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14. November 2025		
16.1	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14.11.2025	Allgemeine Anmerkung Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme.	Kenntnisnahme
16.2	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14.11.2025	1.2. Diagnostische Kriterien Es wird ausgeführt: „Bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung) und Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden“. Größenverlust oder Kyphosierung sind nicht spezifisch für eine Wirbelfraktur, weswegen bei Vorliegen in der Leitlinie	Die Einschreibung in das DMP kann erfolgen, wenn eine gesicherte Diagnose einer medikamentöse behandlungsbedürftigen Osteoporose gemäß Nummer 1.2 erfolgt ist. Eine detaillierte Ausführung, wie die Sicherung der Diagnose zu erfolgen hat, unter Beachtung möglicher Risiken und unter Einbeziehung der geeigneten Methode, würden die Regelungstiefe des DMP überschreiten.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>AWMF 183-001 zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose kein Verzicht auf eine Knochendichtemessung vor Therapiebeginn empfohlen wird, sondern eine radiologische Diagnostik der Wirbelsäule</p> <p>Änderungsvorschlag: Passus ändern in „bei typischen klinischen osteoporotischen Aspekten (zum Beispiel Größenverlust, Kyphosierung)“ ist eine radiologische Diagnostik mit Frage nach Wirbelfrakturen empfohlen, bei Vorliegen einer proximalen Femurfraktur oder Wirbelkörperfraktur kann auf eine Knochendichtemessung verzichtet werden.</p>	
16.3	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14.11.2025	<p>1.4.1.3. Stellungnahme mit Begründung: „Ein positiver Effekt auf die Knochendichte mit resultierender Frakturreduktion kann nur durch regelmäßig durchgeführtes Widerstandstraining (high-impact-training/Krafttraining) erreicht werden, dies setzt jedoch eine ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit voraus.“</p> <p>Dies entspricht nicht der Aussage der S3 Leitlinie AWMF 183-</p>	<p>Die regelmäßige Motivation und Empfehlung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität bzw. zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen ist im ersten Absatz ausreichend adressiert.</p> <p>Unter Nummer 1.4.1.3 sollen der Hauptaspekt der Motivation zu und die Mindestanforderungen an körperliche Aktivität bzw. Training sowie zur Sturzprophylaxe adressiert werden.</p> <p>Da die Planung und Intensität der körperlichen Aktivität bzw.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>002 zu Muskeltraining als Frakturprophylaxe. Die zusammenfassende Empfehlung hier lautet „Postmenopausale Frauen, die von einer Osteoporose bedroht oder betroffen sind, sollen ein geeignetes körperliches Training zur Verbesserung der Knochenfestigkeit durchführen.“ Die abgeleitete Empfehlung zum Training lautet „Ein körperliches Training zur Verbesserung von Knochenfestigkeit soll gewichtstragende Trainingsinhalte („weight-bearing exercise“) und/oder dynamisches Krafttraining berücksichtigen.“</p> <p>Änderungsvorschlag: Formulierung in „Ein körperliches Training zur Verbesserung von Knochenfestigkeit soll erfolgen und gewichtstragende Trainingsinhalte („weight-bearing exercise“) und/oder dynamisches Krafttraining berücksichtigen“ ändern.</p>	<p>zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen an die aktuellen und individuellen Bedürfnisse, Motivation, Möglichkeiten und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten anzupassen sind, ist diese Generalisierung im Beschlussentwurf nicht sinnvoll.</p> <p>Der Aspekt „weight-bearing exercise“ wird in dem Bericht zu den vom IQWiG bewerteten Leitlinien erwähnt (SOGC 2022) und ist bereits von der Empfehlung zum „Krafttraining“ umfasst.</p>
16.4	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V.	1.4.2. Stellungnahme mit Begründung:	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	(DGO) vom 14.11.2025	<p>„Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörperfrakturen nachgewiesen worden.“</p> <p>In die Abaloparatid-Zulassungsstudie (ACTIVE-Studie, Miller et al.), eine Phase-III, doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Studie (RCT), die von März 2011 bis Oktober 2014 an 28 Studienzentren in 10 Ländern durchgeführt wurde, waren postmenopausale Frauen mit manifester Osteoporose eingeschlossen. Primärer Endpunkt waren vertebrale Frakturen im Vergleich zur Placebogruppe nach 18 Monaten Therapie, der maximalen Therapiedauer. Dieser wurde von Abaloparatid im Vergleich zu Placebo erreicht (RR 0.14 (0.05 to 0.39), $p < 0,001$), der sekundäre Endpunkt „nicht-vertebrale Frakturen“ wurde ebenfalls von Abaloparatid erreicht (HR, 0.57 (0.32 to 1.00), $p = 0,49$). In der Verlängerung der Studie (Cosman et al.) lag die HR bei 0.48; 95% CI, 0.26-0.89; log-rank $P = .02$ für nicht-vertebrale Frakturen. Es liegen keine Daten zur Senkung des Hüftfrakturrisikos vor.</p>	<p>Im Beschlussentwurf wurde eine Vereinheitlichung vorgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, et al. Effect of Abaloparatide vs Placebo on New Vertebral Fractures in Postmenopausal Women With Osteoporosis: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;316(7):722–733. doi:10.1001/jama.2016.11136</p> <p>Cosman, F., Miller, P. D., Williams, G. C., Hattersley, G., Hu, M. Y., Valter, I., ... & Black, D. (2017, February). Eighteen months of treatment with subcutaneous abaloparatide followed by 6 months of treatment with alendronate in postmenopausal women with osteoporosis: results of the ACTIVExtend trial. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 92, No. 2, pp. 200-210</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Abaloparatid ist die Reduktion des Risikos von Wirbelkörperfrakturen <u>und nicht vertebrealen Frakturen nachgewiesen worden, nicht jedoch für Hüftfrakturen.</u></p>	<p>Die Formulierung beruht auf den Ergebnissen der Studien, die im Rahmen der Bewertung des G-BA zum Arzneimittel Abaloparatid berücksichtigt worden sind, deswegen erfolgt keine Ergänzung.</p>
16.5	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V.	<p>1.4.2. Stellungnahme mit Begründung:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
	(DGO) vom 14.11.2025	<p>Vor Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten und Denosumab ist bei Patienten mit begleitenden Risikofaktoren eine zahnärztliche Untersuchung mit präventiver Zahnbehandlung sinnvoll.</p> <p>In der S3 Leitlinie 183-001 S.286 der Langfassung ist folgendes geschrieben:</p> <p>Mit Beginn einer Therapie mit antiresorptiven Medikamenten oder Romosozumab soll eine Fokussuche, Anpassung von Zahnersatz zur Vermeidung von Druckstellen und eine Sanierung von Infektionen und Bakterieneintrittspforten im Mund-KieferBereich begonnen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Anpassung der Formulierung in „<u>Mit Beginn</u> einer Therapie mit antiresorptiven Medikamenten oder Romosozumab soll eine Fokussuche, Anpassung von Zahnersatz zur Vermeidung von Druckstellen und eine Sanierung von Infektionen und Bakterieneintrittspforten im Mund-KieferBereich begonnen</p>	<p>Dem Anpassungsvorschlag wird nicht gefolgt, da die aktuelle Formulierung in Einklang mit den Empfehlungen der einschlägigen Fachinformationen steht.</p> <p>Die Fachinformation zu Alendronsäure enthält folgenden Hinweis: „Bei Patienten mit einer schlechten Zahngesundheit</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		werden“.	sollte eine zahnärztliche Untersuchung mit geeigneten Präventionsmaßnahmen vor einer Behandlung mit Bisphosphonaten in Betracht gezogen werden.“
16.6	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14.11.2025	<p>1.4.2.2. Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>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 .</p> <p>In der S3 Leitlinie AWMF 183-001 wird deswegen auf S.218 empfohlen:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
		<p>Vor allem bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab, das auch eine antiresorptive Wirkung insbesondere in den ersten Monaten ausübt.</p> <p>Änderungsvorschlag: Erweiterung des Satzes „Dies ist aufgrund des Risikos von Hypokalzämien unter einer antiresorptiven Therapie der Osteoporose, insbesondere bei Anwendung von parenteralen Antiresorptiva besonders wichtig“ um: <u>bei einer Anwendung von parenteralen Antiresorptiva ist eine tägliche Gesamtzufuhr von mindestens 1.000 mg Calcium und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ggf. durch eine adäquate Vortherapie mit Calcium und Vitamin D sicherzustellen, gleiches gilt bei einer Therapie mit dem Osteoanabolikum Romosozumab</u></p>	<p>Keine Anpassung. Der in Kapitel 1.4.2.2 eingangs erwähnte Grundsatz, dass grundsätzlich eine Zufuhr von 1000 mg Kalzium täglich mit der Nahrung empfohlen wird, gilt auch bei einer Therapie mit Romosozumab.</p> <p>Da die Patientinnen und Patienten im DMP Osteoporose eine Osteoporose spezifische medikamentöse Therapie erhalten sollen, beziehen sich die Empfehlungen unter 1.4.2.2 auf die entsprechenden Fachinformation, in denen eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Kalzium gewährleistet werden soll.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Mai 2026)
16.7	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO) vom 14.11.2025	Literaturverzeichnis https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2544640 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619616306309 https://leitlinien.dv-osteologie.org/wp-content/uploads/2025/05/05-2025_DVO-Leitlinie-zur-Diagnostik-und-Therapie-der-Osteoporose-Version-2.2.-2023-25.pdf	Kenntnisnahme

