

Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025

Integrierte Dokumente

DOKUMENT NR.: 329 ACE	12
DOKUMENT NR.: 330 ACTH	15
DOKUMENT NR.: 2965 ADALIMUMAB (HUMIRA)	18
DOKUMENT NR.: 331 AETHANOL	21
DOKUMENT NR.: 332 AFP	25
DOKUMENT NR.: 333 ALBUMIN IM LIQUOR	28
DOKUMENT NR.: 334 ALBUMIN IM SERUM	31
DOKUMENT NR.: 335 ALBUMIN IM URIN	34
DOKUMENT NR.: 2656 ALDOSTERON	37
DOKUMENT NR.: 336 ALK. PHOSPHATASE	40
DOKUMENT NR.: 337 ALLERGIE SPEZIFISCHES IGE	44
DOKUMENT NR.: 339 ALPHA 1-SAURES GLYCOPROTEIN	49
DOKUMENT NR.: 338 ALPHA-1-ANTITRYPSIN	52
DOKUMENT NR.: 340 AMMONIAK	55
DOKUMENT NR.: 341 AMPHETAMINE U	59
DOKUMENT NR.: 342 ANDROSTENDION	63

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 343 ANTI - GLIADIN ANTIKÖRPER	66
DOKUMENT NR.: 344 ANTI - TISSUE - TRANSGLUTAMINASE ANTIKÖRPER	69
DOKUMENT NR.: 345 ANTI C1Q ANTIKÖRPER	72
DOKUMENT NR.: 2364 ANTI TPO	75
DOKUMENT NR.: 536 ANTI X A	78
DOKUMENT NR.: 537 ANTIKÖRPER GEGEN BETA 2 GLYKOPROTEIN IGG	84
DOKUMENT NR.: 346 ANTIKÖRPER GEGEN BETA 2 GLYKOPROTEIN IGM	87
DOKUMENT NR.: 485 ANTIKÖRPER GEGEN BORRELIA BURGD OF. IGG LIQUOR	90
DOKUMENT NR.: 486 ANTIKÖRPER GEGEN BORRELIA BURGD OF. IGG SERUM	93
DOKUMENT NR.: 487 ANTIKÖRPER GEGEN BORRELIA BURGD OF. IGM LIQUOR	96
DOKUMENT NR.: 488 ANTIKÖRPER GEGEN BORRELIA BURGD OF. IGM SERUM	99
DOKUMENT NR.: 489 ANTIKÖRPER GEGEN CMV IGG	102
DOKUMENT NR.: 490 ANTIKÖRPER GEGEN CMV IGM	105
DOKUMENT NR.: 491 ANTIKÖRPER GEGEN EBV IGG (ANTI-EBV, EBNA)	108
DOKUMENT NR.: 492 ANTIKÖRPER GEGEN EBV IGM	111
DOKUMENT NR.: 493 ANTIKÖRPER GEGEN FSME VIRUS (IGG)	114
DOKUMENT NR.: 494 ANTIKÖRPER GEGEN FSME VIRUS (IGM)	117
DOKUMENT NR.: 495 ANTIKÖRPER GEGEN HSV IGG	120
DOKUMENT NR.: 496 ANTIKÖRPER GEGEN HSV IGM	123
DOKUMENT NR.: 497 ANTIKÖRPER GEGEN MASERNVIRUS (IGG)	126
DOKUMENT NR.: 498 ANTIKÖRPER GEGEN MASERNVIRUS (IGM)	129
DOKUMENT NR.: 499 ANTIKÖRPER GEGEN MUMPSVIRUS (IGG)	132
DOKUMENT NR.: 500 ANTIKÖRPER GEGEN PARVOVIRUS (IGG)	135
DOKUMENT NR.: 501 ANTIKÖRPER GEGEN PARVOVIRUS (IGM)	138
DOKUMENT NR.: 1086 ANTIKÖRPER GEGEN RÖTELNVIRUS (IGG)	141

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 504 ANTIKÖRPER GEGEN RÖTELNVIRUS (IGM)	144
DOKUMENT NR.: 503 ANTIKÖRPER GEGEN RÖTELNVIRUS (IGM), 2.ELISA	147
DOKUMENT NR.: 505 ANTIKÖRPER GEGEN VZV IGG	150
DOKUMENT NR.: 506 ANTIKÖRPER GEGEN VZV IGM	153
DOKUMENT NR.: 2363 ANTI-TG	156
DOKUMENT NR.: 538 ANTITHROMBIN III AKTIVITÄT	159
DOKUMENT NR.: 539 ANTITHROMBIN III ANTIGEN	162
DOKUMENT NR.: 2351 ANTI-TSHR	165
DOKUMENT NR.: 540 APA	168
DOKUMENT NR.: 541 APC-RESISTENZ	172
DOKUMENT NR.: 542 APTT	175
DOKUMENT NR.: 3250 AUTOIMMUN HEPATITIS	178
DOKUMENT NR.: 349 BENZODIAZEPINE S, U	181
DOKUMENT NR.: 350 BETA-2-MICROGLOBULIN	184
DOKUMENT NR.: 2347 BETA-CROSSLAPS	187
DOKUMENT NR.: 351 BHCG	190
DOKUMENT NR.: 352 BILIRUBIN GESAMT	193
DOKUMENT NR.: 353 BIOVERF. ÖSTRADIOL	197
DOKUMENT NR.: 354 BIOVERF. TESTOSTERON	200
DOKUMENT NR.: 36732 BLUTGRUPPE ANTIKÖRPER DIFFERENZIERUNG	203
DOKUMENT NR.: 36734 BLUTGRUPPE VERTRÄGLICHKEITSPROBE KREUZPROBE	206
DOKUMENT NR.: 36731 BLUTGRUPPENBESTIMMUNG AB0	210
DOKUMENT NR.: 36733 BLUTGRUPPENBESTIMMUNG AB0 NABELSCHNURBLUT NEUGEBORENES	214
DOKUMENT NR.: 146 BLUTSENKUNG	218
DOKUMENT NR.: 543 BLUTUNGSNEIGUNG	222

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 355 BNP	226
DOKUMENT NR.: 356 C1 - ESTERASE INHIBITOR AKTIVITÄT	229
DOKUMENT NR.: 357 C3	232
DOKUMENT NR.: 358 C4	235
DOKUMENT NR.: 361 CA 125	238
DOKUMENT NR.: 359 CA 15-3	242
DOKUMENT NR.: 360 CA 19-9	246
DOKUMENT NR.: 2661 CALCITONIN	250
DOKUMENT NR.: 362 CALCIUM GESAMT	253
DOKUMENT NR.: 363 CALCIUM IONISIERT	257
DOKUMENT NR.: 364 CALCIUM U	260
DOKUMENT NR.: 1909 CALPROTECTIN IM STUHL	263
DOKUMENT NR.: 365 CARBAMAZEPIN SERUM	266
DOKUMENT NR.: 544 CARDIOLIPIN-ANTIKÖRPER IGM, CARDIOLIPIN-ANTIKÖRPER IGG	269
DOKUMENT NR.: 3242 CCP/ANTI-C	272
DOKUMENT NR.: 366 CEA	275
DOKUMENT NR.: 367 CHLORID SERUM	278
DOKUMENT NR.: 368 CHLORID U	281
DOKUMENT NR.: 369 CHOLESTERIN GESAMT	284
DOKUMENT NR.: 370 CHOLINESTERASE	288
DOKUMENT NR.: 371 CK	291
DOKUMENT NR.: 508 CMV_DNA	294
DOKUMENT NR.: 372 CO - HÄMOGLOBIN	297
DOKUMENT NR.: 373 COCAIN U	300
DOKUMENT NR.: 374 COERULOPLASMIN	304

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 375 CORTISOL IM SERUM	307
DOKUMENT NR.: 2657 C-PEPTID	310
DOKUMENT NR.: 376 CRP	313
DOKUMENT NR.: 377 CYFRA 21-1	317
DOKUMENT NR.: 378 CYSTATIN-C	320
DOKUMENT NR.: 379 DAO	323
DOKUMENT NR.: 545 D-DIMER QUANT.	326
DOKUMENT NR.: 380 DHEAS	329
DOKUMENT NR.: 381 DIGITOXIN SERUM	332
DOKUMENT NR.: 382 DIGOXIN SERUM	335
DOKUMENT NR.: 36735 DIREKTER COOMBSTEST DCT	338
DOKUMENT NR.: 383 DIREKTES BILIRUBIN	341
DOKUMENT NR.: 546 DRVVT	345
DOKUMENT NR.: 3248 DS-DNA AUTOANTIKÖRPER (CRITHIDIEN)	348
DOKUMENT NR.: 147 DURCHFLUSSZYTOMETRISCHE ANALYSEN (TYPISIERUNG)	351
DOKUMENT NR.: 509 EBV-DNA	357
DOKUMENT NR.: 384 EISEN	360
DOKUMENT NR.: 385 ELEKTROPHORESE	364
DOKUMENT NR.: 37378 ERYTHROPOETIN	368
DOKUMENT NR.: 387 FERRITIN	371
DOKUMENT NR.: 557 FIBRINOGEN CLAUSS	375
DOKUMENT NR.: 388 FOLSÄURE IM SERUM	378
DOKUMENT NR.: 558 FREIES PROTEIN S ANTIGEN (IMMUNOLOGISCH)	381
DOKUMENT NR.: 389 FREIES PSA	384
DOKUMENT NR.: 390 FSH	387

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 2361 FT3	390
DOKUMENT NR.: 2362 FT4	393
DOKUMENT NR.: 391 GAD AUTOANTIKÖRPER	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
DOKUMENT NR.: 392 GAMMA GT	396
DOKUMENT NR.: 395 GLUCOSE	399
DOKUMENT NR.: 394 GLUCOSE L	403
DOKUMENT NR.: 396 GLUKOSE U	406
DOKUMENT NR.: 397 GOT, ASAT	409
DOKUMENT NR.: 398 GPT, ALAT	412
DOKUMENT NR.: 400 HAPTOGLOBIN	415
DOKUMENT NR.: 402 HARNSÄURE	418
DOKUMENT NR.: 401 HARNSÄURE U	422
DOKUMENT NR.: 403 HARNSTOFF U	426
DOKUMENT NR.: 404 HARNSTOFF-N	430
DOKUMENT NR.: 511 HAV AK IGG	434
DOKUMENT NR.: 512 HAV AK IGM	438
DOKUMENT NR.: 1932 HBA1C	442
DOKUMENT NR.: 513 HBV-PCR	445
DOKUMENT NR.: 514 HBVS ANTIGEN	448
DOKUMENT NR.: 864 HCV - ANTIKÖRPER SCREENING	452
DOKUMENT NR.: 516 HCV-PCR	455
DOKUMENT NR.: 405 HDL CHOLESTERIN	458
DOKUMENT NR.: 1908 HELICOBACTER PYLORI- STUHL- ANTIGEN	462
DOKUMENT NR.: 1389 HEMOCLOT-TEST	465
DOKUMENT NR.: 559 HFE-GENETIK	468

