

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer,
Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/5317 –**

Gegenwart der Osteoporoseversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Osteoporose ist eine chronisch verlaufende Skeletterkrankung, die bei den Patienten eine rapide Verschlechterung des Knochengewebes auslöst. Während die Knochenmasse auch bei gesunden Menschen spätestens ab dem 40. Lebensjahr stetig abnimmt, verläuft dieser Prozess bei Osteoporose-Patienten deutlich schneller. Die Folge sind eine erhöhte Knochenbrüchigkeit und ein gesteigertes Frakturrisiko. Über chronische Schmerzen, Depressionen und soziale Vereinsamung aufgrund von Immobilität können osteoporotische Frakturen zu einer erhöhten Sterblichkeit führen. In Deutschland leiden laut Schätzungen des Dachverbands Osteologie e. V. (DVO) und des Bundesselbsthilfeverbands für Osteoporose e. V. (BfO) mindestens sechs Millionen Menschen an der Volkskrankheit Osteoporose, von denen wiederum geschätzt weniger als ein Viertel frühzeitig diagnostiziert und adäquat behandelt werden. Laut BfO erkrankt jede dritte Frau unmittelbar nach den Wechseljahren, ab dem 70. Lebensjahr ist sogar jede zweite Frau betroffen. Obschon Osteoporose Volkskrankheit ist und die Zahl der Betroffenen im Zuge des demografischen Wandels stetig steigt, wird bisher nur wenig dafür getan, die Versorgung von Osteoporose-Patienten nachhaltig zu verbessern. Dies gilt sowohl für die Diagnose als auch die Therapie. Selbst nach einschlägigen Knochenbrüchen und entsprechender operativer Behandlung werden Patienten oft ohne die Verdachtsdiagnose Osteoporose aus dem Krankenhaus entlassen. In der anschließenden ambulanten Behandlung kann ein entsprechender Verdacht daher regelmäßig nicht abgeklärt werden, sodass eine Therapie in der Folge unterbleibt, die Krankheit voranschreitet und es zu weiteren Knochenbrüchen kommt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Entstehung von Osteoporose beruht auf einer Verminderung der Knochenmasse, bedingt durch ein Missverhältnis von Knochenaufbau und Knochenabbau. Die Folgen sind verminderte Knochenfestigkeit und ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche. Am häufigsten treten Wirbel-, Hüft- und Handgelenksbrüche auf. Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) auf Grundlage von Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener“ (DEGS1) wurde in Deutschland

bei circa 2,3 Millionen Menschen – 1,9 Millionen Frauen und 440 000 Männer – in der Altersgruppe 50 bis 79 Jahre eine Osteoporose jemals diagnostiziert. Neben den Faktoren Lebensalter, weibliches Geschlecht und familiäre Veranlagung tragen verhaltensbasierte und damit beeinflussbare Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Fehlernährung, Grunderkrankungen (z. B. endokrinologische Erkrankungen) und Arzneimitteltherapien (z. B. mit Glukokortikoiden) zur Entstehung einer Osteoporose bei. Die medizinische Ausgestaltung der Osteoporosebehandlung ist vorrangig Aufgabe der Fachwelt bzw. der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Daher richtet sich die Behandlung der Osteoporose maßgeblich nach den bisher von den einschlägigen Fachverbänden entwickelten Leitlinien. Zuletzt hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) im Dezember 2017 die S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. zur „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern“ veröffentlicht. Es handelt sich hierbei um eine Leitlinie der höchsten Evidenzstufe, die auf der Grundlage des derzeitigen Standes der internationalen Wissenschaft entwickelt wurde. Die S3-Leitlinie enthält u. a. konsentierete Empfehlungen zur Osteoporose- und Frakturprophylaxe, Basisdiagnostik und Therapie. Hierdurch soll die Entscheidungssicherheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden. Wichtigste Anwenderzielgruppe der Leitlinie sind diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich als Primärversorgerinnen und Primärversorger oder Spezialistinnen und Spezialisten klinisch mit Fragestellungen der Osteoporose befassen.

1. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2014 bis 2017 der Anteil der Frauen ab 50 Jahren und Männer ab 60 Jahren, bei denen eine Knochendichtemessung zur Osteoporose-Untersuchung durchgeführt wurde?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

2. Wie viele Frakturen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2014 bis 2017 im Zusammenhang mit einer Osteoporose-Diagnose aufgetreten (bitte nach Jahren und ICD-10-Codes auflisten)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

3. Wie viele Schenkelhalsfrakturen werden nach Kenntnis der Bundesregierung im Zusammenhang mit einer Osteoporose-Diagnose jährlich behandelt, und wie hoch ist der Anteil osteoporosebedingter Schenkelhalsfrakturen an der Gesamtzahl der hüftgelenknahen Frakturen in Deutschland in den Jahren 2014 bis 2017?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

4. Wie hoch waren nach Kenntnis der Bundesregierung die jährlichen direkten Behandlungskosten in den Jahren 2014 bis 2017, die für die Behandlung osteoporosebedingter Knochenbrüche anfallen?