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 17. Oktober 2025 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.	7. November	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
(DEGAM)	2025	
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	10. November 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	12. November 2025	ja
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. November 2025	ja
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	14. November 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO)	14. November 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)	12. November 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)	23. Oktober 2025	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)	10. November 2025	nein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)	13. November 2025	ja
Pharma Deutschland e. V.	13. November 2025	ja
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)	14. November 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE)	14. November 2025	ja
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)	14. November 2025	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. März 2026 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 19. März 2026)
1.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	Der Satz in Nummer <i>1.4.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation</i> zur strukturierten Erfassung der Medikation mit Hinweis auf den Medikationsplan nach § 31a SGB V wurde im Rahmen der mündlichen Anhörung thematisiert und beraten. Es erfolgte eine Anpassung des Satzes zur Klarstellung.
2.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	Siehe Wortprotokoll	Der Satz in Nummer <i>1.4.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation</i> zur strukturierten Erfassung der Medikation mit Hinweis auf den Medikationsplan nach § 31a SGB V wurde im

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 19. März 2026)
			Rahmen der mündlichen Anhörung thematisiert und beraten. Es erfolgte eine Anpassung des Satzes zur Klarstellung.
6.	Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Pharma Deutschland e. V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose-Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 19. März 2026)
11.	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Wortprotokoll

einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Aktualisierung des DMP Osteoporose: Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung

Vom 11. März 2026

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:45 Uhr
Ende:	11:20 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)

Herr Prof. Dr.

Frau Prof. Dr.

Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)

Frau

Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)

Herr Prof. Dr.

Frau Dr.

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Frau

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Frau Dr.

Frau

Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO)

Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)

Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)

Herr Prof Dr.

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)

Herr Dr.

Herr Prof. Dr.

Pharma Deutschland e. V.

Herr Dr.

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)

Frau

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE)

Herr PD Dr.

Beginn der Anhörung: 10:45 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich darf Sie ganz herzlich bei uns begrüßen. Ich bitte jetzt diejenigen, die an der Anhörung teilnehmen, um kurze Aufmerksamkeit zu einigen Formalien.

Sie werden in der Reihenfolge Ihrer Rückmeldungen aufgerufen. Also völlig entspannt bleiben, nicht alphabetisch, sondern so, wie Ihre Meldungen bei uns eingegangen sind.

Ich bitte Sie jeweils, das Mikro zu verwenden und immer, bevor Sie antworten, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Das brauchen wir schlicht fürs stenografische Protokoll, das dann nachher auch im Internet veröffentlicht wird.

Inhaltlich dürfen Sie davon ausgehen, dass wir Ihre Beiträge gelesen haben und dass die Arbeitsgruppe bereits darüber beraten hat. Sinn und Zweck der heutigen Anhörung ist, dass Sie Gelegenheit erhalten, das zu akzentuieren, was Ihnen besonders wichtig ist, dies noch einmal nach vorn zu stellen, eventuell zu ergänzen, wenn sich Neuerungen ergeben haben, und für uns besteht die Gelegenheit zur gezielten Nachfrage. Die Bänke und die Patientenvertretung würden sich nachher zu Wort melden und gegebenenfalls an einzelne Vertreter Fragen stellen.

Damit es mit der Zeit einigermaßen im Rahmen bleibt, haben wir für Ihre Stellungnahme drei Minuten vorgesehen. Auf dem Bildschirm zeigt sich eine Sanduhr, die dann gestartet wird. Wenn der Sand unten ist, sind die drei Minuten zu Ende. Dann würde ich Sie darum bitten, dass Sie zum Ende Ihrer Stellungnahme kommen.

Es haben sich insgesamt 14 Organisationen gemeldet. Ich mache immer nach fünf Organisationen eine Pause und gebe Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Damen und Herren, die dann schon an der Reihe waren, dürfen gern bei uns bleiben. Wenn Sie aber wichtige andere Themen heute bearbeiten müssen, besteht auch die Gelegenheit, uns zu verlassen.

So, das war die Vorrede, dann starten wir. Bei mir steht als Erstes auf der Liste die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, die DEGAM. Es haben sich gemeldet Herr Prof. (DEGAM) und Frau Prof. (DEGAM). Wem darf ich das Wort geben?

Frau Prof. DEGAM): Mir, (DEGAM), DEGAM.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DEGAM), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (DEGAM): Ja, die DEGAM begrüßt sehr, dass jetzt, nach jahrelangem Stillstand, das DMP Osteoporose sukzessive in der Fläche ankommt. Wir müssen alles dafür tun, dass es auch gut und möglichst barrierefrei umgesetzt werden kann. Dazu gehört, dass wir in der Regel vom „Praxisteam“ sprechen sollten und nicht von „Ärztin/Arzt“, denn unsere MFAs haben eine wichtige Rolle bei der Realisierung. Dazu gehört auch, dass wir eine wesentlich bessere Verfügbarkeit der DXA-Messungen als vertragsärztliche Leistung bekommen statt als IGeL-Leistung. Hier sollten durch entsprechende Vereinbarungen und Kontrollen die Empfehlungen auch konsequent umsetzbar sein.

Problematisch ist, dass es bisher weder eine suffizient durchgeführte und publizierte Evaluation der Risikoberechnung nach DVO noch eine zugelassene elektronische Umsetzungshilfe gibt. Wir empfehlen daher, dass alternativ, also als zusätzliche Option, auch die Risikoeinschätzung nach QFracture Risk Tool oder FRAX eingesetzt werden können und sich die Therapieschwellen auch an SIGN-Empfehlungen orientieren dürfen. Das würde die Umsetzung des DMP wesentlich fördern. NICE überarbeitet gerade die britische Osteoporose-Leitlinie im Draft for Consultation, den ich Ihnen jetzt noch nachträglich zugesandt habe. Dort

werden FRAX mit BMD und QFracture Risk Score als geeignet und gleichwertig mit geringerem Aufwand für QFracture Score genannt. Die britische Bevölkerung ist diesbezüglich sicher gut mit unserer vergleichbar und ähnlicher als die US-Bevölkerung, mit deren Daten der DVO-Score gerade validiert wird. Es steht noch aus die Validierung für die Männer, die noch gar nicht in Angriff genommen worden ist. – Weiter jetzt mit Herrn (DEGAM).

