

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|--------------------------|--|---|--|---|--|--|----------|---|
| 9180 | ABO | | Vorbereitung vor einer möglichen Transfusion von Blutprodukten, Mutterschaftsvorsorge | EDTA-Blut | | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 10027 | Actinomyceten Kultur | Negativ | Aktinomykosen: Subakut bis chronisch, granulomatös-eitrige Prozesse, die zu multipler Abszeß- und Fistelbildung neigen. Lokalisation meist zervikofazial, seltener pulmonal oder abdominal. | Gewebe, Eiter, Abstrich, IUP (bitte gesondert anfordern) | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Mikroskopisch, Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 9522 | Ak Differenzierung | siehe Befund | bei positivem Dreizell-Antikörpersuchtest. | großes EDTA | Der Antikörpersuchtest mit drei Suchzellen ist obligatorischer Bestandteil der Blutgruppenbestimmung. Ist er positiv, folgt die Antikörperdifferenzierung zur Identifizierung des Antikörpers. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$ | bei Dringlichkeit taggleich |
| 9300 | AKS | keine irregulären Antikörper vorhanden | Im Rahmen der Blutgruppenbestimmung und zusammen mit Verträglichkeitsproben, wenn die letzte Blutentnahme länger als drei Tage zurückliegt. | großes EDTA | Der Antikörpersuchtest mit drei Suchzelle ist obligatorischer Bestandteil der Blutgruppenbestimmung. Ist er positiv, folgt die Antikörperdifferenzierung zur Identifizierung des Antikörpers. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 1211 | Alanin-Aminotransferase | Erwachsene: w: bis 35 U/l m: bis 50 U/l Kinder: 1. m: bis 120 U/l 2 - 12 m: bis 100 U/l > 1 a: bis 80 U/l | Leber-Diagnostik | Serum | | Photometrie IFCC-Methode | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1119 | Albumin | 36,6 - 51 g/l | Verdacht auf Albumin-Verlust (enteral, renal) bzw. -Synthese-Störung (Leber, Akute Phase) | Serum | | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2569 | Albumin /U | bis 20 mg/l | Differenzierung einer erhöhten Urin-Eiweiß-Ausscheidung, Verdacht auf Glomerulopathie | Urin | Erhöht bei Wegfall der die glomerulären Filterporen säumenden negativen Ladungen: z.B. bei bei länger schlecht eingestelltem Diabetes mellitus und bei Minimal-Change-Glomerulonephritis der Kinder. | Photometrie | 14 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2924 | Albumin /Z | 139-249 mg/l | Bei Verdacht auf neurologische Erkrankung. Wird benötigt für die Auswertung nach dem REIBER-Schema | Liquor | Für das Reiber-Schema werden Serum und Liquor benötigt | Immunnephelometrie | 3 Tage | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2925 | Albumin U/S-Quotient | Geburt: 8 - 28. 1. Monat: 5 - 15. 2. Monat: 3 - 10. 3. Monat: 2 - 5. 4. - 6. Monat: 0,5 -3,5. bis 15 a: <= 5. bis 40 a: <= 6,5 bis 60 a: <= 8. | Verdacht auf neurologische Erkrankung. Ist Teil der Auswertung nach dem REIBER-Schema Überschreitet Qalb den jeweiligen Referenzbereich (siehe links) besteht eine "Schrankenstörung" | Liquor + Serum | Serum und Liquor werden benötigt | Rechenwert | Rechenwert | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2565 | Albumin/Creatinin /U | w: bis 30 mg/g m: bis 21 mg/g Kontrolle empfohlen, wenn > 20 mg/g | Ist sensitiver als die reine Albumin-Bestimmung bei Verdacht auf Mikroalbuminurie da durch den Bezug auf das Creatinin die im Urin üblichen Konzentrationsschwankungen ausgeglichen werden. | Urin | Erhöht bei Wegfall der die glomerulären Filterporen säumenden negativen Ladungen: z.B. bei bei länger schlecht eingestelltem Diabetes mellitus und bei Minimal-Change-Glomerulonephritis der Kinder. | Immunturbidimetrie / Photometrie | Rechenwert | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1201 | Alkalische Phosphatase | Erwachsene: w: bis 104 U/l m: bis 120 U/l Kinder: 1d - 30 d: m: 75 - 316 w: 48 - 406 31 d - 1 a: m: 82 - 383 w: 124 - 341 1 - 3 a: m:104 - 345 w: 108 - 317 4 - 6 a: m: 93 - 309 w: 96 - 297 7 - 9 a: m: 86 -315 w: 69 - 325 10 - 12 a: m: 42 - 362 w: 51 - 332 13 - 15 a: m: 74 - 390 w: 50 - 162 16 - 18 a: m: 52 - 171 w: 47 - 119 | Verdacht auf Osteomalazie, Knochen-Metastasen, Verschluss der Gallenwege. Bei Kindern physiologisch erhöht in Wachstumsphasen (siehe links). | Serum | Das Serum darf vor der Messung nicht eingefroren werden. Aus aufgetauten Proben werden falsch hohe Werte bestimmt | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10020 | allgemeine Kultur | Nicht nachweisbar | Anaerobe tiefe Weichteilinfektion, Gasbrand | Gewebe, Biopsie, Eiter, Abstriche | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell, Mikroskopie von Quetschpräparaten aus befallenen Gewebe) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 6184 | Alpha-1-Fetoprotein* | Nichtschwangere und Männer: bis 6 ng/l | Tumormarker für Hoden- und Leber-CA | Serum | Biolog. Halbwertszeit: 2 - 8 d | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2571 | Alpha-1-Mikroglobulin /U | bis 12,0 mg/l | Marker der tubulären Resorption. Erhöhte Werte verweisen auf Störung der tubulären Resorption und damit auf interstitielle Erkrankungen der Niere. | Urin | Teil der Urin-Eiweiß-Differenzierung. | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 1462 | Ammoniak | 9 - 35 µmol/l | Verdacht auf Leberkoma, Verdacht auf beginnendes Leberkoma | EDTA-Plasma | Die Probe muss nach Blutabnahme zur Bestimmung innerhalb einer Stunde umgehend ins Laboratorium transportiert werden. Längeres Stehen führt zu falsch hohen Werten! Alternativ Einsendung von unmittelbar tiefgefrorenem EDTA-Plasma. | Photometrie | 1Std. | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1202 | Amylase | bis 100 U/l | Verdacht auf bzw. Ausschluss einer Pankreatitis | Serum | Biolog. Halbwertszeit: 3 - 6 h (!) | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2974 | Amylase /Kö | | Pankreatogener Erguss | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2559 | Amylase /U | Männer: 16 - 491 IU/l Frauen: 21-447 IU/l | Die Untersuchung ist angezeigt bei Hyperamylasämie, wenn der Verdacht auf eine Makroamylasämie oder eine Niereninsuffizienz besteht. | Urin | | Photometrie | 2 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10022 | Anaerobe Kultur | negativ | Abszesse, intraabdominale Prozesse, Aspirationspneumonie, tiefe Weichteilinfektionen, Gelenkinfektionen. | OP-Material, Gewebe, Eiter, Blutkultur | entfällt | Erregernachweis (Mikroskopisch, Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|------------------------------|---|---|----------|--|--|-------------------------------|----------|----------------------------------|
| 2310 | Antithrombin | 80 - 120 % | Thrombophilie-Diagnostik Verdacht bzw. Ausschluss einer Verbrauchskoagulopathie (DIC). Zur Abklärung eines erniedrigten Quickwertes: Bei unauffälligem AT III liegt kein Leberschaden vor. | Citrat | | Turbidimetrie | 12 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2307 | Apixaban | 2,5 mg 1-0-1: Talspiegel: 11-162 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 3-4h): 30-221 ng/ml 5 mg 1-0-1: Talspiegel : 22-230 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 3-4h): 59-321 ng/ml 10 mg 1-0-1: Talspiegel : 41-335 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 3-4h): 111-572 ng/ml Die für chirurgische Eingriffe unkritische Wirkkonzentration wird mit <30 ng/ml angegeben. | Bestimmung Maximalspiegel des Antikoagulanz und der anti-FXa-Aktivität; Therapiekontrolle oder Notfallkontrolle vor Eingriffen bzw. Therapien | Citrat | | Turbidimetrie | 4 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2303 | aPTT | 25 - 45 Sekunden | Basiserinnungsdiagnostik Motyping der Heparinisierung mit klassischem (HMW-) Heparin. Nicht geeignet für das Monitoring der Therapie mit niedermolekularem Heparin! Alternatives Monitoring der Substitutionstherapie mit F XII, F XI, F VIII, F IX. | Citrat | Gerinnungsanalysen sind besonders störanfällig auf Fehler in der Präanalytik! siehe Handbuch Präanalytik | Turbidimetrie | 12 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1210 | Aspartat-Aminotransferase | Erwachsene: w: bis 35 U/l m: bis 50 U/l Kinder: 1. m: bis 160 U/l 2 - 12 m: bis 130 U/l > 1 a: bis 100 U/l | Muskel- und Leber-Diagnostik | Serum | GOT ist eher ein Muskel- denn ein Leber-Parameter. Die erhöhten Werte bei Kindern spiegeln daher auch deren erhöhte Muskelaktivität. | Photometrie IFCC-Methode | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 3241 | B. burgdorferi Ak.IgG | Negativ | Lyme-Borreliose: Stadium I: Erythema migrans, "Flu-like illness", II: intermittierende Arthritiden, lymphozytäre Meningitis, Meningopolyneuritis, periphere Neuritis, Karditis, III: Acrodermatitis chronica atrophicans, Lyme-Arthritis, chronisch progrediente Enzephalomyelitis. | Serum | | Antikörpernachweis: IgG, IgM (EIA, Immunoblot) | 7 Tage | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3241 | B. burgdorferi Ak.IgG | negativ | Lyme-Borreliose: Stadium I: Erythema migrans, "Flu-like illness", II: intermittierende Arthritiden, lymphozytäre Meningitis, Meningopolyneuritis, periphere Neuritis, Karditis, III: Acrodermatitis chronica atrophicans, Lyme-Arthritis, chronisch progrediente Enzephalomyelitis. | Serum | | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3244 | B. burgdorferi Ak.IgG IB | negativ | Lyme-Borreliose: Stadium I: Erythema migrans, "Flu-like illness", II: intermittierende Arthritiden, lymphozytäre Meningitis, Meningopolyneuritis, periphere Neuritis, Karditis, III: Acrodermatitis chronica atrophicans, Lyme-Arthritis, chronisch progrediente Enzephalomyelitis. | Serum | | Immunoassay | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 3242 | B. burgdorferi Ak.IgM | negativ | Lyme-Borreliose: Stadium I: Erythema migrans, "Flu-like illness", II: intermittierende Arthritiden, lymphozytäre Meningitis, Meningopolyneuritis, periphere Neuritis, Karditis, III: Acrodermatitis chronica atrophicans, Lyme-Arthritis, chronisch progrediente Enzephalomyelitis. | Serum | | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3257 | B. burgdorferi Ak.IgM IB | negativ | Lyme-Borreliose: I: Erythema migrans, "Flu-like illness", II: intermittierende Arthritiden, lymphozytäre Meningitis, Meningopolyneuritis, periphere Neuritis, Karditis, III: Acrodermatitis chronica atrophicans, Lyme-Arthritis, chronisch progrediente Enzephalomyelitis. | Serum | | Immunoassay | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2416 | Bakterien ml. /U | bis 4000 / µl | Routine-Urinstatus Verdacht auf Harnwegsinfekt | Urin | Bei V.a. Harnwegsinfekt kulturelle Untersuchung empfohlen | Partikelzählung und Differenzierung mittels elektronischer Fluoreszenz-Scattergramm Auswertung und Impedanzmessung | 1 Stunde | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2317 | Beta-2-Glykoprotein-1 Ak.IgG | Negativ: < 5 U/ml Grenzwertig: 5-8 U/ml Positiv: > 8 U/ml | Antiphospholipid-Synndrome, Systemischer Lupus Erythematodes | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2318 | Beta-2-Glykoprotein-1 Ak.IgM | Negativ: < 5 U/ml Grenzwertig: 5-8 U/ml Positiv: > 8 U/ml | Antiphospholipid-Synndrome, Systemischer Lupus Erythematodes | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2830 | Beta-2-Mikroglobulin | Unauffälliges S-Kreatinin: bis 60 : bis 2,4 mg/l > 60 : bis 3,0 mg/l | Lymphom-Marker. β2-Mikroglobulin wird synthetisiert im lymphatischen System und renal eliminiert. Daher ist es erhöht bei Niereninsuffizienz und bei bestimmten Lymphomen. Bei letzteren kann es daher als Tumormarker eingesetzt werden. | Serum | | Immunturbidimetrie | 3 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|------------------------------|---|--|--|--|---|--|----------|---|
