

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 | | < 60 Jahre | | ab dem 50. LJ | | ab dem 60. LJ | | ab dem 70. LJ | | ab dem 80. LJ | |
|---|------------|---|------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|
| | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ |
| Singulare Wirbelkörperfraktur 2.-3. Grades* ²⁾ | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Singulare Wirbelkörperfraktur 1. Grades als Einzelfallentscheidung* ¹⁺²⁾ | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Multiple Wirbelkörperfrakturen 1.-3. Grades* ²⁾ | X | X | 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 | X | X | | | | | | |
| Subklinischer Hyperkortisolismus | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Primärer Hyperparathyreoidismus | X | X | 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 Prednisolonaquivalent täglich ≥ 3 Monate | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Eine bestehende oder geplante Therapie mit Glukokortikoiden ≥ 2,5 mg/d Prednisolonäquivalent über mehr als 3 Monate | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| hochdosierte Glukokortikoide inhalativ | | | | | X | X | | | | | | |
| Epilepsie/Antiepileptika | X | X | 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 | X | X | | | | | | |
| Spondylitis ankylosans | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Systemischer Lupus Erythematodes | | | | | X | X | | | | | | |
| Diabetes mellitus Typ 1 | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Diabetes mellitus Typ 2 | | | | | X | X | | | | | | |
| Zustand nach B-II-Operation oder Gastrektomie | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz | X | X | 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

- Messverfahren: Das empfohlene Standardverfahren zur Knochendichtemessung ist die Osteodensitometrie mittels der Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA) an der Lendenwirbelsäule und am proximalen Femur. An der Lendenwirbelsäule wird der mittlere T-Wert derjenigen Wirbel von L1–L4 ermittelt, an denen eine auswertbare Messung möglich ist. Es müssen mindestens 2 WK beurteilbar sein. *Am proximalen Femur sind der T-Wert der **Gesamtfemurregion (Total Hip)** und der T-Wert am **Schenkelhals in die Analyse einzubeziehen, der niedrigste der 3 T-Scores (L1-4, Femur neck und Femur gesamt)** ist für die Therapieentscheidung zu wählen.*
- Eine **primäre Q-CT-Untersuchung** darf nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn mittels DXA-Methode eine Messung sowohl an beiden Hüften, als auch an der LWS nicht möglich oder voraussichtlich nicht verwertbar ist, erfolgen.
- **Wiederholungsuntersuchungen bzw. Verlaufsbeobachtungen** mittels ionisierender Strahlung sollten den Regeln und Empfehlungen der DVO-Leitlinie 2017 (Kap. 10.7.3) entsprechen und sind jeweils zu begründen.