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 560 HIT II	471
DOKUMENT NR.: 517 HIV WB	474
DOKUMENT NR.: 863 HIV-AG/AK SCREENING	477
DOKUMENT NR.: 518 HIV-PCR	481
DOKUMENT NR.: 406 HOMOCYSTEIN	484
DOKUMENT NR.: 519 HSV_DNA_SM	487
DOKUMENT NR.: 407 IA -2 AUTOANTIKÖRPER	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
DOKUMENT NR.: 408 IGA	490
DOKUMENT NR.: 409 IGE GESAMT	494
DOKUMENT NR.: 410 IGG	497
DOKUMENT NR.: 411 IGM	501
DOKUMENT NR.: 412 IL-6	505
DOKUMENT NR.: 413 IMMUNFIXATION IM SERUM	508
DOKUMENT NR.: 2964 INFLIXIMAB (REMICARDE)	511
DOKUMENT NR.: 2660 INSULIN	514
DOKUMENT NR.: 414 KALIUM S	517
DOKUMENT NR.: 415 KALIUM U	521
DOKUMENT NR.: 3246 KOLLAGENOSE ASSOZ. AK (ANA)	525
DOKUMENT NR.: 148 KOMPLETTES BLUTBILD	528
DOKUMENT NR.: 416 KREATININ	535
DOKUMENT NR.: 38303 KREATININ-CLEARENCE	539
DOKUMENT NR.: 149 KRYOGLOBULINE	543
DOKUMENT NR.: 417 LAKTAT	546
DOKUMENT NR.: 561 LAKTOSE-INTOLERANZ-GENETIK	550
DOKUMENT NR.: 418 LDH	553

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 419 LDL CHOLESTERIN	557
DOKUMENT NR.: 420 LEGIONELLA PNEUMOPHILA-ANTIGEN URIN	561
DOKUMENT NR.: 421 LH	564
DOKUMENT NR.: 671 LIPASE IM SERUM	567
DOKUMENT NR.: 422 LIPASE SM	570
DOKUMENT NR.: 423 LIQUOR BASISBEFUND	573
DOKUMENT NR.: 424 LIQUOR PROTEINPROFIL	576
DOKUMENT NR.: 425 LITHIUM IM SERUM	580
DOKUMENT NR.: 426 MAGNESIUM	583
DOKUMENT NR.: 3265 MALARIA	587
DOKUMENT NR.: 427 MDRD	590
DOKUMENT NR.: 428 MET - HÄMOGLOBIN NEU	593
DOKUMENT NR.: 429 METHADON U	596
DOKUMENT NR.: 3266 MONONUKLEOSE	599
DOKUMENT NR.: 562 MTHFR	602
DOKUMENT NR.: 36975 MULTIPLATE ADENOSINDIPHOSPHAT	605
DOKUMENT NR.: 36979 MULTIPLATE ASPI	608
DOKUMENT NR.: 37004 MULTIPLATE RISTO	611
DOKUMENT NR.: 36982 MULTIPLATE TRAP	614
DOKUMENT NR.: 25414 MYCOPLASMA PNEUMONIAE	617
DOKUMENT NR.: 3249 MYOSITIS AK	620
DOKUMENT NR.: 430 NATRIUM IM SERUM	623
DOKUMENT NR.: 431 NATRIUM U	627
DOKUMENT NR.: 521 NEUROTROPEV_L	630
DOKUMENT NR.: 432 NSE	633

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 24334 NT-PRO-BNP	636
DOKUMENT NR.: 433 OLIGOKLONALE BANDEN	639
DOKUMENT NR.: 434 OPIATE U	642
DOKUMENT NR.: 436 OSMOLALITÄT	645
DOKUMENT NR.: 435 OSMOLALITÄT URIN	648
DOKUMENT NR.: 2349 OSTEOCALCIN	651
DOKUMENT NR.: 437 ÖSTRADIOL	654
DOKUMENT NR.: 563 PAI-1 MUTATION	657
DOKUMENT NR.: 440 PANKREAS AMYLASE	661
DOKUMENT NR.: 1089 PARATHORMON	665
DOKUMENT NR.: 37798 PCT (PROCALCITONIN)	668
DOKUMENT NR.: 564 PFA 200 ADENOSINDIPHOSPHAT	672
DOKUMENT NR.: 565 PFA 200 EPINEPHRIN	675
DOKUMENT NR.: 566 PFA P2Y	678
DOKUMENT NR.: 441 PH, BLUTGASE	681
DOKUMENT NR.: 443 PHOSPHAT	685
DOKUMENT NR.: 442 PHOSPHAT IM URIN	689
DOKUMENT NR.: 567 PLASMINOGEN AKT.	692
DOKUMENT NR.: 444 PRÄALBUMIN	695
DOKUMENT NR.: 3251 PRIMÄRE BILÄRE ZIRRHOSE	698
DOKUMENT NR.: 445 PROGESTERON	701
DOKUMENT NR.: 446 PROLAKTIN	704
DOKUMENT NR.: 568 PROTEIN C AKT.	707
DOKUMENT NR.: 569 PROTEIN C ANTIGEN	710
DOKUMENT NR.: 570 PROTEIN S AKT.	713

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 571 PROTEIN S ANTIGEN	716
DOKUMENT NR.: 572 PROTHROMBIN 20210	719
DOKUMENT NR.: 573 PROTHROMBINZEIT	722
DOKUMENT NR.: 447 PSA PROSTATASPEZ. ANTIGEN	725
DOKUMENT NR.: 25415 QUANTIFERON	728
DOKUMENT NR.: 2655 RENIN	731
DOKUMENT NR.: 150 RETIKULOZYTEN	734
DOKUMENT NR.: 448 RHEUMAFAKTOR	737
DOKUMENT NR.: 449 S100	740
DOKUMENT NR.: 29379 SARS-COV-2 RNA / PCR	743
DOKUMENT NR.: 450 SCC	746
DOKUMENT NR.: 451 SHBG	749
DOKUMENT NR.: 452 STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGEN URIN	752
DOKUMENT NR.: 453 TCA	755
DOKUMENT NR.: 454 TESTOSTERON	758
DOKUMENT NR.: 455 THC CANNABIS	761
DOKUMENT NR.: 1948 THOBRAMYCIN	764
DOKUMENT NR.: 574 THROMBINZEIT	767
DOKUMENT NR.: 575 THROMBOPHILIE	770
DOKUMENT NR.: 2350 THYREOGLOBULIN II	775
DOKUMENT NR.: 2348 TOTAL P1NP	778
DOKUMENT NR.: 458 TOTAL PROTEIN IM 24H URIN	781
DOKUMENT NR.: 459 TOTALPROTEIN SERUM	784
DOKUMENT NR.: 2662 TOXOPLASMOSE	788
DOKUMENT NR.: 460 TRANSFERRIN SERUM	791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

DOKUMENT NR.: 461 TRANSFERRINSÄTTIGUNG	795
DOKUMENT NR.: 523 TREPONEMA PALLIDUM AK (TPHA/ TPPA)	798
DOKUMENT NR.: 522 TREPONEMA PALLIDUM AK SCREEN	801
DOKUMENT NR.: 462 TRIGLYZERIDE S	804
DOKUMENT NR.: 463 TROPONIN I	808
DOKUMENT NR.: 2955 TROPONIN I HS	811
DOKUMENT NR.: 464 TSH	814
DOKUMENT NR.: 465 URINSTATUS	818
DOKUMENT NR.: 466 VALPROINSÄURE	822
DOKUMENT NR.: 467 VANKOMYCIN (TAL)	825
DOKUMENT NR.: 3252 VASKULITIS AK	828
DOKUMENT NR.: 524 VDRL	831
DOKUMENT NR.: 484 VIROLOGISCHE ANTIKÖRPERBLÖCKE	834
DOKUMENT NR.: 468 VIT. D 25-OH	839
DOKUMENT NR.: 328 VITAMIN B12	842

Dokument Nr.: 329 ACE

ACE

LOINC-Code	2742-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ACE
Referenzbereich	< 18 Jahre : 29 - 112 U/l > 18: 20 – 70 U/l
Gültig ab	10.2010
Methode	Colorimetrischer Test
Messungenauigkeit	VK = 5,5% (45 U/l)
Literatur	Clin. Chem. 1982; 28:2048 L.Thomas: Labor und Diagnose 6.Auflage (2005)
Indikation	Verlaufs- und Therapiebeurteilung der Sarkoidose
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen. Stabilität bei 2° bis 8°C für 5 Tage, bei -20°C für 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Angiotensin Converting Enzyme (ACE) wird von Endothelzellen produziert, um den Blutdruck zu regulieren. Erhöhte ACE – Werte können aber auch von Zellen, v.a. Makrophagen, am Rande von Granulomen sezerniert werden. Granulome sind das klassische Merkmal der Sarkoidose, einer Systemerkrankung, die häufig Lunge aber

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	auch andere Organe wie Augen, Haut, Nerven, Leber und Herz betrifft. Etwa 50 – 80% der Patienten mit aktiver Sarkoidose haben erhöhte ACE – Werte, die mit der Krankheitsaktivität steigen und wieder sinken. Verminderte Werte finden sich nach Gabe von ACE-Hemmern wie Captopril oder Enalapril bis 4 Wochen nach der letzten Einnahme.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	10/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5071
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 330 ACTH

ACTH (Adrenocorticotropes Hormon)

LOINC-Code	2141-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ACTH
Referenzbereich	7,2 – 63,3 pg/ml Für Blutabnahmen zwischen 7:00 - 9:00
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	ElektroChemiLumineszenzImmunoAssay (ECLIA)
Messungenauigkeit	CV ≤ 5,4% (4,9 pg/ml)
Literatur	Talbot JA, Kane JW, White A: Analytical and clinical aspects of adrenocorticotropin determination. Ann. Clin. Biochem 2003;34 453 – 471. L. Thomas 6. Auflage 2005
Indikation	Differentialdiagnose der Niereninsuffizienz
Präanalytik	Haltbarkeit bei 22° C 2 Stunden, bei – 20° C 4 Wochen
Probenmaterial	EDTA Plasma gekühlt
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

VersionNr. 4

Gültig ab: 18.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 330 ACTH Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 17 von 845	

Störfaktoren	Therapie mit monoklonalen Antikörpern
Klinische Info	ACTH (Corticotropin) ist ein Peptidhormon, das im Hypophysenvorderlappen gebildet wird. Seine Sekretion wird durch Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) und ein Cortisol-Feedback gesteuert. ACTH stimuliert die Bildung und Ausschüttung von Glucocorticoiden (insbesondere Cortisol) durch die Nebennierenrinde (NNR). Die ACTH -Konzentration unterliegt einer Tagesschwankung, wobei hohe Spiegel morgens und niedrige Spiegel abends gemessen werden. ACTH-Messungen im Plasma sind v.a. für die Differentialdiagnose des hypophysären Cushing-Syndroms von autonomen ACTH-bildenden hypophysären Tumoren von Bedeutung. ACTH-Messungen in Kombination mit Cortisol-Bestimmungen im Plasma können im Rahmen von Funktions-, und Stimulationstests zur Klärung einer Glukortikoid-Überproduktion beitragen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Cortisol
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5233
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2965 Adalimumab (Humira)

Parameter: Adalimumab (Humira)