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr (DEGAM). – Ich habe einen Call-in-User. Womöglich ist – –

Frau Prof. (DEGAM): Okay, dann sage ich es noch mal. Er hat halt gesagt: Wichtig ist, dass wir das ganze DMP auch einbinden können in die Praxisverwaltungssysteme, damit das einfach gut umsetzbar ist und auch zur Qualitätssicherung beiträgt. Uns scheint die zeitnahe und umfassende Rückmeldung der Datenauswertung in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gelöst und vielfach unbefriedigend. Das neue DMP könnte ein Anlass sein, diese Probleme anzugehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das ist natürlich ein schöner und guter Wunsch, Frau Prof. (DEGAM). Danke schön für die Stellungnahme. – Ich habe jetzt einen Call-in-User, von dem ich nicht weiß, wer er ist. Könnte sich der- oder diejenige kurz identifizieren?

Frau (VDD): Ich vermute, das bin ich, (VDD) vom VDD, denn ich musste mich kurzfristig telefonisch einwählen, weil das Netz hier gerade zusammengebrochen ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wunderbar, dann haben wir das auch. – So, herzlichen Dank für die Stellungnahme, Frau Prof. (DEGAN). Bitte bleiben Sie bei uns. Womöglich gibt es nachher noch Fragen. – Als Nächstes wäre der Verband für Ernährung und Diätetik e. V. an der Reihe, es hat sich angemeldet Frau (VFED). Frau (VFED), Sie haben das Wort.

Frau (VFED): Guten Morgen. Mein Name ist (VFED), ich spreche für den VFED und möchte unsere Stellungnahme noch einmal konkretisieren und mich auf den Lebensstil bei Osteoporose beziehen.

In der S3-Leitlinie heißt es ja, dass Patientinnen und Patienten übermäßigen Alkoholkonsum reduzieren und Untergewicht vermeiden sollen. Untergewicht ist klar definiert. Aber beim Alkoholkonsum ist es etwas unkonkret. Da empfehlen wir, das noch einmal zu konkretisieren. Laut Leitlinie Osteoporose gilt ein erheblicher Alkoholkonsum ab 50 Gramm Ethanol pro Tag als Risikofaktor. Aber was bedeutet das konkret? In der Praxis wären das schon ganz schnell drei Glas Rotwein, und anderer Alkohol würde diese Menge schon überschreiten. Da Alkohol ein großes Risiko für Leberzirrhosen, Wirbelkörperfrakturen usw. hat, entstehen dadurch nicht nur metabolische Effekte, sondern auch natürlich eine erhöhte Sturzneigung.

Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ besagt auch, dass durch die Menge des Alkohols das Risiko der Folgeschäden steigt, und auch die Empfehlungen dort, die sich an den WHO-Vorgaben orientieren, liegen bei 24 Gramm Reinalkohol bei Männern und 12 bei Frauen. Aber diese Grenzwerte gelten natürlich für gesunde Erwachsene und nicht für Personen mit einer körperlichen Erkrankung. Aus diesem Grund sollte aus diätetischer Sicht der Begriff „übermäßig“ unbedingt noch klarer definiert werden.

Neben dem Alkohol spielen natürlich auch andere Lebensstilfaktoren eine Rolle, beispielsweise erhöht eine eiweißarme Ernährung auch das Risiko. Daher empfehlen wir ganz klar, dass diese kurze Ernährungsanamnese auch die Kalorien- und Eiweißzufuhr berücksichtigt. Daher schlagen wir vor, den Begriff „übermäßiger Alkoholkonsum“ klar zu definieren und den Fokus auf die wichtigsten Risikofaktoren – Alkohol, Eiweißmangel und Untergewicht – zu legen und die Ernährungsanamnese verbindlich in das DMP zu integrieren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (VFED), auch für die Punktlandung. Auch an Sie die Bitte: Bitte bleiben Sie bei uns. – Dann folgt als nächste die Deutsche

Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. Es haben sich angemeldet, Herr Prof. (DGPRM) und Frau Dr. (DGPRM). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGPRM): Vielen Dank für die Einladung. Wir haben vereinbart, dass ich zunächst den Vortrag halte. Frau Dr. (DGPRM) vertritt zugleich den Berufsverband der Fachärzte für Physikalische und Reha-Medizin (BVPRM), mit dem wir hier zusammengearbeitet haben.

Aus Sicht unserer Fachgesellschaft ist das DMP-Programm Osteoporose ein sehr gutes Instrument, um die Langzeitversorgung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose zu verbessern. Seit Langem sind auch Ärzte aus unserem Fachgebiet an dieser Langzeitversorgung beteiligt, zum Beispiel im Selektivvertrag OsteoporosePLUS der AOK oder auch in schon laufenden DMP-Programmen, zum Beispiel in Bayern oder jetzt auch in Thüringen.

Darüber hinaus hat unsere Fachgesellschaft auch immer an Leitlinien für Osteoporose mitgearbeitet und ist seit vielen Jahren wissenschaftlich im Bereich Osteoporose tätig.

Vor diesem Hintergrund waren wir von unserem Fachgebiet doch erstaunt, dass unser Fachgebiet bei den koordinierenden Ärzten genannt ist, aber hier ein Dissens bestand, weil der GKV-Spitzenverband eine Beteiligung unseres Fachgebietes abgelehnt hat. Aus Sicht unserer Fachgesellschaft sprechen jedoch einige wichtige Gründe für eine Beteiligung. Dies sind vor allem die Musterweiterbildungsordnung 2018, die Übereinstimmung mit Zielen des DMP, gerade in der nichtmedikamentösen Therapie, und die Versorgungspraxis.

Ich möchte ganz kurz einige Beispiele für die Kompetenzen unseres Fachgebietes gemäß Weiterbildungsordnung vortragen. Hierzu gehört zum Beispiel die Behandlung von Erkrankungen und Funktionsstörungen, insbesondere stoffwechselbedingte Erkrankungen des Bewegungsapparates, zu denen ja auch die Osteoporose zählt.

Zur Weiterbildung gehört auch die indikationsbezogene Auswertung von Assessment-Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung, die gerade für die Osteoporosebehandlung wichtig sind.

Auch die Indikationsstellung und Befundinterpretation radiologischer Untersuchungen ist Teil unserer Weiterbildung. Dies beinhaltet somit auch die Diagnostik von Frakturen und Knochendichtemessungen. Auch Einleitung von Funktionstraining und Reha-Sport sind selbstverständlich Bestandteile unserer Weiterbildungsordnung.

Ein weiterer Grund für die Beteiligung sind die im DMP vorgesehenen nichtmedikamentösen Maßnahmen wie Lebensstilmodifikation, körperliches Training, Sturzrisiko, Analyse Sturzprophylaxe oder Heil- und Hilfsmittelverordnung. Dies sind gerade die Kernkompetenzen in unserem Fachgebiet, die vielleicht bei uns sogar mehr verankert sind als in jedem anderen Fachgebiet.

Ein weiterer Grund ist die Versorgungspraxis. Wie eingangs erwähnt, sind wir ja auch jetzt schon beteiligt an Disease-Management-Programmen wie in Bayern, Rheinland-Pfalz, Thüringen oder dem Saarland. Vor diesem Hintergrund sollten unseres Erachtens auch die Ärztinnen und Ärzte unseres Fachgebietes der physikalischen und rehabilitativen Medizin in der Richtlinie des G-BA als koordinierende Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Hierdurch würde die vorhandene Kompetenz in unserem Fachgebiet genutzt und ein weiterer Beitrag zu einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten Versorgung von Menschen mit Osteoporose geleistet. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGPRM). – Der nächste Verband ist der Deutsche Bundesverband der Diätassistenten und es hat sich Frau (VDD) angemeldet. Frau (VDD), Sie haben das Wort.