Der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes sind keine Angaben zu Frakturursachen zu entnehmen. Hinzu kommt, dass – abgesehen von der hüftgelenknahen Femurfraktur – mit der Untererfassung von Fällen gerechnet werden muss. So werden Unterarm- und Oberarmfrakturen nicht immer stationär behandelt und Wirbelkörperfrakturen häufig nicht diagnostiziert (Cummings SR,

Melton LJ (2002). Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 359 (9 319): 1 761–1 767).

In Bezug auf hüftgelenksnahe Femurfrakturen liegen Daten aus der Krankheitskostenrechnung 2015 vor. Angaben zu den Kosten stehen darüber hinaus für alle Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (ICD-10 S70-S79) zur Verfügung. Die Kosten für alle Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (ICD-10 S70-S79) beliefen sich danach im Jahr 2015 auf insgesamt rund 3 000 Mio. Euro. Davon entfielen rund 2 100 Mio. Euro auf Frauen, rund 900 Mio. Euro auf Männer.

Bei Aufschlüsselung nach Alter können Kosten osteoporosebedingter Schenkelhalsfrakturen indirekt abgeleitet werden, da Frakturen, die ab 70. bis 75. Lebensjahr auftreten, fast immer auch mit einer Osteoporose einhergehen. In der Krankheitskostenrechnung sind Kosten für die Altersgruppe ab 65 Jahren zu finden. Diese betragen im Jahr 2015 insgesamt rund 2 600 Mio. Euro. Davon entfielen rund 1 900 Mio. Euro auf Frauen und rund 700 Mio. Euro auf Männer.

5. Wie hoch waren nach Kenntnis der Bundesregierung die jährlichen direkten Behandlungskosten in den Jahren 2014 bis 2017 für medikamentöse Therapien zur Behandlung osteoporosebedingter Knochenbrüche?

Der Arzneiverordnungs-Report (Schwabe, U.; Paffrath, D.; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.: Arzneiverordnungs-Report. Springer Verlag, Berlin; verschiedene Jahrgänge) weist folgende Nettokosten für Osteoporosemittel in der gesetzlichen Krankenversicherung aus:

Jahr	Betrag in Mio. €
2014	341
2015	335
2016	332
2017	344

6. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Patienten mit Osteoporose, die infolge einer mit ihrer Erkrankung in Verbindung stehenden Fraktur zum Pflegefall werden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

7. Wie hoch waren nach Kenntnis der Bundesregierung die jährlichen indirekten Krankheitskosten in den Jahren 2014 bis 2017 (Arbeits- bzw. Produktivitätsausfälle, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Pflegekosten), die durch osteoporosebedingte Knochenbrüche anfallen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

8. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Patienten in den Jahren 2014 bis 2017 (Frauen ab 50 Jahren und Männer ab 60 Jahren) ohne diagnostizierte Osteoporose, bei denen im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder im Rahmen eines Knochenbruchs eine Osteoporose-Untersuchung (Knochendichtemessung) durchgeführt wurde?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

9. Wie viel Prozent der diagnostizierten Osteoporose-Patienten erhielten nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2014 bis 2017 eine medikamentöse oder nichtmedikamentöse Therapie, um die negativen Krankheitsfolgen zu behandeln?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

10. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung das Verhältnis zwischen der Anzahl an Frakturoperationen und der Anzahl an Osteoporose-Diagnosen im europäischen Vergleich (bitte nach Ländern aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Welche Entwicklung der Osteoporose-Prävalenz in Deutschland erwartet die Bundesregierung angesichts des demographischen Wandels bis zum Jahr 2025?

Durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung ist eine Zunahme der Osteoporose-Prävalenz zu erwarten. Parallel wurde allerdings eine Stagnation der Schenkelhalsfrakturrate nach langer Zeit der Zunahme beobachtet. Durch verbesserte Prävention (körperliche Aktivität, Nichtrauchen) könnte daher möglicherweise eine Abnahme oder Stagnieren der altersspezifischen Neuerkrankungsraten erfolgen.

12. Wie schätzt die Bundesregierung das Potential ein, die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen durch die Vermeidung von osteoporosebedingten Frakturen künftig zu senken?