| 2830 | Beta-2-Mikroglobulin | 0,8-2,4 mg/L | Prognose und Verlaufsbeurteilung von lymphoiden Neoplasien (Non-Hodgkin-Lymphome, Morbus Hodgkin, CLL). Prognose des Multiplen Myeloms. Erkennung einer Abstoßungsreaktion nach allogener Knochenmarkstransplantation. Prognose einer HIV-Infektion. | Serum | | | 3 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1203 | Bilirubin | Erwachsene: bis 1, 4 mg/dl Kinder: bis 5 d: bis 14 mg/dl Gefahr des Kernikterus bei Neugeborenen ab 18 mg/dl !! ab 2 m: bis 1,2 mg/dl | Verdacht auf Lebererkrankung bei Ikterus | Serum | Probengefäß vor direktem Sonnenlicht schützen. | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2975 | Bilirubin /Kö | | Diagnostik und Differenzierung von: - Prähepatischer Ikterus (z. B. hämolytische Anämie, Neugeborenenikterus) - Hepatischer Ikterus (z. B. Hepatitis, Leberzirrhose, Karzinome) - Posthepatischer Ikterus (z. B. Cholestase) | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 12 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1204 | Bilirubin.direkt | < 0,2 mg/dl | Abklärung eines Ikterus. Direktes Bilirubin ist erhöht bei posthepatischem Ikterus (Gallengangverschluss jeder Genese) | Serum | Probengefäß vor direktem Sonnenlicht schützen. | Photometrie | 3 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1205 | Bilirubin.indirekt | bis 1,1 mg/dl | Abklärung eines Ikterus. Indirektes Bilirubin ist erhöht bei intra- und prae-hepatischem Ikterus (z.B. Hämolyse). | Serum | Probengefäß vor direktem Sonnenlicht schützen. | Rechenwert | Rechenwert | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 9502 | Blutgruppe | | Vorbereitung vor einer möglichen Transfusion von Blutprodukten, Mutterschaftsvorsorge | EDTA-Blut | Umfasst die Bestimmung der ABO- Blutgruppenmerkmale, des Rhesusmerkmals D, der Rhesusmerkmale C/c und E/e und des Kell- Antigens. Ein Antikörpersuchtest (AKS) ist Bestandteil einer jeden Blutgruppenbestimmung. Er dient dem Nachweis irregulärer, d.h. gegen fremde menschliche Blutgruppenantigene außerhalb des ABO- Systems gerichtete Allo- AK im Serum des Patienten. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 10860 | Blutkultur aerob und anaerob | Nicht nachweisbar | Sepsis, Lobärpneumonie, Meningitis, Pyelonephritis, Osteomyelitis, FOU, Endokarditis | 20 ml Blut pro BK-Set (10 ml Blut pro BK-Flasche). | | Automatische Kultivierung im BACT-Alert-System (aerob, anaerob) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2763 | Buprenorphin /U | Nicht nachweisbar | Drogenscreening | Urin | | Immunoassay | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2701 | Calcidiol (25-OH-Vit.-D) | 20 - 100 µg/l | Bei Verdacht auf Vitamin D-Mangel | Serum | Lichtgeschützt | CLIA | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1113 | Calcium | Erwachsene: 2,00 - 2,80 mmol/l Kinder: < 1 a: 2,13 - 2,74 mmol/l 1 - 6 a: 2,28 - 2,79 mmol/l 7 - 18 a: 2,33 - 2,71 mmol/l | Verdacht auf Störungen der Nebenschilddrüsenfunktion (z.B. n.Schilddrüsen-OP), Verdacht auf Vitamin-D-Mangel, unter Diuretika-Dauertherapie, zur Abkl. von Tetanien. | Serum | S-Albumin-Verlust 10 g/l senkt die Gesamt-Calciumkonzentration um 10 % ! Hyperkalzämie bei: erhöhten Serum-Proteinen, Neoplasien (paraneoplastisch), Hyperparathyreoidismus, Vitamin-D- oder A-Überdosierung, Milch-Alkali-Syndrom, Hyperthyreose, Thiazid-Medikation, M. ADDISON, Immobilisation. Hypokalzämie bei: Absorptionsstörung, Leberzirrhose, Hypoparathyreoidismus, Pseudohypoparathyreoidismus, Chronischer Niereninsuffizienz, Osteoblastischen Metastasen, Pankreatitis, NNR-Hyperplasie, Steroidtherapie, Vitamin-D-Mangel, Ca-senkender Medikation | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1114 | Calcium.Albumin-korrigiert | | | Rechenparameter | | Rechenwert | Rechenwert | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10035 | Campylobacter | Nicht nachweisbar | Infektiöse Enteritis (Übertragung durch kontaminiertes, nicht ausreichend erhitztes Fleisch, häufig Geflügel) | Stuhlprobe | | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 6186 | Cancer Antigen 125* | bis 35 U/l | möglicher Marker bei Ovarial-, Uterus- und Pankreas-Carcinom | Serum | Tumormarker sind wegen geringer Spezifität nur bedingt zum allgemeinen Screenen geeignet. in-vivo-Halbwertszeit: 5 - 7 d | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 6187 | Cancer Antigen 15-3* | bis 19 U/l | Tumormarker für Mamma- (1. Wahl), Uterus- und Ovarial-CA | Serum | Tumormarker sind wegen geringer Spezifität nur bedingt zum allgemeinen Screenen geeignet. in-vivo-Halbwertszeit: 5 - 7 d | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 6188 | Cancer Antigen 19-9* | bis 37 U/l | Tumormarker für Pankreas-(1. Wahl), Leber-, Gallenwege-, Kolon-, Magen- und Ovarial-CA | Serum | Tumormarker sind wegen geringer Spezifität nur bedingt zum allgemeinen Screenen geeignet.in-vivo-Halbwertszeit: 4 - 8 d | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2781 | Carbamazepin | Empf. Therapeutischer Bereich: Talspiegel: 2 - 20 µg/ml | Antiepileptikum. Monitoring auf Unter- bzw. Überdosierung. | Serum | | Turbidimetrie, kompetitiv und partikel-verstärkt | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|---------------|-------------------------------------|--|--|-----------------|---|--|--|----------|---|
| 10077 | Carbapenemase (IC) | negativ | Verdacht auf Carbapenemase-produzierende Enterobacteraeae (CPE) | Kulturmateriale | Verwendung von frischen Bakterienkolonien | Immunchromatographie (IC) / Ag-Schneltest gegen KPC (K), OXA (O), VIM (V), IMP (I) und NDM (N) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 6185 | Carcinoembryonales Ag* | bis 3 ng / ml bei Rauchern: bis 5 ng / ml | Tumormarker im HNO-Bereich, für SD und C-Zell-CA, Leber- und Gallenwegs-Ca, für Uterus- und Blasen-CA, Bronchial-, Pankreas- und Magen CA, Mamma- (1. Wahl) und Kolon-CA (1. Wahl) | Serum | in-vivo-Halbwertzeit: 2 - 8 d | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2315 | Cardiolipin Ak.IgG | Normal: < 10 GPL-U/m Erhöht: ≥ 10 GPL-U/m | Antiphospholipid-Synndrome, Systemischer Lupus Erythematodes | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2316 | Cardiolipin Ak.IgM | Normal: < 7 MPL-U/ml Erhöht: ≥ 7 MPL-U/ml | Antiphospholipid-Synndrome, Systemischer Lupus Erythematodes | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 1112 | Chlorid | Erwachsene: 90 - 110 mmol/l Kinder: bis 6 a: 96 - 111 mmol/l > 6 a: 99 - 110 mmol/l | Störungen des Elektrolythaushaltes zur Berechnung der Anionen-Lücke. | Serum | verminderte Werte bei: Intestinalem HCl-Verlust (Hyperemesis), Diuretika-Therapie, Hyperaldosteronismus (M. CONN), CUSHING-Syndrom, ACTH bildenden Tumoren, Chronischer Hyperkapnie (Ateminsuff.), metabol. Alkalose, Hyperlipidämie erhöhte Werte bei: Renaler tubulärer Azidose, Chronischer Hyperventilation, Uretersigmoidostomie, Intestinalem Bikarbonatverlust, Therapie mit Brom-haltigen Medikamenten | Ionensensitive Elektroden (Direkte Potentiometrie) | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2556 | Chlorid /U | 54 - 158 mmol/l | Störungen des Elektrolythaushaltes | Urin | | Ionensensitive Elektroden (Direkte Potentiometrie) | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1401 | Cholesterol | bis 200 mg/dl | Sreening vor Atherosklerose-Risiko, V.a. Fettstoffwechselstörung. Graubereich 200 - 250 mg/dl | Serum | Blutentnahme nüchtern, nach ca. 12 Stunden Nahrungskarenz. | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2981 | Cholesterol /Kö | | Siehe Leistungsverzeichnis Dr. von Froreich Bioscientia. Unterscheidung zwischen Transsudat/Exsudat bzw. benigne/maligne Grunderkrankung bei z.B. Aszites, Pleura- und Perikarderguß | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1404 | Cholesterol.HDL | 35 - 150 mg/dl | Fettstoffwechseldiagnostik Vorsorgeuntersuchung | Serum | Blutentnahme nüchtern (ca. 12 Stunden Nahrungskarenz) | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1403 | Cholesterol.LDL | bis 150 mg / dl | Abklärung erhöhter Cholesterin-Werte | Serum | Blutentnahme nüchtern (ca. 12 Stunden Nahrungskarenz) | Rechenwert | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1206 | Cholinesterase | w: 4,3 - 11,3 KU / l m: 5,3 - 12,9 KU / l | Bei Verdacht auf Mangel und auf Lebersynthesestörung. CAVE! Die in-vivo-Halbwertzeit ist extrem lang: t _{1/2} = 120 h | Serum | | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10072 / 10042 | Clostridium difficile Antigen/Toxin | Negativ | Antibiotika-assoziierte Diarrhoe | Stuhlprobe | | C. difficile Antigen Toxin A/B-Nachweis (CLIA) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 1465 | Cortisol | 08:00 5,0 - 22,5 µg/dl 12:00 3,5 - 17,5 µg/dl 16:00 2,5 - 13,4 µg/dl 20:00 1,5 - 10,5 µg/dl 24:00 1,5 - 10,5 µg/dl 04:00 2,5 - 14,1 µg/dl | Verdacht auf M. Cushing und Cushing-Syndrom bzw. M. Addison. | Serum | Bitte dokumentieren Sie die Abnahmezeitpunkte! Verwenden Sie für jede Blutentnahme eine neuen Anforderungsbogen bzw. eine neue Aufnahmen-Nr. Kennzeichnen Sie jede Blutabnahme konsequent auf der Zeileiste des Anforderungsbogens | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1801 | C-reaktives Protein | < 5,0 mg/l | akute entzündliche Prozesse | Serum | | Immun-turbidimetrie | 14 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1301 | Creatinin | Erwachsenen: m: < 1,3 mg/dl w: < 1,1 mg/dl Kinder: Neugeborene: < 1,3 mg/dl 3 d - 1 m: < 1,0 mg/dl 2 m - 1a: < 1,1 mg/dl | Monitor der Nierenfunktion. Verdacht auf Einschränkung der Glomerulären Filtrationsrate (GFR) | Serum | | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2983 | Creatinin /Kö | | V.a. Harnblasenfistel, Urinothorax | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2563 | Creatinin /U | 1-500 mg/dl | Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (Clearance), Verlaufskontrolle bei Nierenerkrankungen im Stadium der Insuffizienz | Urin | | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2564 | Creatinin Renale Clearance 24H | 80 - 160 ml / Minute | Beurteilung der glomerulären Filtrationsrate bzw. Verlaufskontrolle unter potenziell nephrotoxischer Medikation | Serum und Urin | | Die automatisierte Errechnung der Clearance erfolgt aus der jeweils gemessenen Serum-Creatinin-Konzentration nach der CKD-EPI Formel | Rechenparameter | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1207 | Creatinkinase | w: bis 140 U / l m: bis 174 U / l | Muskelmarker. Erhöht bei Herzinfarkt und Rhabdomyolyse. | Serum | | Photometrie | 12 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|-----------|--------------------------------|---|---|-------------|--|---|-------------------------------|----------|---|
| 1208 | Creatinkinase.MB | bis 24 U/l < 10 % der CK | Herzinfarkt Diagnostik. Ein Anteil der CK-MB von mehr als 10 % ist ein Hinweis auf Herzinfarkt. | Serum | CAVE! Sonder-CK-Formen! Mitochondriale CK (CK-Mi, bei Tumoren) und Makro-CK-BB (Klinisch eigentlich bedeutungslos) bedingen absurd hohe CK-MB-Werten (> 25 % CK bis nahezu 200 % CK)! | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2101 | Cyclisches Citrullin-Peptid Ak | < 20 U/ml | Diagnostik der rheumatoiden Arthritis (RA). Pos. RF + pos. AntiCCP gelten als beweisend für RA. Neue Therapien mit spez. AK ("Biologicals") werden von der GKV evtl. nur übernommen, wenn diese Konstellation erfüllt ist. | Serum | | ELISA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1303 | Cystatin C | 0,53-1,01 mg/l | Verdacht auf Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate | Serum | | Turbidimetrie | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3164 | Cytomegalie-Virus Ak IgG | negativ | Primäre und reaktivierte CMV-Infektionen | Serum | | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3165 | Cytomegalie-Virus Ak IgM | negativ | Primäre und reaktivierte CMV-Infektionen | Serum | | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2306 | Dabigatran | 150 mg 1-0-1: Talspiegel: 61-143 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 2-3h): 117 -275 ng/ml Die für chirurgische Eingriffe unkritische Wirkkonzentration wird mit <30 ng/ml angegeben. | Bestimmung Maximalspiegel des Antikoagulanz und der anti-Thrombin-Aktivität; Therapiekontrolle oder Notfallkontrolle vor Eingriffen bzw. Therapien | Citrat | | VIS-Photometrie | 4 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 9528 | DCT Differenzierung | negativ | Hämolyse-Diagnostik. Bei positivem DCT! Es ird geprüft, ob die Erythrozyten mit IgG, IgM oder Komplementbruchstücken beladen sind. | großes EDTA | Zeigt nicht nur mit welchem Antikörpertyp die Erythrozyten beladen sind, sondern auch, ob ein Komplementangriff stattgefunden hat. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$ | bei Dringlichkeit taggleich |