Frau (VDD): Ja, wunderbar. Ich kürze meinen Beitrag ein bisschen ab, weil die Kollegin Frau (VFED) zum Thema Lebensstil und Alkoholkonsum schon etwas gesagt hat, also das unterstützen wir auch: dass man das eben ergänzt und auf die Reduktion des Alkoholkonsums entsprechend der Leitlinie eingeht.

Uns ist auch wichtig zu gucken, dass bei den Leitlinien – es geht hier vielfach um multimorbide Erkrankungen und dass Mangelernährung und Unterernährung konkretisiert wird, da ja auch der Protein- und Ballaststoffgehalt eine große Rolle spielt und auch das Überprüfen des Kalziumgehaltes über die Nahrung.

Der Hinweis auf den Kalziumrechner ist praktisch gesehen nicht sehr hilfreich, weil er nicht alle Lebensmittel für die Selbsteinschätzung der Patienten berücksichtigt, das nicht in Verbindung gesehen wird mit dem Vitamin-D-Gehalt, dass wir also durchaus auch für diese konkretisierten Ergänzungen der ernährungstherapeutischen Einschätzung von Mangel-, Über- und Untergewicht gucken auf den Protein- und Ballaststoffgehalt und vor allen Dingen in dem multizentralen Ansatz auch auf die Möglichkeit der erweiterten, nach der Ernährungsinformation, Ernährungstherapie, um diese doch multifaktoriellen Punkte durch qualifiziertes Personal, sprich: in diesem Fall Diätassistenten oder entsprechend Fachkräfte mit Studium, die dem gleichgesetzt sind. – Das wäre jetzt alles, was ich noch dazu ergänzen wollte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (VDD). – Und als letzte stellungnahmeberechtigte Organisation in dieser ersten Runde spricht das BAS, das Bundesamt für Soziale Sicherung. Es haben sich angemeldet Frau Dr. (BAS) und Frau (BAS). Wem darf ich das Wort geben?

Frau (BAS): Guten Morgen zusammen! Ich würde beginnen. (BAS) ist mein Name, Bundesamt für Soziale Sicherung. Frau Dr. (BAS), die neben mir sitzt, würde gegebenenfalls noch ergänzen.

Gemäß Nummer 1.6.1 der Anlage 19 soll jedenfalls in Ausnahmefällen die Koordination auch durch einen zugelassenen oder ermächtigten Facharzt bzw. eine Fachärztin wahrgenommen werden. In der Vergangenheit war es so, dass die Frage, welche Facharztgruppen hierunter zu subsumieren sind, für sehr viele Diskussionen gesorgt hat. Daher begrüßen wir nun die grundsätzlich angedachte ausdrückliche Aufzählung der hierfür infrage kommenden Facharztgruppen.

Allerdings sehen wir dieses Ziel durch die jetzt gewählte Formulierung und ganz besonders durch die Wahl des Wortes „insbesondere“ im Beschlussentwurf unter Nummer 1.6.1 nicht abschließend erreicht, da es ja – „insbesondere“ ist eben nicht abschließend und sorgt daher nicht für Rechtsklarheit, welche Facharztgruppen genau hierunter fallen sollen. Insoweit sehen wir auch ein Stück weit einen Widerspruch oder jedenfalls ein nicht ganz konformes Zusammengehen zwischen Beschlusstext und Tragenden Gründen. In den Tragenden Gründen fehlt dieses „insbesondere“, da scheint es eher abschließend formuliert zu sein. Und wie wir da die Rückmeldung der beteiligten Akteure sehen – KBV, DKG, aber auch GKV-SV –, scheint ja grundsätzlich eine abschließende und explizite Nennung gewünscht zu sein. Daher würden wir bitten, hier „insbesondere“ zu streichen und die Facharztgruppen konkret zu benennen.

Besonders möchten wir hier auch darauf hinweisen, dass die Diskussionen zur Strukturqualität nicht gerade abgeebbt sind, sondern weiterhin bestehen. Das BAS möchte sich hier auch nicht dazu positionieren, wie viele oder welche Facharztbezeichnungen hier aufzunehmen sind, sondern nur um eine abschließende Aufzählung bitten.

Daneben ist es so, dass die Verträge zu den DMP-Programmen klassischerweise in der ersten Versorgungsebene die koordinierenden Ärzte abbilden. Das sind klassischerweise die Hausärzte und in der zweiten Versorgungsebene die Fachärzte. Nach aktuellem Stand ist für uns unklar, ob die neu aufgeführten Facharztgruppen gemeinsam mit den Fachärzten für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie in der zweiten Versorgungsebene teilnehmen sollen oder ob das gerade nicht gewollt ist, ob diese einfach nur ausnahmsweise koordinierend tätig sein sollen und gegebenenfalls hier, in den Verträgen, eine Zwischenebene einzufügen wäre. Hier bitten wir auch um Klarstellung.

Darüber hinaus ist es so, dass in den Regionen die Verträge aktuell für die genannten Facharztgruppen eine weitergehende osteologische Zusatzqualifikation, beispielsweise

Osteologen-DVO oder etwas Vergleichbares, fordern oder auch abspiegeln. Hierzu wird hier aktuell gar nicht Stellung genommen: ob das gewünscht ist, ob das weiterhin bestehen soll oder ob das hier bewusst weggelassen wurde und daher künftig nicht gewünscht ist. Hier würden wir auch um Klarstellung bitten. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (BAS). – Dann machen wir hier mal einen kurzen Zwischenhalt. Ich sehe mich mal um. Gibt es schon Fragen? – Der Spitzenverband hat eine Frage.

GKV-SV: Meine Frage richtet sich an alle Stellungnehmenden, insbesondere an die DEGAM und das BAS. Und zwar habe ich eine Frage zu einem Satz aus dem Kapitel 1.4.4 „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation“. In dem Satz steht, dass Patientinnen und Patienten bei der strukturierten Erfassung der Medikation im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert werden. Könnten aus Ihrer Sicht die Begriffe „Erstellung“ und „Aushändigung“ missverständlich sein, weil es inzwischen ja auch den elektronischen Medikationsplan gibt? Daher die Frage, ob es besser wäre, wenn man die Formulierung an der Stelle klarer fasst. Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Es sind jetzt insbesondere aufgerufen die DEGAM und die BAS, die ich hier hintereinander aufrufen würde, aber natürlich darf sich jeder beteiligen. Der GKV-SV hat ja die Frage auch breit gestellt. Zunächst die DEGAM.

Frau Prof. (DEGAM): Also ich sehe das nicht als problematisch an. Jeder vernünftige Mensch wird das schon richtig verstehen. Wir werden ja in Zukunft immer mal irgendwelche anderen Möglichkeiten haben. Das muss ja nicht immer so ganz genau explizit aufgeführt werden, und wir wissen schon, was damit gemeint ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Und das BAS.

Frau Dr. (BAS): Wir sehen das mit den Formulierungen, die explizit genannt sind, entweder in händischer Form ausgehändigt - - Also wir würden da jetzt auch keine Unstimmigkeiten in der Auslegungsform sehen. Ich glaube, wir wünschen da auch keine explizitere Auslegung oder Nennung, nein.

die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Antworten aus dem Kreis derjenigen, die sich jetzt schon geäußert haben? – Das ist nicht der Fall. Gibt es weitere Fragen? – Jetzt hat sich noch Frau (DGO) gemeldet, die bisher noch nicht dran war. Sie wollten noch auf die Frage vom GKV-SV antworten, ist das richtig?