Anforderungscode	74117-3 Adalimumab ; 74116-5 Adalimumab AK
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Adalimumab , Adalimumab AK
Referenzbereich	5 - 12 µg/ml Serumkonzentration von Adalimumab; Adalimumab AK Messbereich :10 - 160ng/ml
Referenzbereich gültig ab	05/2015
Methode	Quantitativer ELISA
Messungenauigkeit	Intra-run: 6.1 – 8.0 % CV, inter-runs : 6 – 13.7 % CV
Literatur	RxLIST, Drugs A-Z , Pharmacokinetics
Indikation	Monitoring unter Therapie mit TNF-alpha Hemmer (Humira)
Präanalytik	Serum sollte nur 1x eingefroren/aufgetaut werden. Eingefroren 6 Monate haltbar.
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine/Spezialanalyse 1x wöchentlich
Störfaktoren	Lipämische Seren dürfen nicht verwendet werden.
Klinische Info	Adalimumab ist ein monoklonaler Antikörper gegen TNF-alpha und wird zur Therapie von chronisch entzündlichen Autoimmunerkrankungen (RA, Mb.Bechterew, cutaner Psoriasis, Mb.Crohn und Colitis ulcerosa)eingesetzt. Nach Therapiebeginn (40 mg jede 2. Woche) sind Serumkonzentrationen von 5 – 12 µg/mL zu erwarten .Bei Patienten die

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 2965 Adalimumab (Humira)
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 20 von
845

	Antikörper gegen Humira entwickeln sinken die Serumkonzentrationen unter die Nachweisgrenze ($<0,1\mu\text{g/mL}$) und es finden sich erhöhte AK Spiegel.
Bemerkung	Gefahr einer Hepatitis B Reaktivierung – Abklärung vor Therapiebeginn: HBVsAG und HBVcAK
Bereich	Routine , Immunologie
Folgeparameter	Hepatitis Screening vor Therapiebeginn , Verlaufskontrolle CRP, IL-6
Letzte Änderung	29.4.2016
Verrechnungsinfo	Lt. ASK 6185
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 331 Aethanol

Aethanol

LOINC-Code	5643-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Aethanol
Referenzbereich	Negativ (50 mg/dl Äthanol entsprechen einer Konzentration von 0,5 Promille)
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzymatischer Test
Messungenauigkeit	Gesamt VK $\leq$ 5%
Literatur	Proposed guidelines NCCLS: Blood Alcohol Testing in the Clinical Lab., Vol 8, No.10/88 Beutler HO: Ethanol In: Bergmeyer HU, editor. I Methods of Enzymatic Analysis, Vol. VI, 3rd ed. New York: Academic Press, 1984:598-606
Indikation	Verdacht auf Alkoholintoxikation
Präanalytik	Bei Blutabnahme keine alkoholhaltigen Desinfektionsmittel verwenden. Wässrige Lösungen von Zephiran, Merthiolat oder Providonjodid können verwendet werden.
Probenmaterial	Serum; <u>Stabilität der Proben:</u> Serum und Plasma 20-25°C: 2 Wochen 2-8°C: 6 Monate

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 4

Gültig ab: 18.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 331 Aethanol Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 23 von 845	

	-20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Proben mit starken Trübungen sollten vor der Analyse zentrifugiert werden
Klinische Info	Außer in Getränken ist Aethanol (Aethylalkohol, kurz Alkohol) auch in hohen Konzentrationen in verschiedenen Produkten wie Lebensmitteln, Kölnisch Wasser und medizinischen Präparaten enthalten. Aethanol durchdringt nach seinem Konsum innerhalb von einer Stunde alle Körpergewebe. Er wird zu 95% in der Leber metabolisiert. Der Alkoholspiegel ist abhängig von der aufgenommenen Alkoholmenge, Körpergewicht, Fettanteil, Alter, Geschlecht, Gewöhnung und Einnahme von Medikamenten. Die Abbaurate im Körper ist abschätzbar, deshalb kann man von der aktuell gemessenen Alkoholkonzentration auf die Alkoholkonzentration zum Unfall- oder Tatzeitpunkt rückschließen. Die Abbaurate beträgt ca. 1g Alkohol/ 10 kg Körpergewicht/ Stunde. <u>Der Plasma- oder Serumalkoholspiegel liegt 20% höher als der Blutalkoholspiegel</u>, weil die Erythrozyten weniger Alkohol enthalten als die Blutflüssigkeit. Geringe Blutalkoholspiegel <u>bis 0.5 Promille bewirken</u> erste Gangstörungen, Konzentrationsdefizite und Gesichtsfeldeinschränkungen. Blutalkoholspiegel von <u>0.5 bis 1.5 Promille</u> führen zu Euphorie, Rededrang, Geschicklichkeitsstörungen, leichten Gleichgewichtsproblemen, verlängerten Reaktionszeiten, Sprachstörungen, Augenzittern und gesteigerter Aggressivität. <u>Über 1.5 Promille</u> Blutalkoholspiegel korrelieren mit starken Rauschzuständen, Bewusstseinseintrübungen, unkoordinierten Reaktionen und Geh- und Sehstörungen. Das Erinnerungsvermögen ist aufgehoben. Die letale Dosis liegt zwischen <u>3 und 4 Promille</u> Blutalkoholsiegel.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 18.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 331 Aethanol Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 24 von 845	

	Regelmäßiger Alkoholkonsum kann zur <u>Abhängigkeit</u> führen, insbesondere die Zellen des Nervensystems und der Leber werden geschädigt. Eine akute Alkoholvergiftung kann zu Koma oder Tod führen.
Bemerkung	Der Assay ist ein Screeningtest und das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektroskopie GC/MS) bestätigt werden
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Bestätigungstest
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6516
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 18.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 332 AFP

Alpha-Fetoprotein (AFP)

LOINC-Code	1834-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Alpha-Fetoprotein
Referenzbereich	< 8,04 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 2,3% (13,21 yg/l)
Literatur	Clin. Chem. 34: 76 -81 (1988); L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage/2005
Indikation	Der Tumormarker AFP wird zur Therapie- und Verlaufskontrolle bei gesicherten Leberzellkarzinomen und Keimzelltumoren bestimmt.
Präanalytik	Bei 2 -8°C bis 7 Tage stabil
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Alpha-Fetoprotein (AFP) ist ein Glykoprotein und wird vorwiegend in der Leber und im Dottersack der Feten synthetisiert. AFP wird in das fetale Serum sezerniert, wobei die Sekretion etwa in der 13. Schwangerschaftswoche ein Maximum erreicht und danach allmählich abnimmt. Erhöhte AFP Konzentrationen treten demnach während der Schwangerschaft auf und kommen in Verbindung mit verschiedenen malignen Erkrankungen vor. Eine Erhöhung der AFP Serumwerte wird v.a. beim nichtseminomatösen Hodencarcinom und primärem Leberzellkarzinom beobachtet.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 332 AFP Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 27 von 845	

	Die AFP Bestimmung wird nicht als Screening Verfahren zur Erkennung von Krebserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung empfohlen. <u>AFP-Werte sind erhöht bei:</u> • Leberzellkarzinom • Keimzelltumoren des Ovars und des Hodens • Benignen Erkrankungen wie Leberzirrhose, akuter und chronischer Hepatitis und EBV Infektionen. Auch bei Neugeborenen ist der AFP-Wert bis zum 10. Lebensmonat erhöht.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5046
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 333 Albumin im Liquor

LOINC-Code	1746-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Albumin/L
Referenzbereich	0 - 350 mg/l
Referenzbereich gültig ab	01.10.2010
Methode	Immunologischer Trübungstest
Messungenauigkeit	VK = 1.5% (310 mg/l)
Literatur	Wien. Klin. Wschr. 1991; 103 Suppl. 189:1; Prakt.LQ-Zelldiagnostik, W.Kristoferitsch,1997;Springer Vlg.; L. Thomas: Labor und Diagnose 6.Auflage (2005)
Indikation	V.a. Blut-/Liquorsrankenfunktionsstörung z.B. bei Enzephalitis oder Meningitis u.a. intrathekalen Entzündungsprozessen
Präanalytik	Liquor in gelben oder weißen Vacutainer (ohne Zusatz) entnehmen. <u>Stabilität der Proben:</u> Liquor 20-25°C: 1 Tag 2-8°C: 6 Tage -20°C: >1 Jahr
Probenmaterial	1 ml Liquor
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Röntgen-Kontrastmittel, Ampicillin
Klinische Info	Der größte Teil der Liquorproteine gelangt durch Diffusion/Pinozytose aus dem Blutplasma über

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	die <u>Blut-Liquorschranke</u> in den Liquor cerebrospinalis. Normalerweise treten die meisten Eiweißarten nicht aus der Blutflüssigkeit in den Liquor über. Erhöhte Werte finden sich aber bei gesteigerter Permeabilität der Blut-Liquor Schranke oder Abflussstörung. Eine Schrankenstörung ist eine bei sehr vielen Erkrankungen des Zentralnervensystems auftretende Veränderung z.B. Gehirnhautentzündung, Multiple Sklerose, Hirntumore, Hirninfarkt.
Bemerkung	-
Bereich	Liquordiagnostik; Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11.02.2020
Verrechnungsinfo	laut ASK 5031
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 334 Albumin im Serum

Albumin im Serum

LOINC-Code	1751-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Albumin
Referenzbereich	< 60J 35 - 50 g/l > 60J 34 – 48 g/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Farbbindungsmethode mit Bromkresolgrün
Messungenauigkeit	VK = 1,5% (41g/l)
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	-
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C : 5 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	-
Klinische Info	Das in den Hepatozyten synthetisierte Albumin bildet im Plasma 60% der Gesamtproteinkonzentration und hat am kolloidosmotischen Druck einen Anteil von etwa 80%. Albumin hat im Gegensatz zu Präalbumin eine lange Halbwertszeit von etwa 19 Tagen. Erniedrigte Werte finden sich bei nephrotischem Syndrom, exsudativer Enteropathie, Malabsorption, Malnutrition, schwerem Leberparenchymschaden, Hyperhydratation, Infektionen und Malignomen. Erhöhte Werte ergeben sich bei Dehydratation.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 334 Albumin im Serum
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 33 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5030
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 335 Albumin im Urin

Albumin im Urin

LOINC-Code	1755-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Albumin/U
Referenzbereich	< 0,6 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Immunturbidimetrie
Messungenauigkeit	VK 4,3% bei 2,49 mg/dl
Literatur	L. Thomas, Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	V.a Glomerulopathie , Tubulopathie, Diabetes mellitus
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 5 Monate
Probenmaterial	Spontanurin
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Albumin ist ein empfindlicher Indikator einer glomerulären Filtrationsstörung und kann auch bei Einschränkung der tubulären Rückresorption im Rahmen einer tubulo - interstitiellen Nephropathie vermehrt im Harn auftreten. Eine geringe aber anormale Ausscheidung im Urin wird als Mikroalbuminurie bezeichnet. Eine Mikroalbuminurie kann glomerulär (diabetische Mikroangiopathie, Hypertonus), tubulär (Hemmung der Rückresorption) oder postrenal bedingt sein.
Bemerkung	-
Bereich	Harne-Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 335 Albumin im Urin
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 36 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5031
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2656 Aldosteron