Im Hinblick auf das Ziel der Vermeidung von osteoporosebedingten Frakturen wird auf die bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern“ verwiesen, in der auch Empfehlungen zur Osteoporose- und Frakturprophylaxe enthalten sind. Unter anderem wird bei erhöhtem Osteoporose- und Frakturrisiko, sowie prinzipieller Bereitschaft zur Therapie eine Knochendichtemessung mittels Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA) als Teil der Basisdiagnostik empfohlen. Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung ist die Knochendichtemessung (mittels einer zentralen DXA) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, beispielsweise bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht, Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie im Gesundheitsbericht für Deutschland 2015 und im RKI-Buchbeitrag „Epidemiologie der Osteoporose“ dargestellt, hat die Vermeidung osteoporosebedingter Frakturen viel mit Förderung von Gesundheit und Primärprävention im Lebensverlauf zu tun („Healthy Aging“). Wichtige Risikofaktoren für Osteoporose, aber auch erhöhte Sturzneigung sind körperliche Inaktivität, Rauchen, schädlicher Alkoholkonsum, da sie z. T. direkt Knochenabbau und Erhöhung des Sturzrisikos fördern, z. T. auch indirekt über Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Lungenerkrankungen (insbesondere COPD).

Im Bereich der Sekundärprävention sind eine systematische Erfassung von Frakturursachen (Osteoporose, Sturzneigung) und der zugrunde liegenden Ursachen wichtig.

Grundsätzlich stellt ausreichende Bewegung einen wichtigen Faktor zur Gesunderhaltung dar. Dieses Potenzial wird in den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung ausführlich auf Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen dargestellt (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html).

Im Kontext Osteoporose kommen der körperlichen Bewegung und der Vermeidung von Stürzen eine herausgehobene Rolle zu. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat zusammen mit der Bundesinitiative Sturzprävention ein zweiteiliges Broschüren-Set „Gleichgewicht und Kraft“ herausgegeben. In der ersten Broschüre „Einführung in die Sturzprävention“ gibt das Kapitel „Gesunde Knochen und Osteoporose“ einen Überblick über geeignete Maßnahmen der Prävention. Ein Sturzpräventionsprogramm mit konkreten Übungsanleitungen ist Gegenstand der zweiten Broschüre „Das Übungsprogramm – Fit und beweglich im Alter“.

Im Rahmen des PKV-gesponserten Programms „Älter werden in Balance“ fördert die BZgA zwei Programme zur Bewegungsförderung:

Das „Lübecker Modell – Bewegungswelten“ wendet sich an ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen. Durch die aktive Teilnahme an den Übungseinheiten sollen Mobilität, Koordination, Kraft, Kognition und Lebensqualität der Teilnehmenden positiv beeinflusst werden. Das Programm soll im Alltagsbetrieb der Pflegeeinrichtungen nachhaltig weitergeführt werden.

Das AlltagsTrainingsProgramm (ATP) richtet sich an ältere Menschen in der Kommune. Ziel ist es, mehr Bewegung in den Alltag zu bringen und dabei alltägliche Situationen und Alltagsgegenstände als Trainingsmöglichkeit zu verstehen. Erlern werden beispielsweise die bewusste Anwendung von Gehvarianten zur Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit und der Einsatz von Alltagsgegenständen zur Kräftigung der Muskeln.

Zur Aufklärung, Reduzierung oder Vermeidung von Erkrankungen durch Osteoporose unter Frauen und Männern weist die BZgA gesondert auf ihren Gesundheitsportalen www.frauengesundheitsportal.de und www.maennergesundheitsportal.de hin. Sie enthalten Informationen zur Entstehung und Verbreitung von Osteoporose, Beschwerdebilder und mögliche Behandlungsangebote. Diese sollen zur Früherkennung und Prävention von osteoporosebedingten Erkrankungen und Frakturen in der Bevölkerung beitragen, die auch zu einer Reduzierung der Gesamtkosten beitragen können. Bei den Informationsangeboten wird auf geschlechtsspezifische Unterschiede, die Bedeutung von unterstützenden Faktoren in der Ernährung, von Sport und Bewegung sowie der Sturzprophylaxe hingewiesen.

13. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um eine bessere Versorgung von Osteoporose-Patienten zu ermöglichen und damit die Häufigkeit von Fragilitätsfrakturen zu verringern?

Die bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. zur „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern“, wird nach Auffassung der Bundesregierung dazu beitragen, dass sich die Versorgung von Osteoporose-Patienten weiter verbessern wird.

Zudem kann die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zur Verbesserung der Versorgung auch von Osteoporose-Patientinnen und -Patienten beitragen:

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde dem G-BA die Aufgabe übertragen, in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten festzulegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen verbessern. Im Februar 2014 hatte der G-BA dazu aufgerufen, Vorschläge für weitere geeignete chronische Krankheiten zur Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP) einzureichen. Nach Auswertung der zahlreich hierzu eingegangenen Vorschläge hat der G-BA in seiner Sitzung am 21. August 2014 beschlossen, die Beratungen über Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für folgende chronische Krankheiten aufzunehmen: Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz. Der G-BA hatte daraufhin das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der systematischen Leitlinienrecherche für ein DMP Osteoporose beauftragt. Die – auf der Grundlage der inzwischen vorliegenden IQWiG-Berichte – erfolgenden Beratungen zum DMP Osteoporose dauern im G-BA noch an. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