Frau Dr. (DGO): Nein, ich wollte nachfragen, inwiefern das, was jetzt als Stellungnahme von anderen Fachgesellschaften bereits gesagt wurde, kommentiert werden darf.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das ist hier jetzt nicht vorgesehen. Die Fragen kommen jetzt ausschließlich aus dem Kreis der Bänke und der Patientenvertretung.

Frau Dr. (DGO): Alles klar. Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Es gibt keine weiteren Fragen. Dann würde ich überleiten zur nächsten Fünfer-Gruppe. Wie gesagt, diejenigen, die schon an der Reihe waren, dürfen gern bei uns bleiben. Wenn nicht, hätten wir dafür auch Verständnis. – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Osteologie, die DGO, Sie haben das Wort, Frau Dr. (DGO).

Frau Dr. (DGO): Ganz herzlichen Dank. Hinsichtlich der Stellungnahme zu spezifischen Aspekten ist dem, was bereits schriftlich niedergelegt wurde, nichts zu ergänzen.

Was ergänzt werden sollte, ist, dass es sehr begrüßt wird, dass das 3-Jahres-Frakturrisiko für vertebrale und Schenkelhalsfrakturen in den DMP berücksichtigt werden soll. Und es soll in diesem Zusammenhang auch noch einmal darauf hingewiesen werden: Eine fehlende Validierung des Risikorechners teilt momentan der DVO-Risikorechner auch mit dem in der Welt am meisten verwendeten System, dem FRAX, dem 10-Jahres-Frakturrisiko. Auch hierfür

liegen keine validierten Daten zur Validierung dieses Risikorechner-Tools vor, und der QFracture-Score ist nicht kalibriert worden.

Die Validierungsdaten des Dachverbandes Osteologie zum Risikorechner werden gerade publiziert und werden auch pünktlich zur Publikation der neuen Leitlinienupdates vorliegen. Das noch zur Ergänzung der wirklich positiven Aufnahme der Nutzung des Dreijahres-Frakturrisikos. – Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Dr. (DGO). Bleiben Sie bei uns, es könnte zu Fragen kommen. – Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. ist die nächste und es hat sich Frau Dr. (DGfN) angemeldet, Sie haben das Wort.

Frau Dr. (DGfN): Herzlichen Dank, dass wir hier etwas zu dem schönen DMP-Programm sagen können.

Zu meinen bzw. unseren schriftlichen Stellungnahmen habe ich keine neuen Erkenntnisse. Ich will aber noch einmal bekräftigen, dass es unbedingt notwendig ist zu wissen, ob Ihre Patienten eine eingeschränkte Nierenfunktion, eine Nierenkrankheit haben und die Nephrologen frühzeitig involviert werden müssen und auch Teil des DMPs als koordinierende Ärzte sein sollten bei Patienten mit Nierenkrankheit. Das wollte ich nur noch einmal bekräftigen. – Vielen Dank.

Doe Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau Dr. (DGfN). Auch an Sie die Bitte: Bleiben Sie bei uns. – Dann folgt die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, die DGG, Herr Prof. (DGG) hat sich angemeldet. Sie haben das Wort, Herr Prof. (DGG). – Herr Prof. (DGG), hören Sie uns? – Also Herr Prof. (DGG) ist eigentlich da und hat auch das Mikro an, wir verstehen ihn aber trotzdem nicht. Das ist jetzt wieder schwierig. Würden Sie bitte die Kamera einmal einschalten?

Ich würde zunächst zur nächsten Organisation wechseln und Herrn Prof. (DGG) nachher noch einmal aufrufen. – Es hatte sich für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Herr Prof. (DGGG) angemeldet, er ist aber nicht eingewählt.

Dann würden wir zur Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie kommen. Es haben sich angemeldet Herr Dr. (DGRh) und Herr Prof. (DGRh). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGRh): Gut, dann würde ich anfangen. Zunächst vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Unser großer Wunsch wäre – oder auch unsere Empfehlung –, dass die Rheumatologen in das DMP Osteoporose also nicht nur ausnahmsweise eingebunden werden, sondern generell – zumindest für die Patienten, die entzündlich-rheumatische Erkrankungen gleichzeitig haben. Es gibt aus unserer Sicht im Wesentlichen dafür sieben Argumente:

Erstens ist im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gewissermaßen vorgeschrieben, dass auch Kernkompetenzen zur Osteoporose, inklusive der DEXA-Knochendichtemessungen, erworben werden. EU-weit ist es so, dass etwa 20 % der Osteoporose-Patienten von Rheumatologen betreut werden. Nach aktuellen epidemiologischen Erhebungen haben wir es etwa mit über 1 Million Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu tun, die osteologisch relevant sind. Das sind die ganzen Systemerkrankungen, die eine längerfristige hochdosierte Steroid-Therapie bekommen haben, die rheumatoide Arthritis und die ankylosierende Spondylitis.

Dann ist es so, dass die Interaktionen zwischen Knochen und Entzündung hochkomplex sind, auch eine nicht unterdrückte Krankheitsaktivität spielt eine wesentliche Rolle, sodass also auch die Behandlung der Grunderkrankung ganz wesentlich ist für die Knochengesundheit, und das beinhaltet auch den Einsatz von steroidsparenden Immunsuppressiva.

Und wir können davon ausgehen, dass wir aufgrund der hohen Risikogradienten bei hohen Steroidbedarfen auch für die rheumatoide Arthritis durchaus Patienten haben, die sich sehr

gut für das DMP Osteoporose eignen, weil ein sehr hoher Prozentsatz die 3%-Frakturschwelle oder 5%-Frakturschwelle innerhalb der nächsten 3 Jahre erreichen wird. Das gilt insbesondere für die Systemerkrankung, aber auch für die rheumatoide Arthritis. – Vielen Dank für die Möglichkeit zur Teilnahme.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Auch Ihnen sehr herzlichen Dank. – Jetzt frage ich noch einmal: Herr Prof. (DGG), sind Sie da?

Herr Prof. (DGG): Können Sie mich jetzt verstehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja. Dann haben Sie jetzt das Wort.

Herr Prof. (DGG): Sehr gut, ich spreche für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. Uns geht's darum: Als entsprechende qualifizierte Fachärztinnen und -ärzte, die in Ausnahmefällen kontaktiert werden könnten, sollten dringend auch die Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Geriatrie aufgeführt werden, da gerade diese ja die komplexen Krankheitsbilder, die bei Patienten und Patientinnen mit Osteoporose auftreten, am besten mitbehandeln können und sich gleichzeitig mit Osteoporose auskennen.

Ich glaube, die Geriatrie ist weitverbreitet in der Alterstraumatologie. Wir haben inzwischen über 240 zertifizierte Zentren, und viele unserer geriatrischen Kollegen sind sehr intensiv in das Thema Osteoporose eingearbeitet und wir betreuen ja gerade die Patienten mit einem höchsten Frakturrisiko und diejenigen, die häufig auch komplexe Begleiterkrankungen haben.

Insofern würden wir für den Änderungsvorschlag plädieren, dass hier eben Ärzte für Geriatrie oder mit Zusatzweiterbildung Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie mit in diese Rubrik aufgenommen werden. – Danke für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Auch an Sie herzlichen Dank, Herr Prof. (DGG). – Dann hätten wir wieder eine Fünfer-Gruppe durch. Gibt es Fragen an die Vertreter der stellungnahmeberechtigten Organisationen? – Das ist im Moment nicht der Fall. Dann freue ich mich, wenn Sie weiter bei uns bleiben. Falls es bei Ihnen aber wichtigere Dinge zu tun gibt, haben wir auch Verständnis, wenn Sie uns verlassen. Vielen Dank an alle, die dabei waren.