Parameter: Aldosteron

LOINC-Code	1768-1 basal sitzend; 57579-5 stim; 1767-3 basal liegend
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Aldosteron bas. sitz Aldosteron bas. lieg.
Referenzbereich	basal sitz:22-353 pg/ml; liegend :11-236 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	5/2014
Methode	CLIA (Chemilumineszenz-Technologie)
Messungenauigkeit	VK: 1,8 -10,5% ,unterer Messbereich bis 9,7pg/ml
Literatur	Thomas L. In: Labor und Diagnose(6Aufl.) Kapitel 31/1406
Indikation	Diagnostik von Störungen des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems inklusive Hypertonie, V.a Conn-Syndrom, Nierenarterienstenose, Hyperaldosteronismus.
Präanalytik	Blutabnahme zw.7:00 und 10:00 Uhr (zirkardiane Rhythmik!) Absetzen von Hypertensiva mindestens 3 Wo vor Abnahme, Kochsalzdiät Tageszeit und Lage des Patienten angeben, Bei Frauen sollte die Untersuchung in der 1. Zyklushälfte erfolgen. EDTA-Plasma ungekühlt zentrifugieren
Probenmaterial	EDTA-Plasma (24h Harn)
Analysendauer/Frequenz¹	Werktags 7:30-15:00
Störfaktoren	Spironolacton, Diuretika, ACE-Hemmer, β -Blocker sowie Laxantien, Lithium, Ovulationshemmer, Herzglykoside, Kortikosteroide, NSARs, Lakritze, Carbenoxolon, Aminogluthedimid, Somatostatin, Vasopressin, Heparin

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info	Aldosteron ist ein Steroidhormon und stellt das wichtigste Mineralcorticoid dar, das von der Nebennierenrinde ausgeschieden wird, es stimuliert in den distalen Nierentubuli die Rückresorption von Na. und die Ausscheidung von K und H. Die Aldosteron Sekretion wird primär durch Renin und Angiotensin II kontrolliert. Das Renin-Angiotensin-Aldosteronsystem steuert den Blutdruck und das Blutvolumen. Bei primären Hyperaldosteronismus wird ein hohes Aldosteron bei niedrigem Renin erwartet, bei Nierenarterienstenose und sec. Hyeraldosteronismus ein hohes Renin und hohes Aldosteron.
Bemerkung	Pathologische Werte können nur bei richtiger Patientenvorbereitung bewertet werden.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Renin, Natrium und Kalium immer gemeinsam mit Aldosteron bestimmen
Letzte Änderung	-
Verrechnungsinfo	ASK 5034
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 336 Alk. Phosphatase

Alkalische Phosphatase (AP)

LOINC-Code	6768-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Alk. Phosphatase (AP)
Referenzbereich	w: 40 -104 U/l m: 40 -- 129 U/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzym-kinetische Messung (entspr. den Empfehlungen der IFCC)
Messungenauigkeit	VK 2,2 ≤ (437,8 U/l)
Literatur	J Clin Chem Clin Biochem 1983;21:731-48
Indikation	Diagnose, Verlaufsbeurteilung hepato-biliärer Erkrankungen, Skeletterkrankungen
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen. <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 2 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Hemmung durch Citrat, EDTA, Oxalat, Fluorid, Vermindert bei Hämolyse, Lipämie.
Klinische Info	Alkalische Phosphatasen sind eine Gruppe von Zellmembrangebundenen Glykoproteinen, die von allen Geweben exprimiert werden (Biokatalysatoren). Sie spalten Phosphatester bei alkalischem pH-Wert. Es gibt vier genetische Varianten:

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Dünndarm Isoenzym, Plazenta Isoenzym, Keimzell-Isoenzym und Gewebe unspezifisches Enzym. Aufgrund postrationaler Modifikationen entstehen aus letzterem die Isoformen Leber AP, Knochen AP, Nieren AP. Die alkalische Phosphatase wird vor allem bei Verdacht auf Lebererkrankungen, oder Erkrankungen des ableitenden Gallengangssystems und bei Verdacht auf Knochenerkrankungen bestimmt und dient zur Beobachtung des Verlaufs dieser Krankheiten.

Physiologische Erhöhung der AP-Aktivität:

- In der Schwangerschaft ab dem 2. Trimenon Plazenta AP erhöht
- Bei Kindern in der Wachstumsphase mit Konzentrationen > 200 U/l
- Postprandial bei Personen mit Blutgruppe 0 oder B

Pathologische Erhöhung der AP-Aktivität:

- Lebererkrankungen z.B. Hepatitis, Tumore
- Gallenwegserkrankungen z.B. Gallensteine, Tumore oder Entzündungen des Pankreas oder der Gallengänge
- Knochenerkrankungen z.B. Rachitis, Morbus Paget, Knochentumore und Knochenmetastasen, nach Knochenbrüchen
- Hyperthyreose, Sarkoidose

Erniedrigung der AP-Aktivität eher selten

Bestimmung der AP-Isoenzyme: Knochen-, Leber-, Dünndarm-, Plazenta AP können nach Herkunftsort unterschieden werden.

Bemerkung

-

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 336 Alk. Phosphatase
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 43 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2016
Verrechnungsinfo	laut ASK 5035
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 337 Allergie spezifisches IgE

Allergie

LOINC-Code

Einzelallergene	Loinc	Einzelallergene	Loinc
Gesamt IgE	146	Mandel f20	6019-4
Birke t3	15283-5	Kokosnuss f36	6081-4
Platane t11	15285-0	Katzenschuppen e1	6833-8
Esche t15	6278-6	Hundeeithelien e2	6099-6
		Pferdeethelien e3	6143-2
Ragweed w1	6085-5	Hundeschuppen e5	6098-8
Beifuss w6	6183-8	Meerschweinchenepithe	6134-1
Spitzwegerich w9	6110-1	Taubenkot e7	6217-4
		Kaninchenepithelien e82	6223-2
Allergie Hausstaubmilbe d1	6096-2	Goldhamsterepithelien e84	6135-8
Allergie Hausstaubmilbe d2	6095-4		
		Bienengift i1	6844-5
Allergie Eiklar (Hühnereiweiß)	6106-9	Wespengift i3	6740-5
Allergie Milcheiweiß f2	7258-7		
Allergie Sojabohne f14	6248-9	Penicillium notatum m	6212-5
Dorsch (Kabeljau) f3	6082-2	Cladosporium herbarum	6075-6
Garnele f24	6246-3	Aspergillus fumigatus	6025-1
Miesmuschel f37	6048-3	Alternaria alternata	6020-2
Thunfisch f40	6270-3	Aureobasidium pullula	6029-3
Lachs f41	6237-2		
		Penicilloyl G c1	6851-0
Weizenmehl f4	6276-0	Penicilloyl V c2	6210-9
Hafer f7	6190-3	Ampicilin c203	6712-4
Maismehl f8	6087-1	Amoxicilin c204	6829-6
Sesamschrot f10	6242-2		
Buchweizen f11	6054-1	Latex k82	6158-0
Erdnuss f13	6206-7	k75 Isocyanat TDI	7431-0
Haselnuss f17	6136-6	k76 Isocyanat MDI	7430-2
Paranuss f18	6050-9	k77 Isocyanat HDI	7429-4

Allergengruppentests (Mix)	Loinc
CF-Inhalatives Screening ip8 (Inhalationsmix, Aspergillus fumigatus, Alternaria alternata)	LCFIS
Inhaltationsmix (Hausstaubmilbe, Katzenschuppen, Hundeeithelien, Lieschgras, Roggen, Cladosp.herb., Birke, Beifuss)	99999-7
Nahrungsmittelmix fp5 (Eiklar, Milcheiweiß, Dorsch, Weizenmehl, Erdnuss, Sojabohne)	23801-4
Nüssemix fp1(Erdnuss, Haselnuss, Paranuss, Mandel, Kokosnuss)	15217-3
Meeresfrüchtemix fp2 (Dorsch, Garnele, Miesmuschel, Thunfisch, Lachs)	15218-1
Getreidemix fp3(Weizenmehl, Hafer, Maismehl, Sesamschrot, Buchweizen)	15219-9

Kurzbezeichnung

Siehe LOINC-Code

(Analysenbezeichnung am Befund)	
Referenzbereich	Gruppenallergene: < 0,34 kU/l = negativ
Referenzbereich gültig ab	10. 2010
Methode	Chemilumineszenz – ImmunoAssay
Messungenauigkeit	VK 6% bei 1,5 kU/l
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Typ I - Allergien
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 7 Tage bei – 20° C 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Im Gegensatz zum Gesamt – IgE wird beim allergenspezifischen IgE nur der Anteil von IgE – Antikörpern im Blut gemessen, der sich gegen bestimmte Allergene richtet. Die Ergebnisse werden in kU/l angegeben und dann in 6 Klassen (negative bis sehr starke Reaktion) eingeteilt.
Bemerkung	-
Bereich	Allergiediagnostik
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	-
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 337 Allergie spezifisches IgE
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 48 von
845

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 6
Gültig ab: 04.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 339 Alpha 1-saures Glycoprotein

Alpha 1-saures Glykoprotein

LOINC-Code	2685-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	A1-sr.Glykoprotein
Referenzbereich	0,5 – 1,2 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,7 (0,87 g/l)
Literatur	Friedrich W. Tiller, Birgit Stein: Labordiagnostische Praxis. ecomed-Storck, 3. Auflage 2013, ISBN 978-3-609-16473-1, S. 414.
Indikation	Verdacht auf Entzündungsreaktion
Präanalytik	<u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 14 Tage -20°C oder kälter ab 14 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Alpha 1-saures -Glykoprotein wird in den Hepatozyten synthetisiert und fördert das Wachstum der Fibroblasten und interagiert mit Kollagen. Alpha 1- saures Glykoprotein gehört zur Gruppe der Akut-Phase-Proteine und ist ein mässig empfindlicher Reaktant einer Akut-Phase-Reaktion (Infektionen und akuten und chronischen entzündlichen Prozessen wie z. B. Morbus

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 339 Alpha 1-saures Glycoprotein Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 51 von 845	

	Crohn). Zu isolierten Anstiegen kommt es auch bei Einschränkungen der glomerulären Filtration im Frühstadium der Urämie. Verminderte Werte sind klinisch nicht bedeutsam und beruhen entweder auf Proteinverlust oder Synthesedefizienz der Leber.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5048
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 338 Alpha-1-Antitrypsin

Alpha-1-Antitrypsin

LOINC-Code	1825-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Alpha-1-Antitrypsin
Referenzbereich	0,9 – 2,0 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	Total VK = $\leq 2,0 \%$, VK = $\leq 2,8$ (1,46 g/l)
Literatur	AJRCCM 156:68-77 (1997)
Indikation	Verdacht auf hereditären alpha-1-Antitrypsinmangel
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Alpha-1-Antitrypsin ist ein Proteinaseinhibitor und hemmt die Aktivität der neutrophilen Elastase, die das Elastin von Alveolarwänden und anderen Geweben (z.B. Leber) abbaut. Ein progredientes Lungenemphysem im frühen Erwachsenenalter wird nur bei schwerem Alpha-1-Antitrypsinmangel beobachtet, d.h. einem Defekt, der zu einer Erniedrigung des Serum Alpha-1-Antitrypsinwertes auf weniger als 35% des Sollwertes führt. Phänotypisch sind es hierbei in erster Linie homozygote Träger des ZZ-Allels. Bei Homozygotie für das Z-Allel manifestiert sich die Lungensymptomatik bei Rauchern in der Regel im 40 – 50 Lebensjahr, bei Nichtrauchern meist nach dem 60. Lebensjahr.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Zellnekrosen, Fibrose und Zirrhose der Leber sind die zweite Komplikation des Alpha1-AT-Mangels. Ca 18% aller Kinder mit dem Mangeltyp ZZ entwickeln Lebersymptome, wie verlängerten Neugeborenenikterus, Hyperbilirubinämie, erhöhte Transaminasen oder Hepatosplenomegalie. Erhöhte Alpha-1-Antitrypsin-Werte finden sich in den meisten Fällen durch eine Akute-Phase- Reaktion bei Infektionen und Entzündungen. Die Konzentrationen steigen dabei bis auf das 3fache der Norm. Auch während der Schwangerschaft und nach Einnahme oraler Kontrazeptiva können erhöhte Werte beobachtet werden.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5043
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 340 Ammoniak

