



> WICHTIGE PATIENTENINFORMATION DXA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im folgenden finden Sie Informationen über die Knochendichtemessung - das DXA-Untersuchungsverfahren.

Die Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA) ist das empfohlene Standardverfahren zur Knochendichtemessung gemäß der S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Die DXA-Untersuchung dient

zur Diagnose und Kontrolle einer Osteoporose mit erhöhtem Risiko eines Knochenbruchs. Hiervon sind vor allem Frauen nach den Wechseljahren, Männer über 80 Jahre, Raucher, Alkoholiker und Menschen mit Mangelernährung bzw. vermindertem Vitamin-D-Spiegel betroffen. Auch bestimmte Erkrankungen oder Medikamente begünstigen den Substanzverlust der Knochen (s. ZÄS, Rückseite).

Die DXA-Untersuchung ist

eine Röntgenuntersuchung und unterliegt der Strahlenschutzverordnung. Auch wenn diese Untersuchung einer sehr geringen Strahlenbelastung entspricht, ist unsererseits zu prüfen, ob eine Begründung zur Durchführung einer DXA-Messung vorliegt.

Die Durchführung der DXA-Untersuchung

dauert ca. 15 Min. und erfolgt im Liegen. Der Messvorgang läuft schmerzfrei automatisch ab und erfolgt in der Regel an der Hüfte und der Lendenwirbelsäule.

Die Kosten für die DXA-Untersuchung

werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, wenn Sie ein erhöhtes Risiko für eine verminderte Knochendichte aufweisen:

- bei Knochenbrüchen ohne äußerliche Einwirkung oder
- wenn Ihr Arzt aufgrund bestimmter Erkrankungen bzw. der Einnahme von Medikamenten eine Therapie einleiten bzw. optimieren möchte.

Laut EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) gelten zur Kostenübernahme folgende Voraussetzungen:

- „Osteodensitometrische Untersuchung I: ... bei Patienten, die eine *Fraktur* ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben *und* bei denen gleichzeitig aufgrund *anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht.*“ EBM 34600
- „Osteodensitometrische Untersuchung II: zum Zweck der Optimierung der *Therapieentscheidung*, wenn *aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht.*“ EBM 34601

Wir bitten Sie daher, den separaten DXA-Erhebungsbogen gewissenhaft auszufüllen.

Haben Sie aufgrund Ihrer Angaben im Erhebungsbogen keinen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse, können wir die Knochendichtemessung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) zu einem Preis von 50 € anbieten.

Datenschutzhinweis: Informationen zu den von uns eingesetzten datenverarbeitenden Verfahren erhalten Sie von unserem Praxispersonal oder finden Sie unter www.radiologie-mainz.de/de/datenschutz/

Diese Liste der Rechtfertigenden Indikationen (RI) für die "Osteodensitometrie" ist eine im "Zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen" (ZÄS) <www.zaes.info> abgestimmte und mit dem Dachverband Osteologie e. V. konsentiertere Orientierungshilfe für Überprüfungen nach § 128 StrlSchV

Rechtfertigende Indikation für Osteodensitometrien mittels ionisierender Strahlung auf der Basis der DVO-Leitlinie 2017 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei postmenopausalen Frauen und Männern	< 50 Jahre		ab dem 50. LJ		ab dem 60. LJ		ab dem 70. LJ	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Singulare Wirbelkörperfraktur 2.-3. Grades* ²⁾	X	X	X	X				
Singulare Wirbelkörperfraktur 1. Grades als Einzelfallentscheidung* ¹⁺²⁾	X	X	X	X				
Multiple Wirbelkörperfrakturen 1.-3. Grades* ²⁾	X	X	X	X				
Wirbelkörperfraktur(en) unabhängig vom Schweregrad* ²⁾			X	X				
Nichtvertebrale Fraktur(en) als Einzelfallentscheidung* ²⁾	X	X						
Nichtvertebrale Fraktur(en) nach dem 50. Lebensjahr* ²⁾			X	X				
Proximale Femurfraktur eines Elternteils* ²⁾			X	X				
Multiple intrinsische Stürze oder hohes Sturzrisiko			X	X				
Immobilität, Depression			X	X				
Untergewicht (BMI < 20 kg/m ²)			X	X				
Anorexia nervosa			X	X				
Nikotinkonsum und chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)			X	X				
Cushing-Syndrom	X	X	X	X				
Subklinischer Hyperkortisolismus	X	X	X	X				
Primärer Hyperparathyreoidismus	X	X	X	X				
Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz			X	X				
TSH-Werte < 0,3 mU/l, entspr. subklinische und manifeste Hyperthyreose			X	X				
Hyperthyreosis factitia, sofern persistierend			X	X				
Orale Glukokortikoidtherapie ≥ 7,5 mg	X	X	X	X				
Prednisolonaquivalent täglich ≥ 3 Monate	X	X	X	X				
Eine bestehende oder geplante Therapie mit Glukokortikoiden ≥ 2,5 mg/d	X	X	X	X				
Prednisolonaquivalent über mehr als 3 Monate	X	X	X	X				
hochdosierte Glukokortikoide inhalativ			X	X				
Epilepsie/Antiepileptika	X	X	X	X				
Sturzbegünstigende Medikamente (z.B.: Sedativa, Orthostase-verursachende Medikamente, Antidepressiva, Neuroleptika)			X	X				
Opiode			X	X				
Antiandrogene Therapie als Einzelfallentscheidung* ¹⁾		X						
Antiandrogene Therapie und männlicher Hypogonadismus anderer Ursache		X		X				
Therapie mit Aromatasehemmern als Einzelfallentscheidung* ¹⁾	X							
Therapie mit Aromatasehemmern	X		X					
Therapie mit Glitazonen			X					
Rheumatoide Arthritis als Einzelfallentscheidung* ¹⁾	X	X	X	X				
Spondylitis ankylosans	X	X	X	X				
Systemischer Lupus Erythematodes			X	X				
Diabetes mellitus Typ 1	X	X	X	X				
Diabetes mellitus Typ 2			X	X				
Zustand nach B-II-Operation oder Gastrektomie	X	X	X	X				
Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz	X	X	X	X				
Alkohol und alkoholische Lebererkrankung			X	X				
Protonenpumpenhemmer bei chronischer Einnahme			X	X				
Schizophrenie			X	X				
Apoplektischer Insult			X	X				
Alzheimer Erkrankung			X	X				
M. Parkinson			X	X				
Zöliakie			X	X				
Herzinsuffizienz			X	X				

In dieser Altersgruppe ist das Lebensalter als Risikofaktor so dominant, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Fraktur auch ohne zusätzliche klinische Risikofaktoren hoch ist. In dieser Altersgruppe wird deshalb generell eine Basisdiagnostik empfohlen, soweit eine Entscheidung über geplante therapeutische Maßnahmen ansteht.

*1) sofern andere Ursachen nicht wahrscheinlicher sind
 *2) Begründungen der Einzelfallentscheidungen sind pro Untersuchung und Patient zu dokumentieren
 *3) Bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren kann individuell auch bei Frauen ab der Menopause und bei Männern ab dem 60. Lebensjahr eine Basisdiagnostik erwogen werden.
 *4) sofern Risiko aktuell bestehend oder vor weniger als 12-24 Monaten beendet