Ich komme zur letzten Fünfer-Gruppe und die startet mit Pharma Deutschland e. V. Es hat sich angemeldet Herr Dr. (Pharma Deutschland). Herr Dr. (Pharma Deutschland) hat jetzt das Wort.

Herr Dr. (Pharma Deutschland): Vielen Dank für die Möglichkeit der mündlichen Stellungnahme. Wir haben über die schriftliche Stellungnahme hinaus keinen weiteren Ergänzungs- oder Konkretisierungsbedarf. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Dann folgt der Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland, der BED. Angemeldet ist Frau (BED).

Frau (BED): Guten Morgen, (BED) vom BED, vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ich beziehe mich auf unsere Stellungnahme und habe keine Ergänzung, freue mich aber auf Ihre Nachfragen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V., die DGE, Herr Privatdozent Dr. (DGE).

Herr Dr. (DGE): Einen schönen guten Tag an alle! Vielen Dank für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben.

Ich beziehe mich im Wesentlichen auf unsere schriftliche Stellungnahme. Ich möchte noch einmal hervorheben, dass wir sehr froh sind, dass die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie/Diabetologie als DMP-Führungsärzte jetzt auch vorgesehen sind, weil wir ja auch häufig die sehr schweren Patienten mit Osteoporose mit sehr komplexer Therapie behandeln, die dann auch eine entsprechende kontinuierliche Betreuung durch unsere fachärztliche Kompetenz benötigen.

Der zweite Punkt, den ich noch hervorheben möchte, ist, dass es nicht grundsätzlich heißen sollte, dass bei typischen osteoporotischen Frakturen wie proximalen Femurfrakturen auch im Alter eine Knochendichtemessung nicht notwendig sei. Das mag in Einzelfällen typischerweise so sein, dass es nicht notwendig ist, aber aus unserer Sicht ist es schon sinnvoll, auch bei typischen osteoporotischen Frakturen, auch im Alter, dennoch im Rahmen der Diagnostik eine Knochendichtemessung durchzuführen, um eben die Diagnose zu bestätigen, auch Verlaufskontrollen machen zu können und auch andere Erkrankungen auszuschließen. – Damit stehe ich gern offen für Fragen. Vielen Dank für die Gelegenheit, Stellung zu nehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. (DGE). – Der letzte Verband wäre der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie, da hat sich bisher niemand angemeldet. Ist jemand für den Verband bei uns zugeschaltet? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich noch mal nach Herrn Prof. (DGGG) von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. – Auch da hat sich niemand gemeldet.

Dann besteht jetzt die Gelegenheit für Fragen an die letzte Gruppe, aber darüber hinaus auch gern, falls sich die eine oder andere Frage noch ergeben hat. Ich öffne nochmals für alle Organisationen. Gibt es Fragen an die zuletzt an der Reihe gewesenen Organisationen? – Das ist nicht der Fall. Gibt es noch weitere Fragen an eine Organisation, die bereits an der Reihe war? Hat sich noch mal etwas ergeben? – Frau (DGPRM), Sie haben sich gemeldet. Was können wir tun?

Frau Dr. (DGPRM): Ich bin Vertreterin Dr. DGPRM von DGPRM und BVPRM und wollte noch einmal darauf hinweisen: Osteoporose ist eine sehr komplexe Erkrankung, die immer multidisziplinär behandelt werden muss. Entsprechend denke ich, ist es nicht sinnvoll, bestimmte Disziplinen, Arztgruppen, Facharztgruppen auszuschließen. Also wir haben hier die Nephrologen, die eine große Rolle spielen, vor allen Dingen dann auch, wenn es um die Medikation geht, und natürlich auch die Geriater und natürlich auch unser Fachgebiet. Also ich würde dafür plädieren, dass man die Fachgebiete, die sich mit Osteoporose beschäftigen, möglichst alle in die DMP mit einbringen lässt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. (DGPRM). – Ich wollte jetzt keine generelle Diskussion eröffnen, das ist nicht vorgesehen, sondern es geht jetzt wirklich nur noch um Fragen hier aus der Runde an die Organisationen. Da scheint aber niemand mehr eine Frage zu haben. Dann darf ich mich bei Ihnen allen, die Sie uns zur Verfügung standen, herzlich bedanken. Wir würden jetzt intern weitertagen und ich darf Ihnen allen noch einen wunderschönen und ertragreichen Tag wünschen. Danke schön!

Schluss der Anhörung: 11:20 Uhr

Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

Im Rahmen des Prüfverfahrens zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 der Verfo wurden von vier stellungnahmeberechtigten Organisationen die folgenden Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose vorgeschlagen:

1. Lindera,
2. Vivira.

Der G-BA hat zu den eingegangenen Vorschlägen die jeweiligen Hersteller der digitalen medizinischen Anwendung gebeten, die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Verfo genannten Kriterien unter anderem mithilfe eines Fragenkatalogs darzulegen.

Die zu den einzelnen Anwendungen übermittelten Fragenkataloge sind im Folgenden dokumentiert.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	29.07.2024
Rückmeldung von:	Dachverband Osteologie (DVO)
Name der DimA	Vivira
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Geeignete Indikation ist der unspezifische Rückenschmerz und die Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose) Beides liegt bei Osteoporose Betroffenen in der Mehrzahl vor Die Kontraindikationen für die Anwendung der DimA beinhaltet nicht die Diagnose Osteoporose. Empfehlung der Klasse A und Evidenzgrad I der Leitlinie: Supervidierte Übungsprogramme mit oder ohne Patientenedukation sollten Patientinnen und Patienten mit Osteoporose angeboten werden (S. 301). Körperliche Aktivität gehört zur Basistherapie gemäß der DVO-Leitlinie Osteoporose. Bei Knochendichteminderung soll die DIGA nur nach Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt angewendet werden, dies ist im DMP sichergestellt.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Im Rahmen der Bewegungstherapie adressiert ViViRA durch regelmäßige Eigenübungen gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Dies entspricht den Leitlinienempfehlungen der S3 Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Osteoporose“. Die ViViRA-Übungen wurden nach einem funktionellen Trainingsansatz ausgewählt. Sie wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten. Das ViViRA Training verfolgt damit einen ganzheitlichen Therapieansatz, um die

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Stärkung des Körpers in seiner gesamten Bewegungsfähigkeit zu unterstützen. 4 Übungen täglich für ca. 15 min Schritt-für-Schritt Anleitung
Mindestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Ziel ist neben der Schmerzreduktion bei unspezifischen Rückenschmerzen, eine verbesserte Funktionalität. Täglich personalisierte bewegungstherapeutische Übungen werden durch Video, Ton und Text angeleitet und anhand von Patientenfeedback zu Schmerz und Funktion durch einen medizinischen Progressionsalgorithmus individuell und kontinuierlich angepasst. Es liegen Daten zur Verbesserung von Rückenschmerz, Kraft, Beweglichkeit und Koordination innerhalb von 4 Wochen vor.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n): Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K. The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2022 Oct 28;24(10):e41899. doi: 10.2196/41899. Erratum in: J Med Internet Res. 2023 Feb 20;25:e46512. doi: 10.2196/46512. PMID: 36215327; PMCID: PMC9652727. Teepe GW, Kowatsch T, Hans FP, Benning L. Postmarketing Follow-Up of a Digital Home Exercise Program for Back, Hip, and Knee Pain: Retrospective Observational Study With a Time-Series and Matched-Pair Analysis. J Med Internet Res 2023;25:e43775. doi: 10.2196/43775 <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Falls ja – Risikoklasse: 1 <input type="checkbox"/> Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> XNein <input checked="" type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	https://www.diga-verzeichnis.de/diga/vivira