| 2801 | Digitoxin | Empfohlener therapeutischer Bereich: 13 - 25 ng/ml | Therapie-überwachung. V.a. Intoxikation | Serum | | Immunturbidimetrie | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2802 | Digoxin | Empfohlener therapeutischer Bereich: 0,5 - 2,0 ng/ml | Therapieüberwachung. V.a. Intoxikation | Serum | | Turbidimetrie | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2114 | DNA-Doppelstrang Ak | bis 20 IU/ml | Eingangsdagnostik bei systemischem Lupus erythematoses (SLE) und zur Differentialdiagnostik bei systemischen Autoimmunerkrankungen. Neben hohen Titern von antinukleären Antikörpern (ANA) ist der Nachweis von Autoantikörpern gegen dsDNA eines der ACR-Kriterien zur Diagnose des systemischen Lupus erythematoses (SLE). Antikörper gegen dsDNA werden überwiegend in den aktiven Stadien der Krankheit beobachtet und gelten als Aktivitätsmarker eines SLE. | Serum | Üblicherweise nach positivem ANA-/ENA-Screen-Test und entsprechender Symptomatik. | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogen-/Medikamentenmissbrauch | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenmissbrauch, Intoxikation, Überprüfung der Compliance | Urin | | Immunoassay | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | Negativ | Drogentest | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2752 | Drogenscreening /U | negativ | Drogenscreening | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3162/3161 | EBV EBNA Ak.IgG/EBV VCA Ak.Igm | Negativ | Infektiöse Mononucleose | Serum | | Antikörpernachweis Heterophile IgM-Antikörper Antikörpernachweis EBNA-IgG, VCA-IgM (CLIA) | 7 Tage | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|---|--|--|-------------------------------------|--|---|--|----------|---|
| 2308 | Edoxaban | 30 mg 1-0-0: Talspiegel: 4-20 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 1-2h): 60-120 ng/ 60 mg 1-0-0: Talspiegel: 10-40 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 1-2h): 120-250 ng/ml Die für chirurgische Eingriffe unkritische Wirkkonzentration wird mit <30 ng/ml angegeben. | Bestimmung Maximalspiegel des Antikoagulanz und der anti-FXa-Aktivität; Therapiekontrolle oder Notfallkontrolle vor Eingriffen bzw. Therapien | Citrat | | Turbidimetrie | 4 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1302 | eGFR Creatinin CKD-EPI | > 90 ml / min | Monitor der Nierenfunktion. Verdacht auf Einschränkung der Glomerulären Filtrationsrate (GFR) | S-Kreatinin muss angefordert werden | bei schwarzer Hautfarbe ist eine Korrektur der Berechnung erforderlich, da die Hautfarbe nicht routinemäßig abgefragt wird | Berechnet nach der CKD-EPI-Formel: CKD-EPI = f(Alter, Geschlecht, S-Kreatinin) | Rechenwert | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2052 | Eisen | w: 7 - 26 µmol/l, m: 11 - 28 µmol/l | Diagnostik des Eisenstoffwechsels | Serum | Die alleinige Serum-Eisenbestimmung ist zur Abklärung ungenügend. Zusätzlich sollten die Bestimmung des Ferritins, des Transferrins und des Löslichen Transferrin-Rezeptors erfolgen. Zur Interpretation muß außerdem das Blutbild und CRP-Ergebnis vorliegen. | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2104 | ENA-Blot Es werden Antikörper gegen folgende Antigene identifiziert: SS-A 52 (Ro 52), SS-A 60 (Ro 60), SS-B (La), Sm, RNP/Sm, Scl-70, Jo-1, Centromer B, Rib-P | negativ | bei positivem Antikörpersuchtest in besonderen Situationen (z.B. in der Schwangerschaft) | großes EDTA | Abschätzung der Konzentration erythrozytärer Antikörper | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 10800 | Endokarditis / Verdacht | Nicht nachweisbar | Infektiöse Endokarditis | Blutkulturen (längere Bebrütung). | 3% der Erreger bei infektiöser Endokarditis. | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 6189 | Enolase.neuronenspezifisch* | < 12,5 µ/l | Tumormarker für Lungen- und C-Zell-CA und APUDOMe. Auch erhöht bei ZNS-Erkrankungen oder -verletzungen. | Serum | Tumormarker sind wegen geringer Spezifität nur bedingt zum Screenen geeignet. In-vivo-Halbwertszeit: 24 h | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1805 | Erythrozytensedimentationsrate | siehe Großes Blutbild | Die "Senkung" ist u.a. erhöht bei Entzündungszuständen, Dysproteinämien und monoklonalen Gammopathien. | EDTA-Blut | Es wird kein spezielles BSG-Röhrchen mehr benötigt | kapilläre Photometrie | 24 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2724 | Estradiol | Männer: 6 - 44 pg / ml Frauen: postmenopausal: bis 14 pg / ml in der SS: bis 35.000 pg / ml Zyklusabhängig: 10 - 375 pg / ml | Zyklusstörungen. Verdacht auf Hormonelle SS-Monitoring. | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2751 | Ethanol | 0 mg/l | Verdacht auf aktuellen Ethanol-Konsum | Serum | Alkohol-Desinfektion bei der Blutentnahme kann zu falsch hohem Messwert führen. Fest verschlossenes System für Entnahme und Transport verwenden, Monovette vollständig füllen. | Photometrie | 24 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1916 | EVB % | siehe EVB | | EDTA-Blut | | | | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2104 | Extrahierbare nukleäre Ak IB | negativ | Folgt, wenn der ANA/ENA-Screen positiv war. Präzisierung der Diagnostik bei Mischkollagenosen SLE Sjögren-Syndrom Sklerodermie CREST-Syndrom .. | Serum | Immunoblot mit 9 definierten Antigenen | Line Immuno Assay | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2051 | Ferritin | w: 10 - 155 ng/ml postmenopausal: bis 330 ng/ml 60 (!) - 250 ng/ml | Diagnostik des Eisenstoffwechsels (Eisenmangel und Hämochromatose, -siderose) Anämie-Diagnostik | Serum | Jeder 50. - 300. Mensch in unserer Bevölkerung hat die Anlage zur Hämochromatose ("Bronzediabetes"). Erster Hinweis darauf ist - neben Lebervertehrhöhungen - ein Ferritin über 300 ng/ml. | Immun-turbidimetrie | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2311 | Fibrin D-Dimer | bis 500 µg/l In der Schwangerschaft: ansteigend bis auf 2500 µg/l kurz vor der Entbindung | Ausschluß eines thrombembolischen Ereignisses | Citrat | Eine Thrombembolie ist sicher ausgeschlossen, wenn das D-Dimer-Ergebnis unter 500 µg/l liegt. Es besteht ein Graubereich bis 2500 µg/l. Ein klinisch relevantes thrombembolisches Ereignis liegt vor bei D-Dimereergebnissen oberhalb 3500 µg/l. | Turbidimetrie | 8 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2305 | Fibrinogen | 2,0 - 4,2 (w) g/l 2,1 - 3,7 (m) g/l | Gerinnungsdiagnostik (Spezielle Fragestellungen) | Citrat | Nicht Bestandteil der Routine- bzw. Prä-OP-Diagnostik. | Turbidimetrie | 8 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|-------------------------------|---|--|--|--|---|--|----------|---|
| 2723 | Follitropin | Männer (< 50 a): 1,5 -9,2 mU/ml Kinder (präpubertär): bis 3,9 mU/ml Frauen (postmen.): 35 - 121 mU/ml Frauen (zyklisierend): 2 - 22 mU/ml (Gipfel 15 - 16. Tag) | Verdacht auf hormonelle Störungen. | Serum | Bei zyklisierenden Frauen sollte der Zyklustag, an dem die Blutentnahme erfolgte, bekannt sein. | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1209 | Gamma-Glutamyl-Transferase | Erwachsene: w: bis 39 U / l m: bis 66 U / l Kinder: Frühgeborene: bis 290 U/l 1 - 5 d: bis 200 U/l 6 d - 6 m: bis 220 U/l 7 m - 1 a: bis 39 U/l 1 - 12 a: bis 20 U/l 13 - 17 a: w: bis 38 U/l m: bis 52 U/l | Verdacht auf Lebererkrankung | Serum | Erhöhte Gamma-GT ist als Gallenstauungszeichen zu interpretieren. Es sollten dann auch die Alkalisch Phosphatase und/oder das Bilirubin erhöht sein. | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2118 | Gewebetransglutaminase Ak.IgA | < 4 U / ml (siehe Befund) | Zöliakie-Diagnostik | Serum | parallel muß immer auch IgA bestimmt werden, da bei IgA-Mangel falsch niedrige Ergebnisse erhalten werden. | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2119 | Gliadin Ak.IgA | < 10 U/ml | Zöliakie | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3 Tage |
| 2120 | Gliadin Ak.IgG | < 10 U/ml | Zöliakie | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3 Tage |
| 1456 | Glucose /NaF | bis 106 mg/dl | Diagnose, Verlaufskontrolle und Therapiebeurteilung bei Diabetes mellitus; Feststellung einer Hypoglykämie bei unklarem Koma, Pankreatitis, Endokrinopathien, Inselzelltumoren, Morbus Addison | NaF Röhrchen | | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1451 | Glucose /S | bis 106 mg/dl | Diagnose, Verlaufskontrolle und Therapiebeurteilung bei Diabetes mellitus; Feststellung einer Hypoglykämie bei unklarem Koma, Pankreatitis, Endokrinopathien, Inselzelltumoren, Morbus Addison | Serum | | Photometrie | 6 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1451 | Glucose /S | Erwachsene: 75 - 125 mg/dl Kinder: Neugeborene: 35 - 66 mg/dl 2 d - 1 w: 45 - 78 mg/dl 2 w - 2 a: 67 - 104 mg/dl 3 - 4 a: 71 - 105 mg/dl 5 - 10 a: 71 - 108 mg/dl 11 - 16 a: 70 - 111 mg/dl | Monitor des Blutzuckerspiegels. | Serum | Probe muß innerhalb 1 h nach Abnahme ins Laboratorium gelangen. (Falsch niedrige Glukose-Konzentrationen!) Lokales BZ-Meßgerät verwenden! Kapillar-Blut entspricht dem arteriellen Blut. Bei Nüchtern-Pat. besteht keine relevante Arteriell-venös-Differenz. | Photometrie | 2 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2918 | Glucose /Z | Liquor: 40 -75 mg/dl = 2/3 der Blut-Glukose | Bei Verdacht auf Meningitis. Erniedrigt bei bakterieller Infektion. | Liquor | | Photometrie | 2 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1452 | Glucose 1. Abn. | nach 60 Minuten: normal: bis 160 mg/dl patholog.: über 220 mg/dl nach 120 Minuten: normal: bis 120 mg/dl patholog.: über 150 mg/dl nach 180 Minuten: normal: bis 100 mg/dl patholog.: über 130 mg/dl | Verdacht auf latenten Diabetes mellitus: Die OGT-Lösung wird vor dem Test im Laboratorium abgeholt und kann gelagert werden. Der Patient muss sie zügig (innerhalb 5 Minuten) trinken. | Kapillarblut das in spezielle BZ-Hütchen gefüllt wird | Der Einsender muss ür jede Blutabnahme einen eigenen Anforderungsbeleg verwenden und konsequent die Zeitleiste anstreichen, damit der Zeitpunkt der Abnahme dokumentiert ist. | Photometrie | 24 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10025 | GO-Kultur | Nicht nachweisbar | STD. Eitrige Urethritis, rektale GO, Zervizitis der Frau, Disseminierte Infektionen (meist Frauen). | Urethralabstrich, Cervixabstrich, Knienpunktat, Blutkultur | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Differentialblutbild (Großes Blutbild) | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Differentialblutbild (Großes Blutbild) | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach manueller Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | Optische Laserdifferenzierung nach dem Mehrwinkelstreu-/Depolarisations-Verfahren | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | PROZENTUAL (/A) Basophile/A (BASO/A) Alter bis 180 Tage: 0,0-1,2 % Alter bis 2 Jahre: 0,0-1,1 % Alter bis 18 Jahre: 0,0-1,0 % Alter bis unbegrenzt: 0,2-1,4 % | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutastrich | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|-----------------|--|--|-----------|--|---|-------------------------------|--------|---------------|