Ammoniak (NH₄)

LOINC-Code	16362-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Ammoniak
Referenzbereich	18 - 72 µmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzymkinetischer Farbtest
Messungenauigkeit	VK 3,24 ≤ (53,75 µmol/l)
Literatur	Jacobs, D.S., Kasten jr., B.L. DeMott, W.R., Woflson, W.L.: „Laboratory Test Handbook“, Lexi-Comp and Williams & Wilkins Ed. (2nd Edition – 1990 Kaplan, L.A., Pesce, A.JI,: Clinical chemistry, Mosby Ed. (1996)
Indikation	Schwere Lebererkrankungen, Zirrhose, Stoffwechselerkrankungen.
Präanalytik	Probe möglichst ungestaut entnehmen, eisgekühlt transportieren, so schnell wie möglich in einem verschlossenen Röhrchen zentrifugieren und testen.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 340 Ammoniak Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 57 von 845	

Probenmaterial	Plasma (Heparin) <u>Stabilität der Proben:</u> Frische Proben analysieren! Bei 2-8°C 3 Stunden Bei -20°C 24 Stunden
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Hämolyse (Ammoniakkonzentration in Erys. 3x so hoch)
Klinische Info	Ammoniak wird im Darm durch bakteriellen Abbau von Proteinen gebildet und gelangt über den Pfortaderkreislauf in die Leber, wo es zu Harnstoff abgebaut wird. Infolge von Störungen der Harnstoffsynthese (aufgrund schwerer Lebererkrankung) oder genetisch bedingter Stoffwechselerkrankungen kommt es zu erhöhten Ammoniakwerten. Erhöhte Ammoniakkonzentrationen selbst wirken im Körper toxisch und können sich durch neurologische Störungen manifestieren. Meist tritt ein erhöhter Ammoniakspiegel als Folge eines Leberschadens auf. Komatöse Zustände treten ab Ammoniakkonzentrationen von ca. 300 µmol/l auf. <u>Erhöhte Ammoniakwerte sind beispielsweise zu erwarten bei:</u> • Leberschäden (z.B. alkoholische Leberzirrhose), Virushepatitis • Vergiftungen mit Schädigungen des Lebergewebes (z.B. Knollenblätterpilze) • Chemotherapie • Multiplem Myelom • Diversen Genetischen Ursachen (Stoffwechselerkrankungen)
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5062

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
 Belegschaft (Koord.)
 Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
 Oberste Leitung

Freigabe:
 Q-Administration
 VersionNr. 4
 Gültig ab: 20.08.2025

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 340 Ammoniak
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 58 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 20.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 341 Amphetamine U

Amphetamine/Urin

LOINC-Code	8150-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Amphetamine/U
Referenzbereich	Entscheidungsgrenze (Cut off): < 999 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	homogener Elisa (Multigent)
Messungenauigkeit	VK = < 10 %
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Verdacht auf Intoxikation, Drogenkonsum, Nachweis des Konsums von Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy und verwandter Substanzen.
Präanalytik	Urin, möglichst frische Probe analysieren.
Probenmaterial	3 ml Urin Stabilität der Proben: 2°C bis 8°C: 5 Tage -5°C: > 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Es ist bei der Probennahme darauf zu achten, dass es zu keinerlei Manipulationen des Urins kommen kann.
Klinische Info	Amphetamine sind synthetisch hergestellte Derivate von Ephedrin und wirken stimulierend auf das Zentralnervensystem. Zu den häufigsten Amphetaminen zählen α -Amphetamine, α -Methanephrine und α , i Amphetamine. Sie werden rasch vom Gastrointestinaltrakt resorbiert und anschließend von der Leber deaktiviert bzw. unverändert über den Urin ausgeschieden. Normalerweise werden Amphetamine zu 30% unverändert im 24-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 341 Amphetamine U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 61 von 845	
	Stunden-Harn ausgeschieden, Methamphetamine werden bis zu 43% unverändert im 24-Stunden-Harn ausgeschieden. Amphetamine finden sich unabhängig von der Art des Konsums innerhalb von 3 Stunden im Urin und können noch bis zu 48 Stunden nach der letzten Dosis ausgeschieden werden. <u>Wirkung:</u> Amphetamine wirken stimulierend auf den Sympathikus. Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin werden vermehrt ausgeschüttet und in der Folge werden körperliche Bedürfnisse, die nicht unmittelbar überlebensnotwendig sind, ausgeschaltet. (Hunger, Durst, Müdigkeit, Schmerzen) Es kommt zu einer Steigerung des Blutdrucks, zur Weitung der Bronchien und einer vermehrten Sauerstoffaufnahme. Die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit steigen, das Selbstbewusstsein entwickelt sich bis zur Euphorie und die Aggressionsschwelle wird stark gesenkt. Auch viele körperliche Nebenwirkungen treten auf. (vermehrtes Schwitzen, Zittern, Zahnschäden, Nierenschäden, Erweiterung der Pupillen etc.) Plötzliches Absetzen führt bei Dauerkonsum zu <u>Entzugerscheinungen</u> (Lethargie, Depression, Appetitlosigkeit, Apathie, Angst, Schlafstörungen)	
Bemerkung	Der Assay ist ein Screenigtest und das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektroskopie GC/MS) bestätigt werden	
Bereich	Klinische Chemie	
Folgeparameter	Bestätigungstest	
Letzte Änderung	06/2010	
Verrechnungsinfo	laut ASK 5063	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 341 Amphetamine U
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 62 von
845

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 20.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 342 Androstendion

Androstendion

LOINC-Code	1854-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Androstendion
Referenzbereich	Männer < 3.5 ng/ml (0,5-3,5 ng/ml) Frauen < 2,1 ng/ml (0,1-2,1 ng/mL) nach der Menopause Frauen < 3.4 ng/ml (0,4-3,4 ng/mL) vor der Menopause Pädiatrische Population Frauen: 2-6 Jahre 0,0-0,34 ng/mL 7-11 Jahre 0,12-2,41 ng/mL 12-16 Jahre 0,42-3,41 ng/mL 17-21 Jahre 0,7-4,31 ng/mL Pädiatrische Population Männer: 2-6 Jahre 0,02-0,29 ng/mL 7-11 Jahre 0,07-0,74 ng/mL 12-16 Jahre 0,25-2,21 ng/mL 17-21 Jahre 0,44-2,65 ng/mL
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz – Immunoassay (GLIA)
Messungenauigkeit	Variationskoeffizient 2,3% - 6,2 % (0.77 ng/ml)
Literatur	L. Thomas; Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Hyperandrogenämie, Hirsutismus
Präanalytik	Blutabnahme 8 -10 Uhr morgens Stabilität bei 2 – 8° C 24 Stunden
Probenmaterial	Serum

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 342 Androstendion Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 65 von 845	
Analysendauer/Frequenz ¹	Routine	
Störfaktoren	-	
Klinische Info	Androstendion, ein Androgen, wird zu ca. 90% von Nebennierenrinde und Ovarien sezerniert und ist ein Prekursor von Testosteron und Estron. Es ist ein schwach wirksames Androgen. Die Androstendion - Konzentration im Serum steigt ab dem 7. Lebensjahr kontinuierlich an und fällt nach dem 30. Lebensjahr allmählich wieder ab. Weiters unterliegt der Androstendionspiegel einem zirkadianen Rhythmus (etwa 30% höhere Konzentrationen am Morgen). Androstendion eignet sich zusammen mit Testosteron zur Primärdiagnostik eines gestörten Androgenhaushalts. Bei Frauen mit Hirsutismus produzieren die Ovarien Androgene, die sich in hohen Androstendion – Serumkonzentrationen widerspiegeln.	
Bemerkung	-	
Bereich	Klinische Chemie	
Folgeparameter	Testosteron, bioverf. Testosteron (BAT), DHEAS	
Letzte Änderung	01/2023	
Verrechnungsinfo	laut ASK 5067	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 20.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 343 Anti - Gliadin Antikörper

Antikörper gegen tTG

LOINC-Code	tTG AK IgA: 31017-7 tTG- AK IgG: 32998-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	tTG AK IgA tTG- AK IgG Antikörper gegen Gewebe-Transglutaminase
Referenzbereich	< 8 AU/ml negativ
Referenzbereich gültig ab	05.2023
Methode	CLIA
Messungenauigkeit	Intra Assay VK 7.1 - 8,8% je nach Konzentration von 3,15 bis 521,6 AU/mL;
Literatur	Williams CN. Celiac disease: past, present and future Can.J Gastroenterol. Vol 11, 647 - 649
Indikation	V.a Zöliakie
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 5 Tage
Probenmaterial	Serum oder Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	
Klinische Info	Die Zöliakie, auch glutensensitive Enteropathie, ist durch eine Intoleranz gegenüber Gliadin, einem in fast allen Getreidearten vorkommenden Protein, dem Gluten, bedingt. Die Erstdiagnose der Zöliakie gelingt heute mit hoher Sensitivität und Spezifität durch die Bestimmung der IgA und IgG – Antikörper gegen Transglutaminase im Serum. Die Antikörper Titer korrelieren sehr gut mit dem morphologischen Zustand der Dünndarmmukosa bei Zöliakiepatienten. Unter Einhaltung einer glutenfreien Ernährung können die serologisch erhobenen Gliadin-Antikörper Werte rasch abfallen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 343 Anti - Gliadin Antikörper
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 68 von
845

Bemerkung	Ein negatives Ergebnis schließt mit Gewissheit das Vorhandensein einer gluteninduzierten Enteropathie nicht aus, Dieses Ergebnis kann mit einem selektiven IgA-Mangel erklärt werden.
Bereich	Routine
Folgeparameter	Bestimmung von Gesamt IgA und tTG IgG Antikörper
Letzte Änderung	10.2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 6272
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 344 Anti - Tissue - Transglutaminase Antikörper

Anti Tissue Transglutaminase Antikörper

LOINC-Code	31017-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	tTG-IgA; tTG-IgG
Referenzbereich	<10 U/ml
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Enzym Immunoassay
Messungenauigkeit	VK bei 63 U/ml beträgt 4,2%
Literatur	Trier J.S.: Celiac sprue The new England Journal of Medicine 1991 24: 1708 - 1719
Indikation	V.a Zöliakie
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 5 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Die Zöliakie, auch glutensensitive Enteropathie, ist durch eine Intoleranz gegenüber Gliadin, einem in fast allen Getreidearten vorkommenden Protein, dem Gluten, bedingt. Tissue Transglutaminase wird von entzündeten Zellen ausgeschüttet und ist das endomysiale Hauptantigen für Autoantikörper bei Zöliakiepatienten. Daher ist dieser Assay für das Screening auf IgA – und IgG – Antikörper gegen Tissue – Transglutaminase bei klinisch verdächtigen Patienten geeignet.
Bemerkung	-
Bereich	Autoimmundiagnostik

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 344 Anti - Tissue - Transglutaminase Antikörper
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 71 von
845

Folgeparameter	IgA, tTG-IgG bei einem IgA-Mangel
Letzte Änderung	2017
Verrechnungsinfo	laut ASK 6185
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 345 anti C1q Antikörper