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	23.07.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Osteologie
Name der DimA	Vivira
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Geeignete Indikation ist der unspezifische Rückenschmerz und die Arthrose der Wirbelsäule Beides liegt bei Osteoporose Betroffenen in der Mehrzahl vor Die Kontraindikationen für die Anwendung der DimA beinhaltet nicht die Diagnose Osteoporose, eine Knochendichteminderung ist zudem aus osteologischer Sicht keine Kontraindikation für Physiotherapie, sondern ein Grund, diese zu beginnen Die DimA Vivira ist eine durch das BfArM endgültig ins DiGA-Verzeichnis aufgenommene digitale Anwendung zur Behandlung von Rückenschmerzen bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Im Rahmen der Bewegungstherapie adressiert ViViRA durch regelmäßige Eigenübungen gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Dies ist im Rahmen der Osteoporosetherapie nach Leitlinienempfehlungen der S3 Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Osteoporose (AWMF Register 183-001) Ziel. Die ViViRA-Übungen wurden nach einem funktionellen Trainingsansatz ausgewählt. Sie wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten. Das ViViRA Training verfolgt damit einen ganzheitlichen Therapieansatz, um die

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Stärkung des Körpers in seiner gesamten Bewegungsfähigkeit zu unterstützen. 4 Übungen täglich für ca. 15 min Schritt-für-Schritt Anleitung
Mindestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Ziel ist neben der Schmerzreduktion bei unspezifischen Rückenschmerzen, eine verbesserte Funktionalität. Täglich personalisierte bewegungstherapeutische Übungen werden durch Video, Ton und Text angeleitet und anhand von Patientenfeedback zu Schmerz und Funktion durch einen medizinischen Progressionsalgorithmus individuell und kontinuierlich angepasst. Es liegen Daten zur Verbesserung von Rückenschmerz, Kraft, Beweglichkeit und Koordination innerhalb von 4 Wochen vor.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n): _ Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K. The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2022 Oct 28;24(10):e41899. doi: 10.2196/41899. Erratum in: J Med Internet Res. 2023 Feb 20;25:e46512. doi: 10.2196/46512. PMID: 36215327; PMCID: PMC9652727. Und Teepe GW, Kowatsch T, Hans FP, Benning L Postmarketing Follow-Up of a Digital Home Exercise Program for Back, Hip, and Knee Pain: Retrospective Observational Study With a Time-Series and Matched-Pair Analysis J Med Internet Res 2023;25:e43775 doi: 10.2196/43775 <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<input checked="" type="checkbox"/> X Ja

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Falls ja – Risikoklasse: 1 <input type="checkbox"/> Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<input checked="" type="checkbox"/> X Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> XNein <input type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	https://www.diga-verzeichnis.de/diga/vivira

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinerrechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	07.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Name der DimA	VivIRA
Name und Anschrift des Herstellers	Vivira Health Lab GmbH c/o Mindspace, Krausenstraße 9-10, 10117 Berlin
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Anwender mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sowie Arthrose der Wirbelsäule Ausschlusskriterien/Gegenanzeigen: Akute Entzündungen oder Fieber, Bandscheibenvorfall oder sensomotorische Störungen, neurologische Behandlung, frühere Wirbelsäulenoperationen, frühere Hüft- oder Knieoperationen, Verletzungen der Wirbelsäule, Rückenmark, Knie- oder Hüftgelenk, Wirbelsäulen- oder Gelenkinfektion, freie Gelenkkörper, fortgeschrittene Herzerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, verminderte Knochendichte, Gangunsicherheiten oder gehäufte Sturzereignisse, Blutungsneigung oder Vorgeschichte mit verstärkten Blutungen, Schwangerschaft, Lungenversagen, Thrombose, Psychose, Störung der Hautempfindlichkeit, große Hautdefekte oder schwere Verbrennungen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten)	Die App bietet personalisierte und therapeutischen Trainingsinhalte, die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer anpassen, Möglichkeiten zur Beobachtung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf, Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
(z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	
Mindestdauer der Nutzung	Anwendungsdauer pro Verordnung 90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Die Übungen wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten.
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	<p>X Ja, Quelle(n): Weise H et al. The effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and degenerative Back Pain: Pragmatic open-label randomized controlled trail. J Med Internet Res. 2022; 24(10):e41899</p> <p>Teepe GW et al. Postmarketing Follow-up of a digital home exercise program for back, hip and knee pain: Retrospective observational study with a time-series and matched-pair analysis. J Med Internet Res. 2023; 25:e43775_____</p> <p>— _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<p>X Ja</p> <p>Falls ja – Risikoklasse: 1</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<p>X Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Quellenverzeichnis	s.o. Verzeichnis DiGA, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.diga-bfarm.de)

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	09.08.2024
Rückmeldung von:	BITKOM e.V
Name der DimA	LINDERA Mobilitätsanalyse
Name und Anschrift des Herstellers	LINDERA GmbH Kottbusser Damm 79 10967 Berlin, Deutschland
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Die Zielgruppe sind Senioren*innen jeden Geschlechts im Alter von 60 Jahren oder älter und/oder einem potenziellem Sturzrisiko und/oder eingeschränkte Mobilität. Die Senioren:innen müssen in der Lage sein, von einem Stuhl aufzustehen, 3 Meter vorwärtszugehen, sich umzudrehen, zum Stuhl zurückzukehren und sich zu setzen, entweder allein oder unterstützt durch Gehhilfen oder eine dritte Person.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	1. S3-Leitlinie zur Osteoporose Gemäß der S3-Leitlinie zur Osteoporose sollten allgemeine Maßnahmen zur Prophylaxe von Frakturen, die durch Stürze entstehen, umgesetzt werden. Zur Einhaltung der Leitlinie sind eine systematische Erfassung des Sturzrisikos sowie effektive Sturzprophylaxe unerlässlich. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bietet hierbei eine innovative Unterstützung. 2. Intervention mit LINDERA Mobilitätsanalyse Unsere Intervention besteht aus der Anwendung der LINDERA Mobilitätsanalyse, die auf den aktuellen

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Sturzprophylaxe basiert und einheitlich multifaktorielle Ansätze fordert.

Der Ansatz der LINDERA Mobilitätsanalyse umfasst zwei zentrale Dimensionen: ein standardisiertes Sturzassessment und gezielte Sturzrisikoprävention. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bewertet Sturzrisiken umfassend und bietet individuelle Empfehlungen zur Risikominderung, um Komplikationen durch Stürze bei Osteoporose zu reduzieren.

a. Sturzassessment mit der LINDERA Mobilitätsanalyse

Die LINDERA Mobilitätsanalyse bewertet das Sturzrisiko mithilfe einer KI-gestützten Analyse eines Gangvideos, basierend auf dem *Timed Up-and-Go-Test* und ergänzt durch digitale Fragebögen. Nutzen Senioren*innen im Alltag eine Gehhilfe wie einen Rollator, können sie diese auch während der Videoaufnahme verwenden. Ziel ist es, das natürliche Gehverhalten der Senioren*innen zu beobachten.

Anschließend wird ein individuelles Sturzrisikoprofil erstellt, das den Sturzgrad, eine Zusammenfassung der wichtigsten Sturzrisikofaktoren sowie die ermittelten Gangparameter (z.B. Schritthöhe, Schrittlänge, Schrittgeschwindigkeit, Symmetrie des Gangs) umfasst.