| 1924 | Großes Blutbild | <p><u>Eos/A</u> Alter bis 14 Tage: 0,0-8,0 % Alter bis 180 Tage: 0,0-5,0 % Alter bis 6 Jahre: 0,0-4,0 % Alter bis 18 Jahre: 0,0-5,0 % Alter bis unbegrenzt: 0,4-6,8 %</p> <p><u>Neutrophilie/A (NEUT/A)</u> Alter bis 14 Tage: 20,0-60,0 % Alter bis 180 Tage: 15,0-60,0 % Alter bis 2 Jahre: 20,0-70,0 % Alter bis 6 Jahre: 30,0-75,0 % Alter bis 18 Jahre: 40,0-75,0 % Alter bis unbegrenzt: 41,0-75,0 %</p> | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutaustrich | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | <p><u>Lymphocyten/A (LYMPH/A)</u> Alter bis 14 Tage: 18,0-55,0 % Alter bis 180 Tage: 18,0-65,0 % Alter bis 2 Jahre: 18,0-60,0 % Alter bis 6 Jahre: 13,0-55,0 % Alter bis 12 Jahre: 13,0-50,0 % Alter bis 18 Jahre: 13,0-45,0 % Alter bis unbegrenzt: 17,0-47,0 %</p> <p><u>Monocyten/A (MONO/A)</u> Alter bis 14 Tage: 2,0-20,0 % Alter bis 180 Tage: 5,0-20,0 % Alter bis 2 Jahre: 5,0-15,0 % Alter bis 12 Jahre: 4,0-10,0 % Alter bis 18 Jahre: 4,0-8,0 % Alter bis unbegrenzt: 4,0-13,0 %</p> | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutaustrich | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|-----------------|---|--|-----------|--|---|-------------------------------|--------|---------------|
| 1924 | Großes Blutbild | <p>ABSOLUT (abs) <u>Lymphozyten absolut (LYMHabs)</u> Alter bis 14 Tage: 3,0-7,5 /nl Alter bis 180 Tage: 2,0-8,0 /nl Alter bis 2 Jahre: 1,6-7,0 /nl Alter bis 5 Jahre: 1,5-5,3 /nl Alter bis 11 Jahre: 1,4-3,9 /nl Alter bis unbegrenzt: 1,0-3,2 /nl</p> <p><u>Monozyten absolut (MONOZabs)</u> Alter bis 180 Tage: 0,0-3,0 /nl Alter bis 2 Jahre: 0,4-2,0 /nl Alter bis 5 Jahre: 0,3-1,2 /nl Alter bis 44 Jahre: 0,2-0,8 /nl Alter bis unbegrenzt: 0,3-0,9 /nl Alter bis unbegrenzt: 0,2-0,8 /nl</p> | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutaustriech | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | <p><u>Granulozyten absolut (GRANUabs)</u> Alter bis 14 Tage: 2,0-10,0 /nl Alter bis 180 Tage: 1,5-6,5 /nl Alter bis 2 Jahre: 2,0-9,0 /nl Alter bis 5 Jahre: 2,0-8,0 /nl Alter bis 16 Jahre: 1,4-6,1 /nl (männl.) 1,5-6,5 /nl (weibl.) Alter bis 50 Jahre: 1,8-7,2 /nl (männl.) 2,0-7,4 /nl (weibl.) Alter bis unbegrenzt: 2,0-6,4 /nl</p> <p><u>Eosinophile absolut (EOSabs)</u> Alter bis 14 Tage: 0,0-0,8 /nl Alter bis 180 Tage: 0,0-0,5 /nl Alter bis 11 Jahre: 0,0-0,5 /nl Alter bis unbegrenzt: 0,1-0,2 /nl</p> | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutaustriech | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | <u>Basophile absolut (BASOabs)</u> Alter bis 14 Tage: 0,0-2,5 /nl Alter bis unbegrenzt: 0,0-0,1 /nl | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Hämatologie-Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | - Partikelzählung elektronisch, - Mikroskopie des manuellen Blutaustriech | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Differentialblutbild (Großes Blutbild) | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | Die Eosinophilen sind u.a. erhöht bei: Allergien, Wurminfektionen | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | Blutzeldifferenzierung manuell | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | Reife Form der Granulozyten. | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Blutzeldifferenzierung manuell | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | Frühe Form der Granulozyten. Vermehrung in der Peripherie verweist auf Entzündung ("Linksverschiebung") | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | - Segmentkerne: 50 - 70 % - Lymphozyten: 10 - 50 % - Eosinophile: bis 6 % - Basophile: bis 3 % - Monozyten: bis 12 % | Abklärung erhöhter und erniedrigter Leukozytenergebnisse. Monitoring der Leukämie- und Malignom-Therapie. | EDTA-Blut | Meldet das Gerät Auffälligkeiten oder besteht der Einsenderwunsch, wird die klassische Mikroskopie nach manueller Pappenheim-Färbung zur Absicherung und weiteren Abklärung durchgeführt. Dabei wird auch die Erythrozytenmorphologie beachtet. | Optische Laserdifferenzierung nach dem Mehrwinkelstreu-/Depolarisations-Verfahren | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Differentialblutbild (Großes Blutbild) | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1924 | Großes Blutbild | siehe Differentialblutbild (Großes Blutbild) | Bestandteil des Differentialblutbildes ("Großes Blutbild") | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|-----------|--------------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|----------|---|
| 3401 | Hämoglobin 1. Abn./St | negativ | Suche nach Mikroblutung im Darm (Malignom) | Stuhlprobe | | Immunchromatographischer Teststreifen | 3 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2058 | Haptoglobin | 27- 139 mg/dl | Hämolyse-Diagnostik, bei Verdacht auf HELL-PP-Syndrom, bei fraglicher Transfusions-Reaktion | Serum | Abfall bei intravasaler Hämolyse. Haptoglobin ist aber auch Akute-Phase-Protein Typ 1 und steigt daher bei Vorliegen einer Entzündung an. | Immunturbidimetrie | 5 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1306 | Harnsäure | 0,0 - 8,0 mg/dl | Bei Verdacht auf Gicht. Monitor bei Cytostatika-Therapie. Routinediagnostik. | Serum | | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2561 | Harnsäure /U | 2 - 400 mg/dL | Diagnostik der primären Hyperurikämie (Ausscheidung, Überproduktion). Nephrolithiasis (Harnsäure- oder Calcium-haltige Steine), unklare Hyperurikämie. | Urin | | Photometrie | 24 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1305 | Harnstoff | 10 - 50 mg/dl | Routinediagnostik. Bei Verdacht auf Niereninsuffizienz. | Serum | Harnstoff ist nahrungsabhängig. Daher kann bei Nahrungskarenz trotz Niereninsuffizienz die Harnstoffkonzentration niedrig sein. | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2985 | Harnstoff /K6 | | Nachweis von Urin im Punktat | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 2 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2562 | Harnstoff /U | 1600-2800 mg/dl | Diagnose und Verlaufsbeurteilung der Niereninsuffizienz | Urin | | Photometrie | 2 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1457 | HbA1c % | Stoffwechselfgesunde: 3,9 - 5,7 % Gute Einstellung: 7 - 8 % Mäßige Einstellung: 8 - 9 % Unbefriedigende Einstellung: > 9 % | Monitoring des Diabetes mell. | EDTA-Blut | Die Bestimmung sollte bei einem Patienten nicht häufiger als einmal pro Quartal erfolgen. CAVE! Verkürzte Erythrozyten-lebensdauer führt zu falsch niedrigen HbA1c-Ergebnissen | Immunturbidimetrie | 2 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2721 | HCG.beta-Untereinheit | siehe HCG | Feststellung der Frühschwangerschaft. Störungen in der Frühschwangerschaft (Abort, Extrauterin gravidität) Verdacht auf Keimzelltumoren (Hoden, Plazenta, Ovar, extragonadal). Verlaufskontrolle, Therapieüberwachung. | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2721 | HCG.beta-Untereinheit | Nichtschwängere, prämenopausale Frauen: bis 1 mU/ml Postmenopausale Frauen: bis 7 mU/ml Männer: <2 mU/ml Intakte Schwangerschaft: SSW HCG / mU/ml 3 5,8 - 71 4 9,5 - 750 5 217 - 7138 6 158 - 31.795 7 3697 - 163.563 8 32.065 - 149.571 9 63.803 - 151410 10 46.509 - 186.977 12 27.832 - 210.612 14 13.950 - 62.530 15 12.039 - 70.971 16 9040 - 56.451 17 8175 - 55.868 18 8099 - 58.176 | Monitoring der SS. Bei Verdacht auf EU-Gravidität. Bei Männern bei Verdacht auf Hodentumor bzw. im Rahmen der Tumortherapie-Nachsorge. | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1605 | HCG.beta-Untereinheit /U | negativ | Schwangerschaftstest | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1605 | HCG.beta-Untereinheit /U | negativ | Schwangerschaftstest. Vor bestimmten Eingriffen oder Medikamentengaben. Verdacht auf EU. Bei | Urin | | Immunchromato-graphischer Teststreifen | 2 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3115 | Hepatitis-E-Virus Ak.IgG | Negativ < 20 U/ml Grenzwertig 20 – 25 U/ml Positiv > 25 U/ml | Hepatitis E | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 3116 | Hepatitis-E-Virus Ak.IgM | Negativ < 20 U/ml Grenzwertig 20 – 25 U/ml Positiv > 25 U/ml | Hepatitis E | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 3163 | Heterophile Ak | negativ | Ausschluss EBV- | Serum | | Immunchromatographischer Teststreifen | 3 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3141 | HIV 1+2 Ak+HIV-1 p24 Ag | Negativ | V.a. HIV-Infektion. In der Frühphase der Infektion kann der HIV-Antikörpertest noch negativ ausfallen. In diesen Fällen sollte ein Genom-Nachweis durchgeführt werden. Bestimmung der Virusmenge im Blut des Patienten, Beurteilung des Infektionsstatus, Therapiekontrolle. | Serum | | Kombinierter Antikörper-/Antigennachweis (CLIA) | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3166 | HSV Ak.IgG | | siehe Herpes simplex | | | | | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3166/3167 | HSV Ak.IgG/HSV Ak.IgM | Negativ | Herpes labialis, Herpes genitalis, Encephalitis, bei Kleinkindern und Säuglingen auch Krampfanfälle, Hepatitis, Herpes neonatorum. Nachweis einer HSV-Infektion, insbesondere bei akuter ZNS-Erkrankung. | Serum, Gewebe-Biopsien, Bläschen-Flüssigkeit | | Antikörpernachweis IgG + IgM (CLIA) | 7 Tage | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 1807 | IgA | 70 - 400 mg/dl | Bei Verdacht auf IgA-Mangel . Monitoring einer monoklonalen IgA-Gammopathie. Bestandteil des REIBER-Schemas bei Verdacht auf neurologische Erkrankung. | Serum | | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|----------------------------|---|--|--|--|---|-----------------------------------|----------|----------------------------------|
| 2932 | IgA /Z | < 2,0 mg/l | Zur Neurologische Erkrankung, wird für REIBER-Schema benötigt. | Liquor | | Immunnephelometrie | 3 Tage | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2201 | IgE | 1,31 - 165 IU/ml | Bei Verdacht auf Neurodermitis oder Atopie | Serum | Eine Allergie kann auch bei IgE-Konzentrationen im Referenzbereich vorliegen, wenn das IgE entsprechend avide ist. | Immunturbidimetrie | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1806 | IgG | 700 - 1600 mg/l | Verdacht auf IgG-Mangel Monitoring einer monoklonalen IgG-Gammopathie Für Reiber-Schema bei neurologischer Erkrankung. | Serum | | Immunnephelometrie | 14 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2570 | IgG /U | bis 10 mg/l | Urineiweiß-Differenzierung bei erhöhter Eiweißausscheidung ("SDS-PAGE") | Urin | | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2928 | IgG /Z | 0,48 - 5,86 mg/dl | Neurologische Erkrankung, wird für REIBER-Schema benötigt. | Liquor | | Immunnephelometrie | 3 Tage | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 1808 | IgM | 40 - 230 mg/dl | Verdacht auf IgM-Mangel Monitoring einer monoklonalen IgM-Gammopathie. Für REIBER-Schema bei neurologischer Erkrankung. | Serum | | Immunnephelometrie | 14 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2936 | IgM /Z | < 2,0 mg/l | Neurologische Erkrankung, wird für Reiber-Schema benötigt. | Liquor | | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2881 | Immuntypisierung Kommentar | negativ | Bestätigung eines Verdachts auf monoklonale Gammopathie | Serum | Die klassische Elektrophorese sollte pathologisch sein. | Immundefixationselektrophorese | 7 Tage | \$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 0 | Influenza A-PCR | Negativ | Schwere Atemwegsinfektionen, Pneumonie, insbes. in der Influenza-Zeit (Nov – März). Retrospektive Diagnose einer Influenza-Infektion | Nasopharyngeal-Abstrich (spezieller Abstrichtupfer) oder Atemwegsekret (Trachealsekret, BAL) | Testung innerhalb 1 h | Genom-Nachweis (PCR) Infl.A. / Infl. B. | 24Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2302 | INR | Erwachsene: 0,8 - 1,3 Neugeborene: 0,9 - 2,7 (!) Empfohlener therapeut. Bereich unter oraler Cumarin-Therapie: 2,0 - 4,5 | Monitor einer Oralen Antikoagulation mit Cumarin-Derivaten (Marcumar, Warfarin). | Citrat | Gerinnungsanalysen sind besonders störanfällig auf Fehler in der Präanalytik! Siehe Handbuch | Rechenwert | Rechenparameter | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1463 | Insulin | 1,9 – 23 µIU/ml | Differenzialdiagnose des Diabetes mellitus Typ I, Hypoglykämie, Verdacht auf Insulinom, Abklärung der Insulinresistenz | Serum | | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1804 | Interleukin-6 | < 6,4 pg/ml | Entzündungsmarker | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2921 | Interleukin-6 /Z | < 6,4 pg/ml | Entzündungsmarker | Liquor | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1111 | Kalium | Erwachsene: 3,5 - 5,0 mmol/l Kinder: < 1 a: 3,9 - 5,5 mmol/l 1 - 6 a: 3,8 - 5,3 mmol/l 7 - 16 a: m: 3,75 - 5,20 mmol/l w: 3,85 - 4,90 mmol/l | Routinediagnostik Bei allen Herzerkrankungen. Prä-OP-Parameter Bei Verdacht auf Hyper- bzw. Hypokaliämie Siehe rechts! | Serum | Pseudohyperkaliämie bei in vitro-Hämolyse. Hypokaliämie bei: Stress, Diuretika, metabol. Azidose bei Erbrechen, Laxantienabusus, Alkoholabusus, renaler tubulärer Azidose, Ketoazidose, Hypomagnesiämie, vermehrter Chlorausscheidung, M. CONN, Lakritzabusus. Hyperkaliämie bei: Muskel- und Gewebeerfall (Trauma), in-vivo-Hämolyse, Niereninsuffizienz, ADDISON-Krise, Einnahme von ACE-Hemmern, Einnahme Kalium-sparender Diuretika. | Ionensensitive Elektrode (Direkte Potentiometrie) | 12 Stunden/ 14 Tag in Gelröhrchen | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2554 | Kalium /U | 25 – 125 mmol | Weitere Diagnose bei Hyper- und Hypokaliämie | Urin | | Ionensensitive Elektrode (Direkte Potentiometrie) | 12 Stunden/ 14 Tag in Gelröhrchen | \$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|------------------|--|--|-----------|---|---|-------------------------------|----------|---------------|
