

## **Indikationen für Knochendichtemessung als Kassenleistung erweitert**

Die Grundlagen für die Erweiterung des Leistungskataloges wurden durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 21. Februar 2013 gelegt, der sich seinerseits auf den Abschlussbericht „Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 11. 10. 2010 stützte. Man könnte hier ein Beispiel für bürokratische Entscheidungsverschleppung vermuten, wenn die wissenschaftlichen Grundlagen für die Entscheidung unstrittig gewesen wären.

Das IQWiG hatte jedoch keine vergleichenden Auswertungen der Auswirkungen von Behandlungsstrategien gefunden, die der Entscheidung für eine spezifische Therapie der Osteoporose bei Personen ohne vorbestehende Frakturen eine Knochendichtemessung vorschaltet oder aber ohne Knochendichtemessung zu Therapieentscheidungen kommt, zum Beispiel anhand des Frakturrisiko-Scores der WHO „FRAX-BMI“.

Da die Osteoporose als abnorme Knochenbrüchigkeit definiert ist, kann die Diagnose nicht alleine auf den Messwert der Knochendichte gestützt werden. Vielmehr gehört dazu die Komponente der strukturellen Knochenqualität oder Bruchfestigkeit, die derzeit messtechnisch nicht erfassbar ist, deren wahrscheinliche Einflussfaktoren jedoch in die gängigen Risikoscores oder Kalkulatoren einbezogen sind.

Wenn die Anwendung eines Risiko-Scores bereits ohne Knochendichtemessung eine spezifische Therapie ratsam erscheinen lässt, z. B. nach typischen osteoporotischen Frakturen, trägt eine derartige Untersuchung wenig zur Optimierung der Therapieentscheidung bei. Entsprechendes gilt, wenn der Score ein sehr niedriges Risiko einer relevanten Fraktur und eine geringe Wahrscheinlichkeit einer stark verminderten Knochendichte anzeigt, so dass eine spezifische medikamentöse Therapie ohnehin nicht ansteht.

Ein wichtiges Thema in den Diskussionen über den Sinn der Knochendichtemessungen war die Verlaufskontrolle unter Therapie. Die Wichtigkeit dieser Frage ergibt sich unter anderem aus der Erkenntnis der letzten Jahre, dass sich zusätzlich zu den bekannten ösophagealen Risiken der Bisphosphonate weitere Nebenwirkungen besonders nach einer länger als 3 bis 5 Jahre durchgeführten Behandlung zeigen, z. B. Osteonekrosen des Kiefers oder atypische Oberschenkelfrakturen. Somit soll das Frakturrisiko zu diesem Zeitpunkt neu beurteilt werden, um die Vor- und Nachteile einer Fortführung der Therapie abzuwägen. Zu dem Stellenwert der Knochendichtemessung in dieser Situation wurden jedoch keine wissenschaftlichen Daten gefunden. Insbesondere ist der Zusammenhang zwischen der Auswirkung der Therapie auf die Entwicklung der individuellen Knochendichte einerseits und der Reduktion des Frakturrisikos andererseits weitgehend ungeklärt.

Dennoch hat der GBA ein derartiges Therapiemonitoring (ebenso wie eine Befundkontrolle ohne Therapie) nach Ablauf von 5 Jahren in seinem Beschluss ermöglicht, sofern vom Ergebnis eine Therapieentscheidung abhängig gemacht wird. Der zeitliche Abstand zur Voruntersuchung ist so gewählt, dass unter Berücksichtigung des Messfehlers der DXA und der natürlichen Veränderungsrate der Knochendichte therapeutisch relevante Veränderungen zu erfassen wären. Für eine frühere Kontrolluntersuchung gibt es eine Ausnahmeregelung („aufgrund besonderer

therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde ...geboten“). Nach den Tragenden Gründen der Entscheidung war dabei an Befunde gedacht, „die nachweislich mit einer stark negativen Wirkung auf die Knochendichte verbunden sind.“

Vielfach wird eine breitere Verordnung von spezifischen Osteoporosemedikamenten eingefordert. In Deutschland würden nur ca. 20 Prozent der Hochrisikopatienten medikamentös behandelt (Arch Osteoporos 2013, 8, 137). Andererseits ist unabhängig von den Therapiequoten weltweit ein Trend zur Abnahme der alters- und geschlechts-standardisierten Raten typischer osteoporotischer Frakturen zu beobachten (Curr Opin Rheumatol 2014, online, PMID: 24807402 – im Zusammenhang mit der gestiegenen Lebenserwartung kommt es dennoch insgesamt zu einer Zunahme der osteoporotischen Frakturen). Die Ursachen sind ungeklärt. Allgemeine Vorkehrungen zur Sturzprävention könnten eine Rolle spielen. Die Situation in Deutschland ist noch von dem Trend zur Angleichung der niedrigeren Frakturnraten in den neuen Bundesländern an das westliche Niveau geprägt. Seit einigen Jahren resultiert daraus jedoch kein globaler Anstieg (Arch Osteoporos 2013, 8, 140). Angesichts dieser Trends ist mit einer Überschätzung der Frakturrisiken durch die Anwendung von Risiko-Scores auf der Basis älterer Daten zu rechnen.

Der gesundheitsökonomischen Bedeutung der Osteoporose werden am ehesten allgemeine präventive Ansätze gerecht, die eine Förderung der körperlichen Fitness und eine der Knochengesundheit zugutekommende Ernährung in allen Altersgruppen beinhalten. Der marginale Nutzen der derzeit verfügbaren spezifischen Osteoporose-Medikamente lässt ihren zurückhaltenden Einsatz in der Primärprävention (Patienten ohne Fraktur) angesichts der potentiellen Nebenwirkungen verständlich erscheinen. Der erweiterte Zugang zur speziellen Diagnostik ist zu begrüßen. Er entlastet PatientInnen von der Bezahlung einer für die therapeutische Entscheidung relevanten IGeLeistung. Die zu erwartenden Auswirkungen auf die patientenrelevanten Endpunkte der osteoporotischen Frakturen und der daraus folgenden Einschränkungen der selbstbestimmten Lebensführung sind jedoch begrenzt.

Dr. Rainer Burkhardt  
Facharzt für Innere Medizin  
Beratender Arzt  
Bezirksstelle Oldenburg der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Weitere Informationen:

Richtlinientext: „**Anlage I: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden .... 7. Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie)**

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.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist.“

Link zu den Tragenden Gründen des GBA: [www.g-ba.de/downloads/40-268-2199/2013-02-21\\_MVV-RL\\_Osteodensitometrie\\_TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2199/2013-02-21_MVV-RL_Osteodensitometrie_TrG.pdf)

Link zum Bericht des IQWiG: [www.iqwig.de/download/D07-01\\_Abschlussbericht\\_Osteodensitometrie\\_bei\\_primaerer\\_und\\_sekundaerer\\_Osteoporose.pdf](http://www.iqwig.de/download/D07-01_Abschlussbericht_Osteodensitometrie_bei_primaerer_und_sekundaerer_Osteoporose.pdf)

Link zum FRAX-Risikorechner (Deutschland): [www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=14](http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=14)

Link zum Leitlinienentwurf 2014 des Dachverbandes der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Gesellschaften e. V. (DVO): [http://www.dv-osteologie.org/dvo\\_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014](http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014)

Siehe auch Fortbildungsartikel zum Thema im Niedersächsischen Ärzteblatt unter: [www.kvn.de/Praxis/Fortbildung/CME-Fortbildung/](http://www.kvn.de/Praxis/Fortbildung/CME-Fortbildung/).