Der Sturzgrad der LINDERA Mobilitätsanalyse ist gegenüber klassischen Sturzassessments wie dem *Timed Up-and-Go-Test* (Sturz et al., 2022) validiert und zeigt eine hohe diagnostische Genauigkeit bei der Unterscheidung zwischen Sturzgefährdeten und Nicht-Sturzgefährdeten (Rabe et al., 2020).

b. Maßnahmenempfehlungen mit der LINDERA Mobilitätsanalyse

Zusätzlich erhalten die Senioren*innen Maßnahmenempfehlungen, die relevant für die Minimierung der Sturzrisiken sind und damit zur Erhaltung und Verbesserung der Knochengesundheit beitragen.

Jede Empfehlung in der LINDERA-Datenbank basiert auf Fachliteratur und ist auf spezifische Bedingungen zugeschnitten, um personalisierte und zielgerichtete Interventionsstrategien zu gewährleisten. Die Inhalte wurden in allgemeinverständlicher Sprache formuliert, um

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	wichtige Präventionsinformationen einer breiten Nutzerbasis zugänglich zu machen und deren Umsetzung im Alltag zu erleichtern.
Mindestdauer der Nutzung	Im Kontext des DMP-Osteoporose und in Übereinstimmung mit seinen Anforderungen könnte die LINDERA Mobilitätsanalyse als integraler Bestandteil des initialen Sturzassessments zur Ermittlung des Sturzrisikos, beispielsweise im Rahmen des geriatrischen Basisassessments, eingesetzt werden. Anschließend sollte die LINDERA Mobilitätsanalyse-App regelmäßig verwendet werden. Sie ermöglicht eine objektive Vergleichbarkeit von Behandlungserfolgen durch kontinuierliche Beobachtung des Sturzgrads, der Sturzrisikofaktoren und der Gangparameter. So können der Entwicklungsverlauf überwacht und ein möglicher Nachsteuerungsbedarf ermittelt werden.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	<p>Die LINDERA Mobilitätsanalyse wurde entwickelt, um mit Hilfe einer auf künstlicher Intelligenz basierenden Analyse einer Videoaufnahme des Ganges der Senioren*innen und eines digitalen Fragebogens Sturzrisikofaktoren zu identifizieren und zu monitoren.</p> <p>Die Zielsetzung besteht in der Reduktion der identifizierten Risikofaktoren durch die Ausgabe evidenzbasierter Empfehlungen zur Sturzprävention, was besonders relevant bei Osteoporose ist. Die medizinische Zweckbestimmung ist es, durch gezielte Interventionen die Sturzgefahr zu minimieren und die Knochengesundheit zu fördern.</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
<p>Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja, Quelle(n):</p> <p>Rabe, S., Azhand, A., Pommer, W., Müller, S., & Steinert, A. (2020). Descriptive Evaluation and Accuracy of a Mobile App to Assess Fall Risk in Seniors: Retrospective Case-Control Study. <i>JMIR aging</i>, 3(1), e16131. https://doi.org/10.2196/16131</p> <p>Strutz, N., Brodowski, H., Kiselev, J., Heimann-Steinert, A., & Müller-Werdan, U. (2022). App-Based Evaluation of Older People's Fall Risk Using the mHealth App Linder Mobility Analysis: Exploratory Study. <i>JMIR aging</i>, 5(3), e36872. https://doi.org/10.2196/36872</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Anmerkungen</u></p> <p>Anbei folgen zwei Abstracts. Das erste betrifft eine Real-World-Data-Studie, die derzeit im Peer-Review-Journal <i>JMIR Aging</i> eingereicht ist. Das zweite bezieht sich auf die Ergebnisse einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie in der stationären Versorgung, die aktuell für eine Veröffentlichung eingereicht wird.</p>
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls ja – Risikoklasse: Klasse I (MDD), in Übergang zu Klasse IIa (MDR)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p>

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose

1. Lindera Mobilitätsanalyse
2. Vivira

„LINDERA Mobilitätsanalyse“

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung „LINDERA Mobilitätsanalyse“ sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung der für diese digitale medizinische Anwendung vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO bewertet der G-BA „LINDERA Mobilitätsanalyse“ nicht als geeignet, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Auf Grundlage der vorliegenden Informationen schlussfolgert der G-BA, dass „LINDERA Mobilitätsanalyse“ vorrangig im Pflegekontext angewendet wird. Insbesondere die vorliegende „Gebrauchsanweisung für die *ambulante Pflege*“ sieht vor, dass die digitale medizinische Anwendung besonders für pflegebedürftige Personen mit einem Pflegegrad geeignet sei (Grad 2 oder 3) [1]. Gemäß der Zweckbestimmung richtet sich „LINDERA Mobilitätsanalyse“ an Personen ab 60 Jahren, die ein erhöhtes Sturzrisiko oder eine eingeschränkte Mobilität aufweisen. Gleichzeitig werden als Zielgruppe neben „Senior:innen“ gleichrangig auch „Pflegerische Angehörige“ und „Pflegekräfte in der ambulanten Pflege“ benannt. In der Gebrauchsanweisung wird beschrieben, dass „LINDERA Mobilitätsanalyse“ von „medizinischem Fachpersonal, wie Pflegekräften, Physiotherapeut:innen oder Ärzt:innen, sowie von pflegenden Angehörigen angewendet werden kann, um präventive Maßnahmen zur Sturzvermeidung im ambulatorischen Umfeld zu unterstützen“ [1]. Insbesondere die obligatorisch durchzuführende „Mobilitätsanalyse“ als Kernfunktion der Anwendung muss mit Unterstützung einer weiteren Person durchgeführt werden. Auch die von der Anwendung basierend auf den Sturzrisikofaktoren generierten Empfehlungen (z.B. „Ärztliche Überprüfung Symptomatik der Füße“, „Kognitiv aktivierende Angebote“) richten sich im Schwerpunkt an medizinisches Fachpersonal im Bereich Pflege und Geriatrie. Insofern ist davon auszugehen, dass es sich bei „LINDERA Mobilitätsanalyse“ um ein Analysetool handelt, das primär der pflegerischen bzw. ärztlichen Therapiesteuerung zur Minimierung und Kontrolle von Sturzrisiken dient. Im Ergebnis eines umfassenden Prüfprozesses kommt der G-BA zu dem Schluss, dass die Anforderungen gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO *„Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung ist eindeutig definiert und relevant für die Indikation des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms“* und *„Der primäre Anwender ist der Patient selbst“* für „LINDERA Mobilitätsanalyse“ als nicht erfüllt anzusehen sind. Vor diesem Hintergrund kann für „LINDERA Mobilitätsanalyse“ keine Eignung für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose festgestellt werden.

„Vivira“

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung „Vivira“ sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung der für diese digitale medizinische Anwendung vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO bewertet der G-BA „Vivira“ nicht als geeignet, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm Osteoporose empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. Es liegen folgende Aussagen des Herstellers vor:

„Wird die DiGA ViViRA hingegen mit dem primären Ziel der Behandlung einer Osteoporose eingesetzt, ist diese Anwendung nicht indikationsgerecht und überschreitet die medizinische Zweckbestimmung des Medizinprodukts ViViRA und der DiGA ViViRA gleichermaßen.“ „Vor diesem Hintergrund können wir die DiGA ViViRA aktuell nicht für die Anwendung im DMP Osteoporose empfehlen.“

Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung „Vivira“ ist somit nicht relevant für die Indikation des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose und damit nicht geeignet für das strukturierte Behandlungsprogramm Osteoporose.

Literaturverzeichnis zur Anlage 6 der Tragenden Gründe

1. Linder. LINDERA Mobilitätsanalyse: Gebrauchsanweisung für die ambulante Pflege; App Version 10.31.0 [online]. Berlin (GER): Linder; 2024. [Zugriff: 07.03.2025]. URL: <https://linder.de/hubfs/Gebrauchsanweisung-linder-app/241125-gebrauchsanweisung-linder-mobilitaetsanalyse-ambulant-de.pdf?hsLang=de-de>.