| 1901 | Kleines Blutbild | <p>Leukozyten (LEUCOZ) Alter bis 7 Tage: 9,0-30,0 /nl Alter bis 60 Tage: 5,0-20,0 /nl Alter bis 12 Monate: 6,0-17,5 /nl Alter bis unbegrenzt: 3,5-10,0 /nl</p> <p>Hämatokrit (HKTFFN) Alter bis unbegrenzt: 0,35-0,52 /nl</p> <p>Leukocyten (LEUK) Alter bis 3 Tage: 6,0-19,4 /nl Alter bis 14 Tage 6,0-19,4 /nl Alter bis 2 Monate 5,9-19,4 /nl Alter bis 6 Monate 5,5-19,4 /nl Alter bis 12 Monate 5,1-19,3 /nl Alter bis 3 Jahre 4,3-19,1 /nl Alter bis 5 Jahre 4,4-12,9 /nl Alter bis unbegrenzt 3,8-10,4 /nl Hämatokrit (HKT) Alter bis 3 Tage: 0,35-0,52 /nl</p> | Basisdiagnostik der Hämatopoese | EDTA-Blut | | Widerstandsmessung | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Bestandteil des Blutbildes | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Obligatorischer Bestandteil des Blutbildes. EVB spiegelt die Dynamik des MCV-Wertes wieder: Der Wert steigt an sowohl bei zeitlicher Verringerung des MCV (z.B. bei chron. Eisenmangel) als auch bei Vergrößerung (z.B. bei Perniciosa) an. | EDTA-Blut | | Rechenwerte (Prozentuierter Quotient aus Halbhöhenbreite der CV-Verteilung der Erythrozyten und MCV) | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Bestandteil des Blutbildes | EDTA-Blut | | Rechenparameter (aus MCV und Erythrozyten) | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Bestandteil des Blutbildes | EDTA-Blut | | Photometrie | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Bestandteil des Blutbildes. Bei Verdacht auf Infekt Leukämie. Bei Anämie. | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch nach dem Widerstandsmeßprinzip und Partikelgrößenbestimmung mittels volumetrischer Absolutmessung, Streulichtauswertung. | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Obligatorischer Bestandteil des Blutbildes | EDTA-Blut | Die klassischen Begriffe "Hypo- bzw. Hyperchrome Anämie" sind über den MCH-Wert definiert. Wegen seiner direkten Bestimmung sollte allerdings bei der Interpretation des Befundes zunächst der MCV-Wert berücksichtigt werden. | Rechenwert (Quotient aus Hb- und Erythrozyten-Konzentration) | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Obligatorischer Bestandteil des Blutbildes. "Qualitätskontrollparameter der Hämatologie." (siehe rechts) Ein Abweichen von dieser Konzentration ist als ernste Störung zu werten oder verweist auf einen Fehler des Laboratoriums. | EDTA-Blut | MCHC = 34 g/dl ist anscheinend für die intraerythrozytäre Sauerstoff- und CO ₂ -Diffusion eine optimale Konzentration. Deshalb versucht der Organismus diese Konzentration bei allen Störungen (Eisenmangel, Thalasämien, Perniciosa, ...) aufrecht zu erhalten. | Rechenwert (Quotient aus MCH und MCV) | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Obligatorischer Bestandteil des Blutbildes. Eisenmangel bei Erwachsenen: < 82 fl. Perniciosa bei Erwachsenen: deutlich > 110 fl. MCV < 70 fl bei Erwachsenen deutet auf Thalasämie hin. | EDTA-Blut | MCV der Einzelerthrozyten wird direkt gemessen und gemittelt | Auswertung des Lasersstreulichts, Widerstands- und Impedanzmessung | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1901 | Kleines Blutbild | siehe Blutbild (Kleines Blutbild) | Bestandteil des Blutbildes und damit Routineuntersuchung, insbesondere präoperativ. Fällt bei Verbrauchskoagulopathie (DIC) parallel zum AT III ab. Hinweis: 1.000 /µl = 1 /pl | EDTA-Blut | CAVE! Thrombopenien können EDTA-induzierte Pseudo-Thrombopenien sein! Deshalb ist bei Thrombopenie nach Rücksprache mit den Laborärzten eine Bestimmung der Thrombozyten aus Citrat-Blut durchzuführen. Siehe 1 Zeile höher! | Partikelzählung elektronisch nach dem Widerstandsmeß- und Partikelgrößenbestimmung mittels volumetrischer Absolutmessung | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1809 | Komplement C3c | 79 - 152 mg/dl | Verdacht auf Komplement-Mangel oder Verbrauch | Serum | | Immunnephelometrie | 8 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1810 | Komplement C4 | 16 - 38 mg/dl | Verdacht auf Komplement-Mangel oder Verbrauch | Serum | | Immunnephelometrie | 8 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|-----------|--|--|---|---|--|--|--|----------|---|
| 9501 | Kreuzproben | negativ | Vor Transfusionen. Prüft, ob im Blut eines Empfängers Antikörper gegen die Erythrozyten des für die Transfusion vorgesehenen Erythrozytenkonzentrats vorhanden sind. Wird daher nicht durchgeführt vor Plasma- und Thrombozytentransfusionen. | großes EDTA | Nicht zu verwechseln mit dem Bed-Side-Test! Der Einsender muß einplanen, daß Antikörper im Serum des Patienten gefunden werden, die zu Engpässen in der Bereitstellung von Konserven führen können. Daher sollte er möglichst früh Kreuzblut einsenden. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 9501 | Kreuzproben | negativ | Vor Transfusionen. Prüft, ob im Blut eines Empfängers Antikörper gegen die Erythrozyten des für die Transfusion vorgesehenen Erythrozytenkonzentrats vorhanden sind. Wird daher nicht durchgeführt vor Plasma- und Thrombozytentransfusionen. | großes EDTA | Nicht zu verwechseln mit dem Bed-Side-Test Der Einsender muss einplanen, dass Antikörper im Serum des Patienten gefunden werden, die zu Engpässen in der Bereitstellung von Konserven führen können. Daher sollte er möglichst früh Kreuzblut einsenden. | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 10036 | Kultur auf Listerien | Nicht nachweisbar | V.a. Listeriose, insbes. bei Immungeschwächten und Schwangeren mit Risikokontakt (kontaminierte Lebensmittel). Grippeähnliche Beschwerden, Schüttelfrost, Meningitis. Eine Listerieninfektion in der Gravidität kann zu Abort, Totgeburt oder einer fetalen Schädigung führen | Blutkultur, , Placenta, Abstriche, Mekonium. 1 ml Liquor | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 10032 | Kultur auf MRSA | Nicht nachweisbar | V.a. MRSA-Besiedelung oder Infektion bei Risikopatienten (Antibiotikatherapie oder Hospitalisierung in den vorangehenden 4 Wochen, Pflegeheim, chronische Ulcera) | Nasen-, Rachen-, Perineal-, Wund-, ZVK-Einstichstellen-Abstriche | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 10034 | Kultur auf Salmonellen/Shigellen | Nicht nachweisbar | Infektiöse Enteritis, Fieber (insbesondere bei Reiseanamnese), Abszesse | Stuhlprobe, bei V.a. disseminierte Salmonellose Blutkulturen, Abszessmaterial Typhus: Blutkulturen, Urin, Stuhl | | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 10034 | Kultur auf Salmonellen/Shigellen | Nicht nachweisbar | Infektiöse Enteritis. Vorkommen bes. in warmen Ländern mit reduziertem Hygienestandard. | Stuhlprobe (schneller Transport!) | | Erregernachweis (Mikroskopisch, Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 10080 | Kulturell MRGN | Nicht nachweisbar | Patienten aus Gebieten mit hoher MRGN-Prävalenz | Rektal-, Rachenabstriche, ggf. Wundabstrich, Urin | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 3223 | L. pneumophila Ag /U | Negativ | Atypische Pneumonie, insbes. schwere Verläufe. | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1461 | Lactat | 0,5 - 2,2 mmol/l | Bei Verdacht auf Ileus. | Serum/ NaF | Probe rasch ins Labor transportieren. Serum muß innerhalb 1 h nach Blutentnahme vermesen sein! Andernfalls müssen Fluorid-Röhrchen (Kennfarbe: GELB) verwendet werden. | Photometrie | 1 Stunde im Serum/ in zentrifugierten NaF Röhrchen 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2919 | Lactat /Z | bis 2,1 mmol/l | erhöht bei bakterieller Meningitis | Liquor | | Photometrie | 1 Stunde | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1213 | Lactatdehydrogenase | Erwachsene: w: 265 U/l m: 275 U/l Kinder: 0 - 30. d: bis 785 U/l bis 1 a: bis 450 U/l bis 15 a: bis 400 U/l | Basisdiagnostik. Ein unauffälliges LDH-Ergebnis schließt viele Erkrankungen aus! | Serum | Steigt bei in-vitro-Hämolyse zusammen mit Kalium an! Isoenzym: LDH1 und LDH2: Herzmuskel, Erythrozyten und Nieren LDH3: Lunge, Milz, Lymphknoten, Thrombozyten, Schilddrüse und Nebennierenrinde LDH4 und LDH5: Leber und Skelettmuskulatur | Photometrie | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2980 | Lactatdehydrogenase /K6 | | Differenzierung zwischen Exsudat und Transsudat | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2882 | Leichtketten.kappa.frei | Freie Kappa-Leichtketten: bis 19,4 mg/l Freie Lambda-Leichtketten: bis 26,3 mg/l Kappa/Lambda-Quotient: 0,26 - 1,65 +B175 Bei Niereninsuffizienz: 0,37 - 3,1 | Monitoring bei Verdacht auf Monoklonale Gammopathie zur Abschätzung der Nierengefährdung: - Extrapeak in der Ephorese - Monoklonale Gammopathie in der Serum-Immundefixation - Hypercalciämie - Niereninsuffizienz - allgemein bei Malignen Lymphomen | Serum | Diese quantitative Bestimmung ersetzt die (nur qualitative) Urin-Immundefixation ("BENCE-JONES-Proteine im Urin"). Hinweis: Lambda-Ketten bilden im Serum Dimere und werden deshalb langsamer renal eliminiert. | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2885 | Leichtketten.kappa.frei /U | Freie Kappa-Leichtketten: bis 15,10 mg/l Freie Lambda-Leichtketten: bis 10,1 mg/l Kappa/Lambda-Quotient: 0,46 - 4,00 | Bei Monoklonale Gammopathie zur Abschätzung der Nierengefährdung. Bei Einschränkungen der Nierenfunktion ist die Bestimmung der Freien Ketten im Serum (siehe eine Zeile höher) der zuverlässigere Monitor. | Urin | Diese semi-quantitative Bestimmung ersetzt die (nur qualitative) Urin-Immundefixation ("Bence-Jones-Proteine"). | Immunnephelometrie | 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2882/2883 | Leichtketten.kappa.frei/ Leichtketten.lambda.frei | Freie Kappa-Leichtketten: bis 19,4 mg/l Freie Lambda-Leichtketten: bis 26,3 mg/l Kappa/Lambda-Quotient: 0,26 - 1,65 | Monitoring bei Verdacht auf Monoklonale Gammopathie zur Abschätzung der Nierengefährdung: - Extrapeak in der Ephorese - Monoklonale Gammopathie in der Serum-Immundefixation - Hypercalciämie - Niereninsuffizienz - allgemein bei Malignen Lymphomen | Serum | Diese quantitative Bestimmung ersetzt die (nur qualitative) Urin-Immundefixation ("BENCE-JONES-Proteine im Urin"). Hinweis: Lambda-Ketten bilden im Serum Dimere und werden deshalb langsamer renal eliminiert. | Immunnephelometrie | 7 Tage | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|---------------------------------------|---|--|--|--|---|---|--|----------|---|