Anti C1q - Antikörper

LOINC-Code	44708 - 9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	C1q -CIC IgG
Referenzbereich	<10 U/ml
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Enzymimmunoassay
Messungenauigkeit	VK 4,76 bei 22,0 U/ml
Literatur	C. Siegert, M. R. Daha C1q as Antigen in Humoral Autoimmune Responses. Immunbiol., Vol 1999 , 295 - 203
Indikation	Verlaufskontrolle bei Patienten mit Lupus Nephritis
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 5 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Das Protein C1q steht am Beginn der Aktivierungskaskade des klassischen Wegs im Komplementsystem. Anti – C1q eignet sich insbesondere bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes zur Krankheits,- und Therapieverlaufskontrolle . Weiters korrelieren ansteigende C1q Werte bei diesen Patienten mit der Wahrscheinlichkeit eine Lupus Nephritis zu entwickeln.
Bemerkung	-
Bereich	Autoimmunologie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 345 anti C1q Antikörper
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 74 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5610
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2364 Anti TPO

Parameter: Anti TPO

LOINC-Code	8099 - 4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Anti – TPO
Referenzbereich	< 5,61 IU/ml
Referenzbereich gültig ab	1.10.2014
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	bei MW 1,57 IU/ml: VK 6,5% MW 21,14 IU/ml: VK 3,1%
Literatur	Lothar Thomas, Labor und Diagnose / 8. Auflage, TH - Books
Indikation	Autoimmunogene Schilddrüsenerkrankungen
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C bis zu 72 Stunden Bei - 10°C bis zu 30 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Die membrangebundene Thyreoperoxidase (TPO) ist ein Glykoproteinenzym. Die Funktion von TPO liegt in der Jodierung von Tyrosin bei der Synthese von T3 und T4.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Im Gegensatz zu Autoantikörpern gegen Thyreoglobulin (anti – TG) sind Autoantkörper gegen TPO komplementbindend, potentiell schädlich und können bei einer Autoimmunschilddrüsenerkrankung eine pathogene Wirkung entfalten. TPO – Autoantikörper liegen bei den meisten Fällen von Hashimoto – Thyreoiditis, primärem Myxödem und M. Basedow vor.
Bemerkung	-
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	AK g. Thyreoglobulin, AK g. TSH - Rezeptor
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6482
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 536 Anti X A

Anti - Xa Aktivität

LOINC-Code	Antikoagulanz	Kurzbezeichnung	LOINC-Code
	Unfraktioniertes-Heparin	UFH	3274-8
	Niedermolekulare Heparin	NMH	3271-4
	Danaparoid	Orgaran	28652-6
	Fondaparinux	Arixtra	49060-7
	Rivaroxaban	Xarelto	74871-5
	Apixaban	Eliquis	74214-8
	Edoxaban	Lixiana	nicht vergeben
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Siehe LOINC-Code		
Referenzbereich	Für UF-Heparin Therapeutisches Ziel (VTE) 0,3 -0,7 IU/ml lt. ACCP-Consensus Für NM-Heparin Zielbereich: bei Blutabnahmezeitpunkt 2 - 4 Std. nach s.c.Gabe für (Enoxaparin) Lovenox:		

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 9

Gültig ab: 20.08.2025

VTE-Prophylaxe: 0.05 - 0.4 IE/ml

VTE-Therapie: 0.4 - 1.1 IE/ml (lt.Zulassung/Beipack)

für **(Dalteparin)** Fragmin: therapeutische Spitzenspiegel bis 1,5 IE anti-Xa/ml

für **(Bemiparin)** Ivor(at): therapeutische Spitzenspiegel je nach Dosierung
0,54 bis 2,0 IE anti-Xa/ml lt Beipack – „pharmakolog. Eigenschaften“

Für Orgaran (Danaparoid)

Zielbereich: bei Blutabnahmezeitpunkt 2 - 4 Std. nach s.c.Gabe

VTE-Prophylaxe: 0.2 - 0.4 IE/ml

VTE-Therapie: 0.4 - 0.8 IE/ml

Für ARIXTRA (FONDAPARINUX)

für Arixtra/ 2-0,6 µg/ml Prophylaxe

und 0,6-1,6 µg/ml Therapie

aus Literatur und unter Studienbedingungen (nicht evidenzbasiert)

Für Xarelto (Rivaroxaban)

Zur Interpretation der orientierenden Spiegelbestimmung von Rivaroxaban

(nicht ausreichend evidenzbasiert):

Erwartete Spitzenspiegel (2-3 Std.) nach p.o. Einnahme von 1x10 mg Rivaroxaban:

ca. 110/150 ng/ml. (Asmis LM, et al, Thromb Res 2011;10.1016/j.thromres.2011.06.031).

Nach Einnahme von 1 x 20 mg Rivaroxaban (Mueck W. et al. Thromb Haemostas 2008
; 100:453-461) wurden folgende Spiegel in orthopädischem Patientengut festgestellt:

Spitzenspiegel: 222,6 ng/ml (159,6-359,8 ng/ml),

Talspiegel: 22,3 ng/ml (4,3-95,7 ng/ml)

Laut Hersteller (Bayer Pharma AG, Produktinformation 2011)

nach Einnahme von 1 x 20 mg Rivaroxaban zu erwartende Spiegel

(Koscielny J et al. Hämostaseologie 4/2012:287-291.):

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 9

Gültig ab: 20.08.2025

Spitzenspiegel (2-4 Std nach Einnahme): 215 ng/ml (22-535 ng/ml)
Talspiegel (24 Std. nach Einnahme): 32 ng/ml (6-239 ng/ml)

Für Eliquis (Apixaban)

Zur Interpretation der orientierenden Spiegelbestimmung (nicht ausreichend evidenzbasiert):

Erwartete Spitzenspiegel (2-3 Std. nach p.o. Einnahme) bzw Talspiegel (vor nächster Einnahme) lt. Produktinformation
Hersteller: Apixaban/EMA: 28/07/2014 Eliquis-EMA/H/C/002148-II/0014G

Apixaban Dosierung	SPITZENSPIEGEL (5% - 95% Perzentile)	TALSPIEGEL (5% - 95% Perzentile)

	Prophylaxe Schlaganfall bei VHF	
2 x 2,5 mg/die	69-221 ng/ml	34 - 162 ng/ml
2 x 5 mg/die	91-321 ng/ml	41 - 230 ng/ml

	Therapie/Prophylaxe TVT/PE	
2 x 2,5 mg/die	30-153 ng/ml	11 - 90 ng/ml
2 x 5 mg/die	59-302 ng/ml	22 - 177 ng/ml
2 x 10 mg/die	111-572 ng/ml	41 - 335 ng/ml

Für Lixiana (Edoxaban)

Keine spezifische quantitative Messung in Masse (ng/ml) über anti-Xa Test dzt. möglich,
da kein CE-zertifizierter Kalibrator verfügbar.

Lt. Zulassung/Fachinformation (08/2015): Zu erwartende Anti-Xa-Aktivitäten (IE Heparin/ml) für
Spitzen- und Talspiegel nach 1 x 60 mg und bei normaler Nierenfunktion (CrCL>130ml/min):

Edoxaban	SPITZENSPIEGEL (2,5 – 97,5%)	TALSPIEGEL (in anti-Xa IE/ml) (2,5 – 97,5%)

Dosierung	Prophylaxe Schlaganfall bei VHF	
1 x 60 mg tgl	0,12 – 6,10	0,00 – 3,10

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 9

Gültig ab: 20.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 536 Anti X A Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 82 von 845	

	Therapie/Prophylaxe TVT/PE 1 x 60 mg tgl 0,10 – 4,92 0,00 – 2,43 Bei eingeschränkter Nierenfunktion und/oder reduzierter Dosierung siehe Fachinformation
Referenzbereich gültig ab	10.10.2010, 01.01.2013 (Rivaroxaban), 01.09.2015 (Apixaban/Edoxaban)
Methode	Chromogener Test
Messungenauigkeit	< 10%
Literatur	Thromb Res 1977;10:399-410, Thromb Res 1976;8:413-416, J Thromb Haemost 2010;8:621-6. Semin Thromb Hemost 2000, 26(Suppl.1):5-21, Thromb Haemost 1999, 82:148-156, Fachinformation der jeweiligen Substanzen lt. Zulassung
Indikation	Siehe Referenzbereich
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken. Die Blutabnahme soll bei subcutan verabreichten Substanzen 2-4 Stunden nach s.c.-Verabreichung im Spitzen (peak) Spiegel erfolgen. Die Analyse sollte innerhalb von 2 Stunden erfolgen da es ansonsten zu einer vermehrten Freisetzung des Heparininhibitors PF4 aus Thrombozyten kommt.
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	AT III Defizienz, PF 4 (siehe Präanalytik), jede (andere) anti-Xa aktive Substanz wird miterfasst!

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
 Belegschaft (Koord.)
 Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
 Oberste Leitung

Freigabe:
 Q-Administration
 VersionNr. 9
 Gültig ab: 20.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 536 Anti X A Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 83 von 845	

Klinische Info	-
Bemerkung	Zur Bestimmung der anti-Xa Einheiten ist die Angabe welche Art von Heparin (niedermolekulares oder unfraktioniertes Heparin) beziehungsweise welches anti-Xa wirksame Antikoagulanz (Orgaran, Arixtra, Xarelto, Eliquis,(Lixiana)..) dem Patienten verabreicht wurde, erforderlich.
Bereich	Gerinnung Routine, Gerinnung Spezial und Akutlabor
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	27.08.2015
Verrechnungsinfo	Lt. ASK
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 9
Gültig ab: 20.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 537 Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein IGG

Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein (IGG)

LOINC-Code	Serum: 40456-6 Zur Abklärung einer Thrombophilie ausschließlich als Sammelparameter (siehe Thrombophilie)
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	B2-glykoprot.-I-AK IgG
Referenzbereich	<5 U/ml: negativ 5-7 U/ml: grenzwertig >7 U/ml: positiv
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Intra-Assay: VK=5,0% (13,4U/ml) Inter-Assay: VK=7,4% (11,0U/ml)
Literatur	1: Pierangeli SS, Harris EN. Clinical laboratory testing for the antiphospholipid syndrome. Clin Chim Acta. 2005 Jul 1;357(1):17-33. Review. 2: Bas de Laat H, Derksen RH, de Groot PG. beta2-glycoprotein I, the playmaker of the antiphospholipid syndrome. Clin Immunol. 2004 Aug;112(2):161-8. Review. 3: Le Querrec A, Arnout J, Arnoux D, Borg JY, Caron C, Darnige L, Delahousse B, Reber G, Sie P. Quantification of lupus anticoagulants in clinical samples using anti-beta2GP1 and anti-prothrombin monoclonal antibodies. Thromb Haemost. 2001 Aug;86(2):584-9. 4: Wilson WA, Gharavi AE, Piette JC. International classification criteria for antiphospholipid syndrome: synopsis of a post-conference workshop held at the Ninth International (Tours) aPL Symposium. Lupus. 2001;10(7):457-60. 5: Roubey RA. Update on antiphospholipid antibodies. Curr Opin Rheumatol. 2000 Sep;12(5):374-8. Review. 6: Tubach F, Hayem G, Marchand JL, Weber M, Palazzo E, de Bandt M, Roux S, Kahn MF, Meyer O. IgG anti-beta2-glycoprotein I antibodies in adult patients with systemic lupus erythematosus: prevalence and diagnostic value for the antiphospholipid syndrome. J Rheumatol. 2000 Jun;27(6):1437-43. 7: Lockshin MD, Sammaritano LR, Schwartzman S. Validation of the Sapporo criteria for antiphospholipid syndrome. Arthritis Rheum. 2000 Feb;43(2):440-3. 8: Franklin RD, Hollier N, Kutteh WH. beta2-Glycoprotein 1 as a marker of antiphospholipid syndrome in women with recurrent pregnancy loss. Fertil Steril. 2000 Mar;73(3):531-5.
Indikation	Verdacht auf Antiphospholipidsyndrom
Präanalytik	Serum rasch zentrifugieren.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 537 Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein IGG Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 86 von 845	

Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	Heterophile Antikörper, Stark hämolytische oder lipämische Proben können die Untersuchung verfälschen
Klinische Info	Entsprechend der Kriterien zur Diagnose des Antiphospholipidsyndroms ist der Nachweis von Antikörpern gegen Beta 2 Glykoprotein vom IGG und IGM Typ relativ spezifisch für die Diagnose des Antiphospholipidsyndroms, sodass mit dieser Bestimmung ein wesentlicher Beitrag zur schnelleren Diagnostik dieses doch sehr schwierig zu diagnostizierenden Krankheitskomplexes geleistet werden kann.
Bemerkung	-
Bereich	Immunologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin Tel.: 01 / 80 110 - 2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 21.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 346 Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein IGM

Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein (IGM)

LOINC-Code	16136-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	B2IGM
Referenzbereich	<5 U/ml: negativ 5-7 U/ml: grenzwertig >7 U/ml: positiv
Referenzbereich gültig ab	01.10.2010
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Intra-Assay: VK=3,8% (14,7U/ml) Inter-Assay: VK=6,3% (15,7U/ml)
Literatur	1: Pierangeli SS, Harris EN. Clinical laboratory testing for the antiphospholipid syndrome. Clin Chim Acta. 2005 Jul 1;357(1):17-33. Review. 2: Bas de Laat H, Derksen RH, de Groot PG. beta2-glycoprotein I, the playmaker of the antiphospholipid syndrome. Clin Immunol. 2004 Aug;112(2):161-8. Review. 3: Le Querrec A, Arnout J, Arnoux D, Borg JY, Caron C, Darnige L, Delahousse B, Reber G, Sie P. Quantification of lupus anticoagulants in clinical samples using anti-beta2GP1 and anti-prothrombin monoclonal antibodies. Thromb Haemost. 2001 Aug;86(2):584-9. 4: Wilson WA, Gharavi AE, Piette JC. International classification criteria for antiphospholipid syndrome: synopsis of a post-conference workshop held at the Ninth International (Tours) aPL Symposium. Lupus. 2001;10(7):457-60. 5: Roubey RA. Update on antiphospholipid antibodies. Curr Opin Rheumatol. 2000 Sep;12(5):374-8. Review. 6: Tubach F, Hayem G, Marchand JL, Weber M, Palazzo E, de Bandt M, Roux S, Kahn MF, Meyer O. IgG anti-beta2-glycoprotein I antibodies in adult patients with systemic lupus erythematosus: prevalence and diagnostic value for the antiphospholipid syndrome. J Rheumatol. 2000 Jun;27(6):1437-43. 7: Lockshin MD, Sammaritano LR, Schwartzman S. Validation of the Sapporo criteria for antiphospholipid syndrome. Arthritis Rheum. 2000 Feb;43(2):440-3. 8: Franklin RD, Hollier N, Kutteh WH. beta2-Glycoprotein 1 as a marker of antiphospholipid syndrome in women with recurrent pregnancy loss. Fertil Steril. 2000 Mar;73(3):531-5.
Indikation	Verdacht auf Antiphospholipidsyndrom
Präanalytik	Haltbarkeit der Probe: 14 Tage
Probenmaterial	Serum

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 346 Antikörper gegen Beta 2 Glykoprotein IGM
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 89 von
845

Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Heterophile Antikörper, Stark hämolytische oder lipämische Proben können die Untersuchung verfälschen.
Klinische Info	Entsprechend der Kriterien zur Diagnose des Antiphospholipidsyndroms ist der Nachweis von Antikörpern gegen Beta 2 Glykoprotein vom IGG und IGM Typ relativ spezifisch für die Diagnose des Antiphospholipidsyndroms, sodass mit dieser Bestimmung ein wesentlicher Beitrag zur schnelleren Diagnostik dieses doch sehr schwierig zu diagnostizierenden Krankheitskomplexes geleistet werden kann.
Bemerkung	-
Bereich	Immunologie und Tumormarker
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin 01 / 80 110 - 2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 21.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 485 Antikörper gegen Borrelia burgdof. IgG Liquor

Antikörper gegen Borrelia burgdorferi, IgG /Liquor

LOINC-Code	22126-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Borrelien IgG Ak/Liquor qn.
Referenzbereich	<4,5 U/ml: negativ
Referenzbereich gültig ab	07/2014
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Intra-Assay: VK=1,7-4,6% ; Inter-Assay: VK=7-17%
Literatur	Herbert Hof, Rüdiger Dörries, Medizinische Mikrobiologie. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Neuroborreliose
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Liquor cerebrospinalis
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Aufgrund der hohen Antigenverwandtschaft mit den Erregern des endemischen Rückfallfiebers (B.recurrentis, B.duttonii, B. hermsii; Vorkommen: Afrika, Asien, Südamerika) ist eine Kreuzreaktion möglich; Interferenz durch Antikörper gegen T.pallidum ist effektiv eliminiert. Bei Fehlen einer Anamnese und isoliert positivem IgM muss eine infektiöse Mononukleose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.
Klinische Info	Eine Borrelieninfektion kann sich als Erkrankung des Zentralnervensystems, als Lyme-Neuroborreliose, manifestieren. Sie ist schon kurz nach Beginn durch die Bildung intrathekaler, Borrelien - spezifischer Antikörper gekennzeichnet. Die Bestimmung dieser Antikörper ist die Methode der Wahl zum serologischen Nachweis der Lyme-Neuroborreliose (erregerspezifischer Antikörper-Index, AI). Die Antikörperproduktion im Zentralnervensystem wird durch parallele,

¹ Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 485 Antikörper gegen Borrelia burgdorferi IgG Liquor Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 92 von 845	

	quantitative Untersuchung von Liquor cerebrospinalis und Serum auf Borrelia - spezifische IgG-Antikörper bestimmt. Der alleinige Nachweis von Antikörpern im Liquor genügt nicht, da diese passiv aus dem Serum diffundiert sein können. Zur Unterscheidung der passiven Diffusion von der Bildung im Liquorraum werden die im Liquor und im Serum gemessenen Borrelien - spezifischen IgG - Antikörperwerte zu den jeweiligen Gesamt - IgG und Albumin -Konzentrationen in Beziehung gesetzt. Die akute Lyme- Neuroborreliose geht in einem hohen Prozentsatz mit einer Störung der Blut - Liquor - Schranke einher.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	Borrelien spezifischer Antikörper-Index wenn IgG Wert in Serum und Liquor positiv ist
Letzte Änderung	03/2015
Verrechnungsinfo	laut ASK 5120
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 - 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 486 Antikörper gegen Borrelia burgdof. IgG Serum

Antikörper gegen Borrelia burgdorferi, IgG /Serum

LOINC-Code	7817-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Borrelien IgG Ak/Serum qn.
Referenzbereich	<10 AU/ml: negativ
Referenzbereich gültig ab	07/2014
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=9,7-16,9% ; Intra-Assay: VK=3,6-10,9%
Literatur	Herbert Hof, Rüdiger Dörries, Medizinische Mikrobiologie. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Borrelieninfektion, Erythema migrans (ringförmige Rötung um Zeckenstich), Gelenksentzündung
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Aufgrund der hohen Antigenverwandtschaft mit den Erregern des endemischen Rückfallfiebers (B.recurrentis, B.duttonii, B. hermsii; Vorkommen: Afrika, Asien, Südamerika) ist eine Kreuzreaktion möglich; Interferenz durch Antikörper gegen T.pallidum ist effektiv eliminiert. Bei Fehlen einer Anamnese und isoliert positivem IgM muss eine infektiöse Mononukleose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.
Klinische Info	Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Infektionskrankheit in gemäßigten Klimazonen. Die verschiedenen Krankheitserscheinungen können entsprechend den Latenzzeiten Früh- und Spätmanifestationen zugeordnet werden, auch individuell sind die Krankheitserscheinungen sehr unterschiedlich. Typisches Leitsymptom bei ca. 50 -80% der Infizierten in der Frühphase ist das Erythema chronicum migrans, eine ringförmige Rötung um den Zeckenstich (Inkubationszeit 3 – 40 Tage). In der frühen Infektionsphase kann auch eine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 486 Antikörper gegen Borrelia burgdorferi IgG Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 95 von 845	

	Vielzahl unspezifischer Allgemeinsymptome wie grippeartige, meningeale Symptome: Kopfschmerz, Fieber, Gliederschmerzen sowie Nackensteifigkeit auftreten. Nach Dissemination des Erregers kann es zu weiteren Organmanifestationen wie Neuroborreliose, Lyme-Arthritis oder Acrodermatitis chronica atrophicans kommen. Aufgrund der Vielfalt der möglichen Symptome ist eine klinische Diagnose (vor allem im Spätstadium), wenn Hinweise auf die Primärinfektion fehlen, oft schwierig. Die Labordiagnostik beruht auf dem Nachweis Borrelia-spezifischer Antikörper. Die Antikörperantwort setzt relativ spät (mehrere Wochen bis wenige Monate) nach Erreger-Kontakt ein. In frühen Stadien zeigen sich häufig erhöhte IgM-Titer, während die IgG-Immunantwort zum Teil erst deutlich später ihr Maximum erreicht. Es ist durch Bestimmung der spezifischen Antikörper keine Aussage über vorhandenen Immunschutz möglich. Reaktivierung bzw. Reinfektion, verbunden mit entsprechender klinischer Symptomatik und Titeranstieg, sind möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	Borrelien spezifischer Antikörper-Index wenn IgG Wert in Serum und Liquor positiv ist
Letzte Änderung	04/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5157
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 487 Antikörper gegen Borrelia burgdof. IgM Liquor

Antikörper gegen Borrelia burgdorferi, IgM /Liquor

LOINC-Code	22133-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Borrelien IgM Ak/Liquor qn.
Referenzbereich	<2,5 U/ml: negativ
Referenzbereich gültig ab	07/2014
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=5,5 - 9,4%
Literatur	Herbert Hof, Rüdiger Dörries, Medizinische Mikrobiologie. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Neuroborreliose
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Liquor cerebrospinalis
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Aufgrund der hohen Antigenverwandtschaft mit den Erregern des endemischen Rückfallfiebers (B.recurrentis, B.duttonii, B. hermsii; Vorkommen: Afrika, Asien, Südamerika) ist eine Kreuzreaktion möglich; Interferenz durch Antikörper gegen T.pallidum ist effektiv eliminiert. Bei Fehlen einer Anamnese und isoliert positivem IgM muss eine infektiöse Mononukleose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.
Klinische Info	Eine Borrelieninfektion kann sich als Erkrankung des Zentralnervensystems, als Lyme-Neuroborreliose, manifestieren. Sie ist schon kurz nach Beginn durch die Bildung intrathekaler, Borrelien - spezifischer Antikörper gekennzeichnet. Die Bestimmung dieser Antikörper ist die Methode der Wahl zum serologischen Nachweis der Lyme-Neuroborreliose (erregerspezifischer Antikörper-Index, AI). Die Antikörperproduktion im Zentralnervensystem wird durch parallele, quantitative Untersuchung von Liquor cerebrospinalis und Serum auf Borrelia - spezifische IgG-Antikörper bestimmt. Der

