Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über den Einsatz der Osteodensitometrie bei Osteoporose

Berlin, 05.01.2012

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 01.12.2011 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu einer „Änderung von Anlage I Nr. 7 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - Osteodensitometrie bei Osteoporose" aufgefordert.

Das Verfahren der Osteodensitometrie mittels Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA/DEXA) ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung als eine Untersuchung, die der Abklärung eines Osteoporoseverdachts bei Personen mit einer osteoporosetypischen Vorfraktur dienen soll, bereits enthalten. In Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) heißt es unter Nr. 7 bisher wie folgt:

> „Osteodensitometrie bei Patienten, die eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose besteht".

In den Beratungen des G-BA, denen u. a. ein hierzu in Auftrag gegebener Bericht des IQWiG zugrunde liegt [1], sollte insbesondere überprüft werden, ob über diese Indikation hinaus ein Nutzen der Osteodensitometrie bei solchen Personen besteht, die bisher noch keine osteoporosetypische Fraktur erlitten haben, um eine solche Fraktur durch eine wirksame Intervention zu vermeiden. Es sollte ferner der Frage nachgegangen werden, ob eine Osteodensitometrie im Therapiemonitoring, also bei der Entscheidung darüber, ob eine Therapieänderung oder –beendigung erfolgen muss, sinnvoll eingesetzt werden kann.

Das Beratungsergebnis des G-BA und damit auch die vorgeschlagenen Änderungen der Richtlinie fallen uneinheitlich aus.

In einer als „A" gekennzeichneten Position ist für die Osteodensitometrie als anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden folgende Konkretisierung vorgesehen:

> „Osteodensitometrie mittels DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) zum Zwecke einer Therapieentscheidung bzw. Therapieoptimierung
>
> - bei bestehender medikamentöser Behandlungsabsicht aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde einer möglichen Osteoporose oder
> - bei bereits bestehender medikamentöser Behandlung einer gesicherten Osteoporose in der Regel nicht vor Ablauf von 2 Jahren seit der letzten Osteodensitometrie oder
> - bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma."

Dagegen sieht eine Position „B" folgendes vor:

> „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, wenn nicht zuvor aufgrund neuer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine Osteodensitometrie geboten ist."

Die Bundesärztekammer nimmt zu den Beschlussentwürfen wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer unterstützt keinen der vorgelegten Änderungsvorschläge.

Es ist dem den Beratungen zugrunde liegenden Bericht des IQWiG nicht zu entnehmen, weshalb der Osteodensitometrie die Rolle einer Optimierung von Therapieentscheidungen zukommen soll. Die zentrale Frage des IQWiG-Berichts lautete, ob Frauen oder Männer mit primärer oder sekundärer Osteoporose, aber ohne vorbestehende osteoporosetypische Frakturen, von einer Versorgungsstrategie mit Diagnostik einer erniedrigten Knochendichte bzw. eines erhöhten Frakturrisikos und Behandlung im Vergleich zu einer Versorgungsstrategie ohne Knochendichtemessung bzw. Erhebung des Frakturrisikos profitieren. Diese Frage hatte das IQWiG mangels ergebnissicherer Studien nicht direkt beantworten können. Es konnte lediglich anhand eines Nachweises der Wechselwirkung zwischen Knochendichte und Therapieeffekten aus Interventionsstudien der Hinweis auf einen Nutzen der Knochendichtemessung für postmenopausale Frauen aufgezeigt werden.

Ausdrücklich von der Bewertung des IQWiG ausgenommen war die Nutzenbewertung der Knochendichtemessung beim Vorliegen einer osteoporosetypischen Fraktur. Beide Vorschläge zur Änderung der Richtlinie schließen aber solche Frakturen als alleinige Indikation nicht aus bzw. nennen sie explizit als solche.

Auch die Frage der Optimierung von Therapieentscheidungen mittels Osteodensitometrie war nicht Untersuchungsziel der IQWiG-Recherchen. Im IQWiG-Bericht wird zum Thema Therapieentscheidungen im Zusammenhang mit der Darstellung verschiedener Risikobewertungsstrategien vielmehr auf die Widersprüchlichkeit von diesbezüglichen Studienergebnissen verwiesen.

Die (deutlich voneinander abweichenden) Änderungsvorschläge zur Wiederholung einer Osteodensitometrie nach frühestens 2 bzw. 5 Jahren sind gleichfalls aus dem IQWiG-Bericht nicht ableitbar. Der Nutzen eines Therapiemonitorings mithilfe von Osteodensitometrie, analysiert als ein Teilziel des IQWiG-Berichts, konnte mangels Studien dort nicht belegt werden. Die Leitlinie des Dachverbands Osteologie - DVO [2] nennt zwar zwei Jahre als geeigneten Zeitraum für die Reevaluation einer laufenden medikamentösen Therapie, verbindet dies aber nicht obligatorisch mit der Durchführung einer weiteren Osteodensitometrie. Vielmehr werden Knochendichtemessungen zur Abschätzung des medikamentösen Therapieerfolgs als „nur bedingt tauglich" eingestuft (siehe Abschnitt 11.2 der Leitlinie).

Die Bundesärztekammer empfiehlt somit, die bestehende Formulierung von Anlage I Nr. 7 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nicht zu ändern.

Berlin, 05.01.2012
I. A.



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Bereichsleiter im Dezernat 3

1) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2010) Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose – Abschlussbericht, IQWiG-Bericht Nr. 73 (https://www.iqwig.de/d07-01-osteodensitometrie-bei-primaerer-und.986.html?tid=1122#uebersicht)

2) Dachverband Osteologie (2011) DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. Osteologie 4:304 (http://www.dv-osteologie.org/)