| 2883 | Leichtketten.lambda.frei | Freie Lambda-Leichtketten: bis 26,3 mg/l Kappa/Lambda-Quotient: 0,26 - 1,65 | Monitoring bei Verdacht auf Monoklonale Gammopathie zur Abschätzung der Nierengefährdung: - Extrappeak in der Ephorese - Monoklonale Gammopathie in der Serum-Immundefixation - Hypercalciämie - Niereninsuffizienz - allgemein bei Malignen Lymphomen | Serum | Es werden immer auch die Freien Kappa-Ketten mitbestimmt. Hinweis: Lambda-Ketten bilden im Serum Dimere und werden deshalb langsamer renal eliminiert. | Immunelektrophorese | 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 1212 | Lipase | bis 60 U / l | Verdacht auf akute Pankreatitis | Serum | | Photometrie | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2314 | LMW-Heparin | nicht nachweisbar | Nachweis von Gerinnungsmedikamenten, die hauptsächlich oder ausschließlich durch Hemmung des aktivierten Faktor X (FXa) wirken | Citrat | Für unfractioniertes Heparin (UFH) und orale Antikoagulantien wie Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban werden in diesem Test keine Wirkspiegel ermittelt | Turbidimetrie | 2 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2722 | Lutropin | Zyklusabhängig: Maximum kurz nach dem 14. Tag des Zyklus. | Zyklusstörungen | Serum | | CLIA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3225 | M. pneumoniae Ak.IgA | Negativ < 20 U/ml Grenzwertig 20 – 25 U/ml Positiv > 25 U/ml | Atypische Pneumonie (langsamer Krankheitsbeginn, trockener Husten), Myokarditis, Neurologische Komplikationen, Polyarthralgien. Antikörpernachweise meist erst 1-2 Wochen nach Erkrankungsbeginn möglich. Bei ZNS-Beteiligung: AK-Bestimmung im Liquor erst 2-3 Wochen nach Erkrankungsbeginn sinnvoll. | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 1115 | Magnesium | 0,7 - 1,1 mmol / l | Elektrolytstörungen. Nächtliche Wadenkrämpfe. | Serum | | Photometrie | 7 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2558 | Magnesium /U | 1,2-6 mmol | Abklärung einer Hypo- oder Hypermagnesiämie | Urin | | Photometrie | 2 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1959 | Manuelles Diff. | - Lymphozyten: 10 - 50 % | Überprüfung des maschinellen Ergebnisses. Nach Warnhinweisen des Hämatologie-Gerätes. Auf Wunsch des Einsenders. | EDTA-Blut | | Hellfeldmikroskopie nach Anfärbung | 8 Stunden | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 1959 | Manuelles Diff. | - Stabkernige: 0 - 5 % - Segmentkernige: 50 - 70 % - Lymphozyten: 10 - 50 % - Eosinophile: bis 6 % - Basophile: bis 3 % - Monozyten: bis 12 % | Überprüfung des maschinellen Ergebnisses. Nach Warnhinweisen des Hämatologie-Gerätes. Auf Wunsch des Einsenders. | 2,7-ml-EDTA-Monovette, Kennfarbe: ROT. | | Hellfeldmikroskopie nach Anfärbung | 8 Stunden | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 3211/3212 | Masern-Virus Ak.IgG/ Masern-Virus Ak.IgM | Negativ | Maserninfektion, Enzephalitis, Riesenzellpneumonie, subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), Masern-Einschlusskörper-Enzephalitis (MIBE) | Serum | | Antikörpernachweis IgG, IgM (CLIA, EIA) | 9 Tage | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 3297 | Meningitis Viral DNA /Z Liste | negativ | Bei V. a. Herpes simplex-Enzephalitis oder -Myelitis | Liquor | | Loop-Mediated Isothermal Amplification (LAMP)-Methode | | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3297 | Meningitis Viral DNA /Z Liste | negativ | Bei V. a. Herpes simplex-Enzephalitis oder -Myelitis | Liquor | | Loop-Mediated Isothermal Amplification (LAMP)-Methode | | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3297 | Meningitis Viral DNA /Z Liste | negativ | Bei V. a. Varicella-zoster-Virus (VZV)-Infektion | Liquor | | Loop-Mediated Isothermal Amplification (LAMP)-Methode | | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3298 | Meningitis Viral+Bak. DNA /Z | negativ | V.a HSV-1/-2, VZV-, E.coli-, H.influenzae-, N.meningitidis-, S.pneumoniae-, S.agalactiae-, L.monocytogenes-Infektion | Liquor | | Loop-Mediated Isothermal Amplification (LAMP)-Methode | | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 10453;10454;10455 ;10456;10457;1045 8 | Meningokokken (Neisseria meningitidis) | Nicht nachweisbar | Bakterielle Meningitis, Sepsis | Liquor | | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2117 | Mitochondrien M2 Ak | negativ | Bei Verdacht auf Autoimmun-Hepatitis. Ist spezifischer auf PBC als AMA. | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 3021 | MRSA DNA | Nicht nachweisbar | schneller Ausschluss nasaler MRSA- Besiedelung bei Risikopatienten | beidseitiger Nasenabstrich mit Spezialtupfer | | Genomnachweis (PCR) innerhalb 1½h | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 10037 | Mycoplasma hominis | Nicht nachweisbar | Urethritis, vorzeitiger Blasensprung, Frühgeburlichkeit, Pneumonie bei Frühgeborenen | Urethral-, Cervix-Abstrich, Trachealsekret bei Neu-/Frühgeborenen (bitte gezielte Anforderung) | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2116 | Myeloperoxidase Ak (pANCA) | bis 5 IU/ml | MPO-Antikörper sind spezifische Marker für die mikroskopische Polyangiitis (MPA). Der Titer der MPO-Antikörper korreliert mit der Krankheitsaktivität. MPO-Antikörper werden auch beim Churg-Strauss-Syndrom und der Panarteriitis nodosa gefunden und unterscheiden diese Erkrankungen serologisch von der Wegener-Granulomatose. | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2116 | Myeloperoxidase Ak (pANCA) | bis 5 IU/ml | MPO-Antikörper sind spezifische Marker für die mikroskopische Polyangiitis (MPA). Der Titer der MPO-Antikörper korreliert mit der Krankheitsaktivität. MPO-Antikörper werden auch beim Churg-Strauss-Syndrom und der Panarteriitis nodosa gefunden und unterscheiden diese Erkrankungen serologisch von der Wegener-Granulomatose. | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2869 | Myoglobin | bis 90 µg/l | Herzinfarkt-Diagnostik bei Verdacht auf Rhabdomyolyse | Serum | Myoglobin wird wesentlich renal eliminiert. Daher steigt das Myoglobin bei Niereninsuffizienz auf ein höheres, konstantes Niveau an. | Immunturbidimetrie | 24 Stunden | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|--------------------------------|--|--|--|---|--|--|----------|--|
| 1110 | Natrium | Kinder und Erwachsene: 135 - 145 mmol / l | Elektrolytentgleisungen (bei Durchfall, Erbrechen, Infusionen) Siehe rechts | 0,5 ml Serum, 7,5-ml-Chemimonovette Kennfarbe: WEISS | Hypernatriämie bei: ADH-Mangel (zentr. Diabet. insipid.), ADH-Resistenz (renal. Diabet. insipid.), Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Niereninsuffizienz, M. CONN, osmotischer Diurese. Hyponatriämie bei: Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Neoplasien, ADH-Erhöhung, Erbrechen und Diarrhoe, Verbrennungen, M. ADDISON, Hypothyreose, Diuretika, Laxantien. Pseudohyponatriämie bei Lipämie! | Ionensensitive Elektrode (Direkte Potentiometrie) | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2553 | Natrium /U | 64-172 mmol | Verlaufskontrolle bei Diuretikatherapie, Abklärung einer Hypo- und Hypernatriämie (Hyper- und Hypoaldosteronismus), Niereninsuffizienz | Urin | | Ionenselektive Elektrode | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 10033 | Nokardien-Kultur | Nicht nachweisbar | Pulmonale Nocardiose (Krankheitsbild ann Tuberkulose oder Malignome imitieren), Systemische Nocardiose (multiple Abszessbildung in allen Organen möglich, häufig ZNS). Oberflächliche Nocardiose: nach Hautverletzungen subakute bis chronische Hautaffektionen. Chronisch-progressive Infektionen der Haut mit Knochenbeteiligung. | Sputum, BAL, Abstriche, Gewebe | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Mikroskopisch, Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2683 | NT-proBNP | | Früherkennung von Herzinsuffizienz | EDTA | | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2103 | Nukleäre Ak | negativ | Einstiegsscreening in eine Reihe von Autoimmunerkrankungen: CREST-, SJÖGREN-Syndrom, Lupus Erythematoses, Sharp-Syndrom/ Mixed Connective Tissue Disorder (MCTD), Systemische Form der Sklerodermie, Polymyositis, Dermatomyositis. Bei positivem Ergebnis wird der entsprechende Autoantikörper identifiziert, z.B. mit dem ENA-Blot | Serum | | ELISA (Elisa-Technik mit 26 Fängerantigenen in einem Ansatz) | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 1117 | Osmolalität | 281 - 297 mOsmol / kg | Monitoring von Intensiv-Patienten. Monitoring einer hyperosmolaren Therapie. Verdacht auf Diabetes insipidus. | Serum | | Kryoskopie | 3Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2441 | Osmolalität /U | > 300 mOmol / kg | Überprüfung des Konzentrationsvermögens der Niere. Verdacht auf Diabetes insipidus. | Urin | Bei Diabetes insipidus werden Urin-Osmolalitäten deutlich unter 2U0 mosmol/kg beobachtet. | Kryoskopie | 3 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2702 | Parathormon.intakt | 14,5 – 87,1 pg/ml | - erhöht: Hyperparathyroidismus, Pseudohypoparathyreoidismus, Malabsorptionssyndrom - vermindert: Hypoparathyreoidismus, Vitamin D-Überdosierung, Hyperthyreose, Tumor-Hyperkalzämie, Sarkoidose | EDTA-Blut | Blut zügig ins Labor (innerhalb 1 Stunde) | CLIA | 4 Stunden+H511 | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3201 | Parvovirus B19 Ak.IgG | Negativ | Exanthematöse Erkrankungen (rubeoliforme Exantheme) bei Kindern und bei Schwangeren (transplazentare Übertragung mit Hydrops fetalis). Arthralgisch-arthritische Beschwerden nach exanthematösen Erkrankungen. Aplastische Krisen bei chronisch hämolytischen Anämien, Lymphadenitis mit makulo-papulösem Exanthem. | Serum | | Antikörpernachweis: IgG, IgM (CLIA) | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 10707 | PCR TBC RIF | Negativ | Untersuchung von Sputum bei Verdacht/ Ausschluss einer aktiven pulmonalen Tuberkulose. Mit dem Erregernachweis wird auch auf eine Rifampicin-Resistenz (poB-Gen) getestet. | 0,5-2,5 ml Sputum | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | PCR | Unverarbeitete Sputumproben können bei 2–35 °C für 7 Tage (einschließlich Versandzeit) gelagert werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 10708 | PCR TBC XDR | Negativ | Bei gesichertem Nachweis von Tbc im Material (positives Ergebnis der PCR TBC RIF) kann in einem zweiten Schritt auf Resistenzgene gegen Isoniazid, Ethionamid, Fluorchinolone, Amikacin, Kanamycin und Capreomycin getestet werden. | 0,5-2,5 ml Sputum | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | PCR | Unverarbeitete Sputumproben können bei 2–35 °C für 7 Tage (einschließlich Versandzeit) gelagert werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2313 | PF4-Heparin Ak (HIT II Screen) | Kein Nachweis von PF4-Heparin-Antikörper | Thrombozytenabfall unter Heparin-Therapie. PF4-Heparin-Antikörper aktivieren Thrombozyten und können so schwere Thrombembolien auslösen. Erster Hinweis ist der Thrombozytenabfall unter Heparin-Therapie. Es muß dann von Heparin auf Organan oder r-Hirudin umgestellt werden und die HIT-Diagnostik folgen. | Serum | Die Citrat-Monovetten müssen exakt gefüllt sein! Gerinnungsanalysen sind besonders störanfällig auf Fehler in der Präanalytik! siehe Handbuch Präanalytik | Enzymimmunoassay und HIPA-Test | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1116 | Phosphat | Erwachsene: 0,81 – 1,45 mmol/l Kinder: 1,29 - 2,26 mmol/l | Abklärung von Knochenkrankungen, Osteoporose, Nierenerkrankungen, Hyper- und Hypoparathyreoidismus, Nephro- und Urolithiasis; Verdacht auf Vitamin-D-Mangel; Diagnostik nach Schilddrüsenoperationen | Serum | | Photometrie | 4 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2557 | Phosphat /U | 13 – 42 mmol/l | Hypoparathyreoidismus, Hyperparathyreoidismus, Hypokalzämie, Vitamin-D-Mangel, Niereninsuffizienz | Urin | | Photometrie | 2 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 3045 | Plasmodium sp Ag | negativ | Unklares Fieber nach Aufenthalt in tropischen und subtropischen Ländern. Diagnostik nach Tropenaufenthalt, Verdacht auf latente Malaria | EDTA-Blut | Wird als Profil unter "Malaria-Verdacht" angefordert (gleichzeitig mit Blutausstriche) | Immunchromatographischer Teststreifen | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|--------------------------------|--|--|---|--|----------------------------------|-------------------------------|----------|---|
| 3048 | Plasmodium sp mi. | Negativ | Unklares Fieber nach Aufenthalt in tropischen und subtropischen Ländern. Diagnostik nach Tropenaufenthalt, Verdacht auf latente Malaria | EDTA-Blut: mehrere Blutausstriche, dicker Tropfen | Wird als Profil unter "Malaria-Verdacht" angefordert (gleichzeitig mit Schnelltest) | Erregernachweis (Mikroskopisch) | 12 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1803 | Procalcitonin | Normalpersonen, Chron. entzündl Prozesse, Autoimmunerkrankungen, virale Infekte, leichte bis mittelschwere bakterielle Lokalinfectionen: < 0,5 ng/ml SIRS, Polytrauma, Sepsis, Multiorganversagen, schwere bakterielle Infektion: > 2,0 ng/ml | Monitoring von Intensivpatienten Entscheidungshilfe für Antibiotika-Therapie | 7,5-ml-Chemimionovette, Kennfarbe: WEISS | Der Test soll dazu beitragen, die Kosten für Antibiotika zu senken. | Immunurbidimetrie | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2725 | Progesteron | Männer: 41 - 289 µU/ml Frauen: postmenop.: bis 14 pg / ml Zyklusabhängig: 10 - 375 pg / ml (Anstieg in der zweiten Zyklushälfte) in der SS: bis 35.000 pg / ml | Zyklusstörungen | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2726 | Prolaktin | Männer und Frauen in der Menopause.: bis 399 µU/ml Kinder (2 - 10 a): bis 468 µU/ml Frauen: zyklusabh.: bis 525 µU/ml in der SS: bis 5700 µU/ml | Verdacht auf Prolaktinom SS-Monitoring | Serum | Achtung! Es gibt viele Medikamente, die Prolaktin bis weit über die Referenzgrenzen ansteigen lassen. | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 6181 | Prostata-spezifisches Ag* | bis 4,0 ng / ml | Verdacht auf Prostata-CA. Vorsorge-Parameter. | Serum | in-vivo-Halbwertszeit: 2-3 d. Nachweisgrenze des Assays 0,008 ng/ml. | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 6182 | Prostata-spezifisches Ag.frei* | wenn > 20 % Gesamt-PSA, Hinweis auf Adenom wenn < 20 % Gesamt-PSA Hinweis auf Prostata-CA | trägt zur Einordnung erhöhter PSA-Werte bei | Serum | Bestimmung erfolgt automatisch, wenn PSA > 4,0 und < 20 ng/ml. | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1120 | Protein | Erwachsenen: 60 - 80 g/l Kinder: < 1a: 53 - 74 g/l 1 - 6 a: 47 - 81 g/l 7 - 16 a: 64 - 82 g/l | Routinediagnostik Bei Verdacht auf Proteinverlustsyndrom bzw. -synthesstörung bei Lebererkrankung. | Serum | | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1120 | Protein | 60 - 80 g/l | Routinediagnostik. Bei Verdacht auf Proteinverlustsyndrom bzw. -synthesstörung, bei Lebererkrankung. | Serum | | Photometrie | 14 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2977 | Protein /Kö | | Unterscheidung von Transsudat und Exsudat. Bei Gelenkpunktat Abklärung von Gelenkerkrankungen mit der Differenzierung von nicht-entzündlichen und entzündlichen Effusionen | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 7 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2567 | Protein /U | negativ | Verdacht auf Nierenschaden Nach schwerer körperlicher Arbeit oder Sport kann vorübergehend und physiologisch Proteinurie auftreten | Urin | Ist dieser Wert dauerhaft erhöht, sollte eine U-Eiweiß-Differenzierung angefordert werden. CAVE! Die Mikroalbuminurie wird mit diesem Test nicht erfasst! Dazu muß die nephelometrische Albumin-Bestimmung angefordert werden. | Teststreifen | 4 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2920 | Protein /Z | Erwachsene: 15 - 45 mg/dl (0,15 - 0,45 g/l) Neugeborene bis 1 Monat: 15 - 130 mg/dl (0,15 - 1,30 g/l) | Neurologische Erkrankung. Basisdiagnostik des Liquors. | Liqor | | Photometrie | 4 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2115 | Proteinase 3 Ak (CANCA) | bis 10 IU/ml | V.a. M. Wegener. Je nach Ausmaß und Aktivität der Erkrankung weisen zwischen 40 und 90 % der Patienten mit M. Wegener PR3-ANCA auf. In der aktiven Krankheitsphase sind bis zu 90 % der Patienten positiv. Die Titerhöhe korreliert mit der Aktivität der Erkrankung, wobei ein Titeranstieg einem künftigen Rezidiv vorhergehen kann. Die Spezifität der PR3-Antikörper liegt bei 98 %. | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 2851 | Proteinfractionen | Albumin: 55,8 -66,1 % / 39,1-46,3 g/l Alpha1: 2,9-4,9 % / 2,0-3,4 g/l Alpha2: 7,1-11,8 % / 5,0-8,3 g/l Beta 1: 4,7-7,2 % / 3,5-5,0 g/l Beta 2: 3,2-6,5 % / 2,2-4,5 g/l Gamma: 1,1-18,8 % / 7,8-13,1 g/l | Routine-Diagnostik (Suchtest für Monoklonale Gammopathie!) Bei Serum-Eiweiß unter- oder oberhalb des Referenzbereichs. Verdacht auf Dysproteinämie oder monoklonaler Gammopathie. | Serum | Bei der Kapillarelektrophorese wird der klassische Beta-Peak physiologischerweise im Beta 1 und 2 aufgespalten | Kapillar-Elektrophorese | 10 Tage | \$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 2301 | Quick | 70 - 130 % Neugeborene: 30 (!) - 110 % | Basiserinnungsdiagnostik Prae-operativ. Monitoring einer Marcumar- oder Warfarin-Therapie. Der Quickwert ist der Schnellster Monitor bei Lebersynthesstörungen. (1/2(F VII): 2 - 4 h!) | Citrat | Empfohlener Therapeutischer Bereich bei Marcumar- oder Warfarin-Therapie: 19 - 41 %. Bitte verwenden Sie für dieses Monitoring den INR. | Turbidimetrie | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 9509 | RBC Kommentar | negativ | Abklärung von Transfusionsreaktionen (akute, verzögerte hämolytische Reaktionen), Autoimmunhämolyse, Morbus haemolyticus neonatorum, Medikamenten-induzierte Immunnhämolyse | EDTA-Blut | | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|---------------------------------------|--|--|---|---|--|---|--|----------|---|
| 9509 | RBC Kommentar | negativ | Hämolyse diagnostik | großes EDTA | Bei positivem Ergebnis folgt die Differenzierung (siehe dort) | Agglutination, Gelzentrifugation | 3 Tage | \$\$ | bei Dringlichkeit innerhalb von 4 Stunden |
| 2934 | Reiberdiagramm Ak.IgA | siehe REIBER-Schema | Teil des Reiber-Schemas. | Serum | | Rechenwert | Rechenwert | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2930 | Reiberdiagramm Ak.IgG | siehe REIBER-Schema | Teil des Reiber-Schemas. | | | Rechenwert | Rechenwert | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 2938 | Reiberdiagramm Ak.IgM | siehe REIBER-Schema | Teil des Reiber-Schemas. | Serum | | Rechenwert | Rechenwert | \$\$ | ≤ 3Tage |
| 1922 | Retikulozyten % | Erwachsene: 4 - 18 % Kinder (bis 18 a): 5 - 25 % | Monitor der Blutbildung im KM | EDTA-Blut | | Partikelzählung elektronisch | 3 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2102 | Rheumafaktor | negativ | Diagnostik der rheumatoiden Arthritis (RA). Pos. RF + pos. AntiCCP gelten als beweisend für RA. Neue Therapien mit spez. AK ("Biologicals") werden von der GKV evtl. nur übernommen, wenn diese Konstellation erfüllt ist. | Serum | | Immunnephelometrie | 8 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2309 | Rivaroxaban | 10 mg 1-0-0: Talspiegel: 4-51 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 2-4h): 7-273 ng/ml 20 mg 1-0-0: Talspiegel: 6-239 ng/ml; Spitzenspiegel (nach 2-4h): 22-535 ng/ml Die für chirurgische Eingriffe unkritische Wirkkonzentration wird mit <30 ng/ml angegeben. | Bestimmung Maximalspiegel des Antikoagulanz und der anti-FXa-Aktivität; Therapiekontrolle oder Notfallkontrolle vor Eingriffen bzw. Therapien | Citrat | | Turbidimetrie | 4 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3294 | Rotavirus Ag /St | Negativ | V.a. Rotavirus-Infektion, insbesondere bei akuter Diarrhoe und Gastroenteritis bei Säuglingen und Kindern | Stuhlprobe | | Antigennachweis (CLIA) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | 0 |
| 3191/3192 | Röteln-Virus Ak.IgG/ Röteln-Virus Ak.IgM | < =10 UI/ml | Verdacht auf akute Rötelnvirusinfektion, insbesondere nach Kontakt Symptomatik: kleinleckiges Rötelnexanthem Lymphadenopathie, Arthralgie, Splenomegalie, Rötelnembryopathie (z.B. Mißbildungen von Herz und Augen, Taubheit, Hirndefekte, bei Infektion der Mutter im 1. Trimenon) Infektiosität: bereits 5-7 Tage vor Exantheausbruch | Serum | Wichtig ist der Hinweis auf eine bestehende Schwangerschaft, bitte auch Anamnese, Rötelnkontakt, vorangegangene Schutzimpfung und evtl. Vorbefunde mitteilen | Antikörperrnachweis IgG + IgM (CLIA) | 7 Tage | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 3224 | S. pneumoniae Ag /U | negativ | Infektionen durch Pneumokokken | Urin | | Immunchromatographischer Teststreifen | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 7201/7225 | SARS-CoV-2 (PCR) | Ct-Wert abhängig vom Testsystem: Ct (MDX) = 22 Ct (EXPM) = 26,9 | Verdacht auf COVID-19, Ausschluss Überträgerstatus Verlaufdiagnostik | Nasen-Rachen-Abstrich, Atemwegsmaterialien | | Molekularbiologische Untersuchung / Amplifikationsverfahren / Echtzeit-Reverse Transkriptase-PCR mit Fluoreszenzmarkierten Hybridisierungs-Sonden | 3 Tage | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 3032 | SARS-CoV-2 RNA Pool | negativ | Verdacht auf COVID-19, Ausschluss Überträgerstatus | Nasen-Rachen-Abstrich, Atemwegsmaterialien | | Molekularbiologische Untersuchung / Amplifikationsverfahren / Transcription-mediated-Amplification | 3 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1952 | Sichelzellen mi. | | siehe HB-Epho | | | | | \$ | ≤ 3Tage |
| 10236;10276;10316 ;10356;10394;1043 4 | Streptokokken | Negativ | Serogruppe A: Pyodermien, Pharyngitis, Erysipel, Phlegmone, Puerperalsepsis, Wundinfektionen. Serogruppe B: Schwangerschafts-screening, perinatale Infektionen, Haut- und Weichteilinfektionen. | Blutkulturen, Abstriche, Eiter, Gewebe, Punktate 1 ml Serum Trockener Wattetupfer (A-Streptokokken) | Bitte genaue Angabe der Lokalisation sowie der Information, ob es sich um einen operativ entnommenen Abstrich, eine Wunde oder um einen Hautabstrich handelt | Erregernachweis (Mikroskopisch, Kulturell) Antikörperrnachweis: siehe Anti-Streptolysin, ADNase* Antigennachweis (EIA) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | #NV | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 3291 | Streptokokken Ag | negativ | Infektionen durch Streptokokken | Serum | | Immunchromatographischer Teststreifen | 4 Stunden | \$\$\$\$ | 0 |
| 3292 | Streptolysin Ak | <200 U/ml | Toxische und sensibilisierende Folgeerkrankungen nach Gr. A-Streptokokken-Infektionen. Bestimmung in Kombination mit ADNase B zu empfehlen. | Serum | | Immunturbidimetrie | 8 Tage | \$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3181 | T. gondii Ak.IgG | < 7,2 IE/ml negativ | Zervikale Lymphadenopathie, Immunstatus bei Schwangeren, konnatale Toxoplasmose, Reaktivierung einer latenten Toxoplasmose bei Immunsupprimierten (Myokarditis, Pneumonie, Enzephalitis) V.a. konnatale Toxoplasmose, Toxoplasmose bei Immunsupprimierten. | Serum | BAL, Glaskörperpunktat (Sonderanforderung!)* | Antikörperrnachweis IgG + IgM (ECLIA) Erregernachweis (Mikroskopisch) | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3151 | T. pallidum Ak | Negativ | STD. Primäraffekt, generalisierte exanthematische Erkrankung, Neurosyphilis, konnatale Syphilis | Serum | | Antikörperrnachweis IgG/IgM (CLIA) | 7 Tage | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2652 | T3.frei | Erwachsene: 3,1 – 6,8 pmol/l Kinder: 4. – 30. Tag: 3,0 – 8,1 2. – 12. Monat: 2,4 – 9,8 2. – 6. Jahr: 3,0 – 9,1 7. – 11. Jahr: 4,1 – 7,9 12. – 19 Jahr: 3,5 – 7,7 | Schilddrüsenfunktions-Diagnostik. Sinnvoll bei pathologischem TSH-Ergebnis. Monitoring der Therapie. | Serum | Bei unauffälligem TSH-Ergebnis sollte diese Bestimmung entfallen. | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|-----------------------------|--|--|---|---|--|-------------------------------|----------|---------------|
| 2653 | T4.frei | Erwachsene: 7,8 - 14,4 pmol/l (0,6 - 1,1 ng/dl) Schwangere: 1. Trim.: 6,6 - 13,9 pmol/l 2. Trim.: 5,8 - 12,7 pmol/l 3. Trim.: 6,1 - 12,2 pmol/l Kinder: 0-30d: 7,0 - 17,5 pmol/l 31d-2m: 7,2-15,8 pmol/l 3-12m: 7,4 - 13,6 pmol/l 2-5a: 7,4 - 12,4 pmol/l 6-17a: 7,0 - 12,2 pmol/l | Schilddrüsenfunktions-Diagnostik. Sinnvoll bei pathologischem TSH-Ergebnis. Monitoring der Therapie. | Serum | Bei unauffälligem TSH-Ergebnis sollte diese Bestimmung entfallen. | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2727 | Testosteron | Kinder (< 10 a) und Frauen: - 0,86 ng/ml Männer: 2,7 - 10,7 ng/ml | 0,06 Hormondiagnostik bei entsprechendem Verdacht. Hormon-Therapie bei Prostata-CA. | Anti-Serum | Die Tagesrhythmik muß beachtet werden: Zwischen 7:00 und 10:00 besteht ein Hochplateau. Zu anderen Zeiten sind die Spiegel 40 % niedriger. | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2304 | Thrombinzeit | 10,3 – 16,6 sec. | Fibrinogenmangel, Verbrauchskoagulopathie (DIC), Fibrinpolymerisationsstörungen | Citrat | | Turbidimetrie | 6 Stunden | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 1921 | Thrombozyten Exact | Wie Thrombozyten im EDTA-Blut (siehe nächste Zeile) | Verdacht auf EDTA-induzierte Pseudothrombopenie | Thrombo Exact Röhrchen | | Partikelzählung elektronisch nach dem Widerstandsmeß- und Partikelgrößenbestimmung mittels volumetrischer Absolutmessung | 8 Stunden | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2654 | Thyreoglobulin Ak | < 34 IU / ml | Verdacht auf Autoimmundiagnostik der Schilddrüse. Ursachenabklärung einer Hypothyreose. | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2655 | Thyreperoxidase Ak | < 12 IU / ml | Verdacht auf Autoimmundiagnostik der Schilddrüse. Ursachenabklärung einer Hypothyreose. | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2651 | Thyreotropin (TSH) | 0,27 - 4,2 mU / ml | Bei Verdacht auf Schilddrüsenfunktionsstörung. Therapie-Kontrolle. | 0,5 ml Serum, 7,5-ml-Chemionovette, Kennfarbe: WEISS | Hinweis: Eine Absenkung der oberen Referenzgrenze auf 2,5 mU/ml wird diskutiert. Besonders bei älteren Frauen würde so eine sich entwickelnde Hypothyreose mit Gefahr der Arteriosklerose eher erkannt. | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2053 | Transferrin | 180 - 380 mg/dl | Eisenstoffwechselfunktion. Transferrin steigt an bei Eisenmangel. Transferrin steigt ebenfalls unter oraler Kontrazeption und in der SS an, ohne daß ein Eisenmangel besteht. | Serum | Transferrin ist allerdings Akute-Phase-Protein der zweiten Art, d.h. es sinkt bei Entzündungen ab. Bei chronischer Entzündung besteht so eine Eisentransportstörung. Außerdem wird trotz Eisenmangel kein Transferrinanstieg gesehen. | Immunturbidimetrie | 14 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2055 | Transferrinrezeptor.löslich | < 21 nmol/l | Bestandteil der Eisenstoffwechselfunktion, steigt an, wenn Eisenbedarf besteht, und ist dabei unabhängig von Entzündungszuständen. | Serum | | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2055 | Transferrinrezeptor.löslich | < 21 nmol/l | Eisenstoffwechselfunktion. Der Lösliche Transferrin-Rezeptor ist nicht abhängig von einer Entzündungssituation (wie Transferrin, S-Eisen und auch Ferritin). Ein Anstieg spiegelt immer den Eisenhunger der Zellen wieder. | Serum | STIR kann auch bei einem schnellwachsenden Tumor erhöht sein. Hohe Konzentrationen sind nach einer Vitamin-B12-Substitution zu erwarten. Höchste Werte sieht man bei Beta-Thalassämie, ohne daß ein Eisenmangel besteht! | CLIA | 7 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2054 | Transferrin-Sättigung % | 15 - 55 % | Eisenmangel- und Haemochromatose-Siderose-diagnostik | kein Material erforderlich | Haemochromatose-Patienten haben oft Transferrinsättigungen um 100 %. | Rechenwert | Rechenparameter | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 5515 | Treponema pallidum | | Siehe Syphilis | | | | | \$\$\$\$ | |
| 2976 | Triacylglycerid-Lipase /Kö | | V.a. Beteiligung des Pankreas, Diff.diagnose Pankreas(pseudo)-zyste | Punktat | nicht akkreditierte Methode | Photometrie | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1402 | Triglycerid | bis 200 mg/dl | Fettstoffwechselfunktion | Serum | Blutentnahme nüchtern, nach ca. 12 Stunden Nahrungskarenz. Bei bestimmten Ernährungen (z.B. Italienische Küche) findet man stark erhöhte Werte. Hier muß nach entsprechender Änderung der Ernährung die Bestimmung wiederholt werden. | Photometrie | 5 Tage | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 2982 | Triglycerid /Kö | | V. a. Chylothorax | Punktat | | Photometrie | 5 Tage nicht akkr. Methode | \$ | ≤ 4 Stunden |
| 1601 | Troponin T hs | bis 11,6 ng/l (w) bis 19,8 ng/l (m) | Verdacht auf Herzinfarkt (AMI) oder Akutes Koronarsyndrom (ACS). Nach Gabe kardiotoxischer Zytostatika. Verdacht auf Myokarditis. Verd. A. Contusio cordis (n. Unfall) | EDTA-Plasma WICHTIG! Ein Röhrchen zusätzlich zum Blutbildröhrchen abnehmen | Biochemischer Nachweis einer Myokardschädigung unabhängig von deren Ursache. | CLIA | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Routine-Urinstatus bei Verdacht auf Gallenverschluss | Urin | Probengefäß vor direktem Sonnenlicht schützen. | Teststreifen | 1 Stunde | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | w: bis 30 / µl m: bis 10 /µl | Bei Verdacht auf Nephrolithiasis oder Malignom der Niere, der Harnwege, der Blase | Urin | | Partikelzählung mittels elektronischer Fluoreszenzauswertung | 1 Stunde | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Routineuntersuchung | Urin | | Teststreifen | 1 Stunde | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ in Stresssituationen ist physiologische Glukosurie möglich | Urin-Routine-Diagnostik Diabetes-mell.-Diagnostik | Urin | | Teststreifen | 1 Stunde | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Bei Verdacht auf Nahrungskarenz. Verdacht auf beginnendes oder manifestes hyperglykämisches Koma durch absoluten oder relativem Insulinmangel (Auch bei Typ-II.Diabetes in allen Belastungssituationen möglich!) | Urin | Empfehlung: Bestimmung des Hydroxy-Butyrats im Serum als Indikator des beginnenden Triglyceridabbaus. Es steigt bis zu 3 h eher an als die Aceton-Ausscheidung im Urin. | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

| Uunr NEU | Analytname NEU | Referenzbereich | Indikation | Material | Angaben zur Präanalytik und Bemerkungen | Methode | Probenstabilität ¹ | Kosten | Antwortzeiten |
|----------|-------------------------------|---|---|---|--|---|--|----------|---|
| 2319 | Urinstatus /U | w: bis 25 / µl m: bis 17 / µl | Verdacht auf Harnwegsinfekt, -erkrankung | Urin | | Partikelzählung und Differenzierung mittels elektronischer Fluoreszenz-Scattergrammauswertung und Impedanzmessung | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | bis 10 / µl | Verdacht auf Harnwegsinfekt, -erkrankung | Urin | halbquantitativer Test! | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Verdacht auf Harnwegsinfekt | Urin | Nitrit im Urin ist ein Hinweis auf bakterielle Besiedelung. Bitte beachten Sie aber: 1. Nicht alle pathogenen Bakterien können Nitrit bilden. 2. Inadequate Lagerung: Die bakterielle Besiedelung spiegelt nicht die Situation in den Harnwegen wieder! | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Verdacht auf Nierenerkrankung | Urin | | Partikelzählung und Differenzierung mittels elektronischer Fluoreszenz-Scattergrammauswertung und Impedanzmessung | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | pH = 4,5 - 8,0 | Verdacht auf Harnwegsinfekt oder Lagerung bei RT: alkalischer Urin (pH > 8) | Urin | | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | unauffällig (siehe Befund) | Verdacht auf Harnwegsinfekt und Nierenschaden | Urin | | Hellfeldmikroskopie | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | k.A. | Diagnose von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege | Urin | | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2319 | Urinstatus /U | negativ | Leberschaden | Urin | | Teststreifen | 2 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2782 | Valproat | empfohlener therapeutischer Bereich: 50 - 100 µg/ml | Medikamentenmonitoring | Serum | Blutentnahme-Empfehlung: Maximum 1-4 Std. nach der letzten Dosis. Minimum unmittelbar vor nächster Dosierung | Turbidimetrie | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2791 | Vancomycin | kritisch >40 µg/mL | Therapie-Monitoring TDM | Serum | | Turbidimetrie | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3168 | Varicella-Zoster-Virus Ak.IgG | < 50 mIU/ml (GB 50-100 mIU/ml) negativ | Akute Windpocken, atypische Pneumonie bei Immunsupprimierten, Cerebellitis, Immunstatus bei Schwangeren, Neonatale Infektion, Herpes zoster. | Serum | | Antikörpernachweis IgG + IgM (CLIA) | 7 Tage | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 3168 | Varicella-Zoster-Virus Ak.IgG | | siehe Varizella zoster | | | | | \$\$\$\$ | Mo-Fr bis Folgetag (außer Sa/So) |
| 7215 | Verdacht auf Hepatitis A: | Negativ | Akute Hepatitis A, Impf-, Immunstatus | Serum | | Antikörpernachweis HAV: IgG, IgM (CLIA) | 7 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 7208 | Verdacht auf Hepatitis B: | Negativ | Diagnose einer Hepatitis B-Virusinfektion, Beurteilung der Infektiosität und Aktivität einer HBV-Infektion, Impfstatus, HBsAg-Screening im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Bestimmung der Virusmenge im Blut des Patienten, Beurteilung des Infektionstatus, Therapiekontrolle. | Serum | | Antikörpernachweis HBV: Anti-HBs, Anti-HBc-IgG, Anti-HBc-IgM, Anti-HBe, Antigennachweis: HBs-Ag, HBe-Ag (CLIA) | 7 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 7126 | Verdacht auf Hepatitis C: | Nicht nachweisbar | Diagnose einer Hepatitis C-Virusinfektion. Bestimmung der Virusmenge im Blut des Patienten, Beurteilung des Infektionstatus, Therapiekontrolle, HCV-Subtypisierung. | Serum | | Antikörpernachweis HCV (CLIA, Immunoblot*) | 7 Tage | \$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2057 | Vitamin B12 | 0,5 - 20,00 ng/ml | Anämie-Abklärung | Serum | | CLIA | 2 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 2057 | Vitamin B12 | 200 - 1000 ng/l | Bei Verdacht auf Vitamin-B-12-Mangel oder Perniciosa. MCV sollte > 100 fl sein. | Serum | Lichtgeschützt | CLIA | 24 Stunden | \$\$\$\$ | ≤ 4 Stunden |
| 3282 | Yersinia sp Ak.IgA | Negativ: < 20 U/ml Grenzwertig: 20 – 25 U/ml Positiv: > 25 U/ml | Nachweis von Yersinien-Antikörpern bei reaktiver Arthritis | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 3281 | Yersinia sp Ak.IgG | Negativ: < 20 U/ml Grenzwertig: 20 – 25 U/ml Positiv: > 25 U/ml | Nachweis von Yersinien-Antikörpern bei reaktiver Arthritis | Serum | | ELISA | 5 Tage | \$\$\$\$ | ≤ 3Tage |
| 10031 | Yersinien-Kultur | Negativ | Fieberhafte Enteritis, Pseudoappendizitis, Reaktive Arthritis, Uveitis, Erythema nodosum, septische Verlaufsformen bei Patienten mit Immunsuppression, Hämosiderose, Diabetes mellitus. Lymphadenitis mesenterica, terminale Ileitis, reaktive Arthritis, Uveitis, Erythema nodosum, septische Verlaufsformen bei Patienten mit Immunsuppression, Hämosiderose, Diabetes mellitus | Stuhlprobe | | Erregernachweis (Kulturell) | Mikrobiologische Untersuchungen sollten immer so schnell wie möglich ins Labor gebracht werden | \$\$\$\$ | Siehe Diagnostikleitfaden Mikrobiologie |
| 2903 | Zellzahl.gesamt /Z | - Basophile: bis 3 % | Fragestellungen: Bakterielle/virale Infektion, Tumorzellen | Liquor, Punktate in 2,7-ml-EDTA-Monovette | Dieses Material muss so schnell wie möglich in das Laboratorium gebracht werden. | | 8 Stunden | \$\$\$ | ≤ 4 Stunden |

¹Angaben in Stunden beziehen sich die Lagerung bei Raumtemperatur (15°C bis 25°C) bis zum Probeneingang im Labor.
Angaben in Tagen beziehen sich auf die jeweils fachgerechte Lagerung im Labor ab Probeneingang (Eingang am Abnahmetag innerhalb von 4 Stunden vorausgesetzt).

²Nicht akkreditierte Methode

Abk.: EIA: Enzym-Immuno-Assay, IFT: Immun-Fluoreszenz-Test, IIF: Indirekte Immunfluoreszenz, *: Fremdleistung, GB: Graubereich STD: Sexually transmitted disease, SDA: strand displacement amplification, CLIA: Chemilumineszenz-Technologie

| Legende: | Kosten | GOÄ-PK |
|----------|----------|--------------|
| | \$ | ≤ 60 GOÄ-PK |
| | \$\$ | ≤ 150 GOÄ-PK |
| | \$\$\$ | ≤ 230 GOÄ-PK |
| | \$\$\$\$ | > 230 GOÄ-PK |