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	alleiniger Nachweis von Antikörpern im Liquor genügt nicht, da diese passiv aus dem Serum diffundiert sein können. Zur Unterscheidung der passiven Diffusion von der Bildung im Liquorraum werden die im Liquor und im Serum gemessenen Borrelien - spezifischen IgG - Antikörperwerte zu den jeweiligen Gesamt - IgG und Albumin -Konzentrationen in Beziehung gesetzt. Die akute Lyme-Neuroborreliose geht in einem hohen Prozentsatz mit einer Störung der Blut - Liquor - Schranke einher.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	05/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5159
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 488 Antikörper gegen Borrelia burgdof. IgM Serum

Antikörper gegen Borrelia burgdorferi, IgM /Serum

LOINC-Code	7818-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Borrelien IgM Ak/Serum qn.
Referenzbereich	<18,0 AU/ml : negativ
Referenzbereich gültig ab	07/2014
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Intra-Assay: VK=4,7-9,4% Inter-Assay=6,8-10,8%
Literatur	Herbert Hof, Rüdiger Dörries, Medizinische Mikrobiologie. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Borrelioseninfektion, Erythema migrans (ringförmige Rötung um Zeckenstich), Gelenksentzündung
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Aufgrund der hohen Antigenverwandtschaft mit den Erregern des endemischen Rückfallfiebers (B.recurrentis, B.duttonii, B. hermsii; Vorkommen: Afrika, Asien, Südamerika) ist eine Kreuzreaktion möglich; Interferenz durch Antikörper gegen T.pallidum ist effektiv eliminiert. Bei Fehlen einer Anamnese und isoliert positivem IgM muss eine infektiöse Mononukleose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.
Klinische Info	Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Infektionskrankheit in gemäßigten Klimazonen. Die verschiedenen Krankheitserscheinungen können entsprechend den Latenzzeiten Früh- und Spätmanifestationen zugeordnet werden, auch individuell sind die Krankheitserscheinungen sehr unterschiedlich. Typisches Leitsymptom bei ca. 50 -80% der Infizierten in der Frühphase ist das Erythema chronicum migrans, eine ringförmige Rötung um den Zeckenstich (Inkubationszeit 3 - 40 Tage). In der frühen Infektionsphase kann auch eine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 488 Antikörper gegen Borrelia burgdorferi IgM Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 101 von 845	

	Vielzahl unspezifischer Allgemeinsymptome wie grippeartige, meningeale Symptome: Kopfschmerz, Fieber, Gliederschmerzen sowie Nackensteifigkeit auftreten. Nach Dissemination des Erregers kann es zu weiteren Organmanifestationen wie Neuroborreliose, Lyme-Arthritis oder Acrodermatitis chronica atrophicans kommen. Aufgrund der Vielfalt der möglichen Symptome ist eine klinische Diagnose (vor allem im Spätstadium), wenn Hinweise auf die Primärinfektion fehlen, oft schwierig. Die Labordiagnostik beruht auf dem Nachweis Borrelia-spezifischer Antikörper. Die Antikörperantwort setzt relativ spät (mehrere Wochen bis wenige Monate) nach Erreger-Kontakt ein. In frühen Stadien zeigen sich häufig erhöhte IgM-Titer, während die IgG-Immunantwort zum Teil erst deutlich später ihr Maximum erreicht. Es ist durch Bestimmung der spezifischen Antikörper keine Aussage über vorhandenen Immunschutz möglich. Reaktivierung bzw. Reinfektion, verbunden mit entsprechender klinischer Symptomatik und Titeranstieg, sind möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektionsserologie
Folgeparameter	Immunoblot IgM /IgG spez. AK
Letzte Änderung	04/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5159
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 489 Antikörper gegen CMV IgG

Antikörper gegen das humane Cytomegalovirus, IgG (Anti-CMV/IgG)

LOINC-Code	7852-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CMV AK IgG qn.
Referenzbereich	<12 U/ml negativ 12-14 U/ml grenzwertig >14 U/ml positiv (Bestimmungsintervall: 5,0-180 U/ml)
Referenzbereich gültig ab	06/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK= 4,9 – 6,3% (7,3 – 13,5 U/ml); VK 6,7 – 4,5% (78,2 -88,3 U/ml); VK 4,2 – 5,1% (107 -149 U/ml)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf CMV Infektion, Transplantationsvorbereitung, Schwangerenvorsorge, Bluttransfusionen, HIV Patienten, schwere Atherosklerose, große Hautverbrennungen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Bakterienkontamination der Proben oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen
Klinische Info	Die CMV-Infektion kann in jedem Lebensalter als Primärinfektion auftreten, sie persistiert subklinisch mit gelegentlichen Reaktivierungen (Sekundärinfektion). Die Übertragung erfolgt durch engen zwischenmenschlichen Kontakt: Schmierinfektion, sexuell, pränatal, iatrogen. Durchseuchungsrate ca. 50 - 70%, Inkubationszeit zumeist 4 - 8 Wochen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Bei immunkompetenten Personen: fieberhafter grippaler Infekt oder ähnliches Bild wie bei EBV Infektionen (Mononukleose, Lymphadenopathie, leichte Hepatitis, Lymphozytose), oft asymptomatischer Verlauf. Bei immunschwachen Individuen (Patienten mit Organtransplantationen, HIV Infektionen, Tumoren etc): CMV Infektion verstärkt Immunsuppression, schwere Krankheitsverläufe mit hohem Fieber, Leuko-, Thrombopenie, Enteritis, interstitielle Pneumonie, Hepatitis, Enzephalitis. Der Nachweis erfolgt durch Untersuchung auf Serumantikörper, IgG Antikörper: nach Infektion lebenslang nachweisbar, da der Erreger im Organismus persistiert, IgG Serokonversion weist auf eine Primärinfektion hin. IgM Antikörper: Nachweis einer Primärinfektion; tritt auch bei Reaktivierung im Rahmen einer chronischen Infektion auf.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	03/2017
Verrechnungsinfo	laut ASK 5260
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 490 Antikörper gegen CMV IgM

Antikörper gegen das humane Cytomegalovirus, IgM (Anti-CMV/IgM)

LOINC-Code	7853-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CMV- AK IgM qn.
Referenzbereich	<18 U/ml: negativ 18-22 U/ml: grenzwertig >22 U/ml: positiv (Bestimmungsintervall: 5,0-140 U/ml)
Referenzbereich gültig ab	06/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK= 2,8 – 6,3% (19,4 – 20,7 U/ml); VK 3,6 – 4,5% (28,3 -28,8 U/ml); VK 3,0 – 3,7% (55,2 -58,5 U/ml)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf CMV Infektion, Transplantationsvorbereitung, Schwangerenvorsorge, Bluttransfusionen, HIV Patienten, schwere Atherosklerose, große Hautverbrennungen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Potentielle Kreuzreaktivität: In wenigen Einzelfällen heterotypische Immunantwort infolge einer Infektion mit Röteln Virus, Parvovirus B19, VZV, EBV

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 490 Antikörper gegen CMV IgM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 107 von 845	

Klinische Info	Die CMV-Infektion kann in jedem Lebensalter als Primärinfektion auftreten, sie persistiert subklinisch mit gelegentlichen Reaktivierungen (Sekundärinfektion). Die Übertragung erfolgt durch engen zwischenmenschlichen Kontakt: Schmierinfektion, sexuell, pränatal, iatrogen. Durchseuchungsrate ca. 50 - 70%, Inkubationszeit zumeist 4 - 8 Wochen Bei immunkompetenten Personen: fieberhafter grippaler Infekt oder ähnliches Bild wie bei EBV Infektionen (Mononukleose, Lymphadenopathie, leichte Hepatitis, Lymphozytose), oft asymptomatischer Verlauf. Bei immunschwachen Individuen (Patienten mit Organtransplantationen, HIV Infektionen, Tumoren etc): CMV Infektion verstärkt Immunsuppression, schwere Krankheitsverläufe mit hohem Fieber, Leuko-, Thrombopenie, Enteritis, interstitielle Pneumonie, Hepatitis, Enzephalitis. Der Nachweis erfolgt durch Untersuchung auf Serumantikörper, IgG Antikörper: nach Infektion lebenslang nachweisbar, da der Erreger im Organismus persistiert, IgG Serokonversion weist auf eine Primärinfektion hin. IgM Antikörper: Nachweis einer Primärinfektion; tritt auch bei Reaktivierung im Rahmen einer chronischen Infektion auf.
Bemerkung	
Bereich	Infektion
Folgeparameter	CMV DNA / PCR
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5258
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

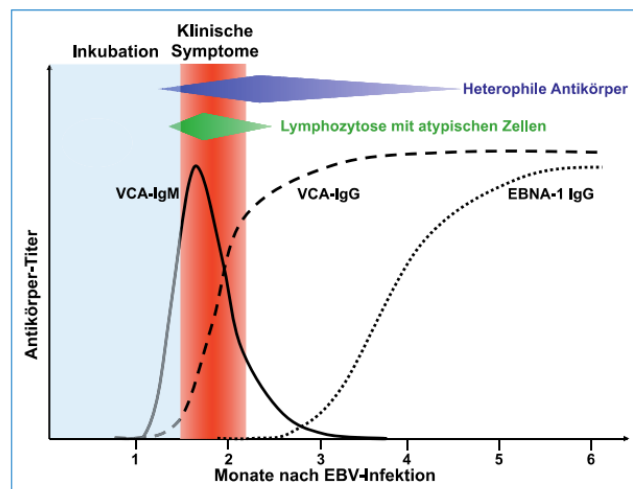
Dokument Nr.: 491 Antikörper gegen EBV IgG (Anti-EBV, EBNA)

Antikörper gegen EBV IgG (Anti-EBV, EBNA)

LOINC-Code	7885-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	EBV AK IgG qn. EBNA IgG qn.
Referenzbereich	Anti-EBV/IgG < 20 E/mL: negativ, > 20 E/mL: positiv EBNA/IgG < 5 E/mL: negativ, 5 – 20 E/mL: grenzwertig, > 20 E/mL: positiv
Referenzbereich gültig ab	11/2020
Methode	CLIA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=9,9%, Intra-Assay: VK=3,3%
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf EBV Infektion (infektiöse Mononukleose), Transplantationsvorbereitung, HIV Patienten
Präanalytik	Lagerung: max 3 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	keine bekannt
Klinische Info	EBV ist ein humanspezifisches, B-lymphotropes Herpesvirus. Übertragung: Tröpfcheninfektion, oraler Schleimhautkontakt, Speichel; Eintrittspforte: Rachen. Durchseuchung Erwachsener 80 – 90% Inkubationszeit 4-6 Wochen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Verlauf der akuten Infektion in der Kindheit symptomarm, im Jugend- bzw. Erwachsenenalter in 30-50% „infektiöse Mononukleose“ (Pfeiffer'sches Drüsenfieber) mit Lymphknotenschwellung, Fieberschüben, Angina, Pneumonie, Hepatitis, eventuell: Exanthem, selten: Meningitis, Enzephalitis, Myokarditis. Auch bei schwerem Verlauf langfristige Prognose gut. Infektreaktivierung meist subklinisch, bei Immunsupprimierten Patienten (HIV, Malaria) Entwicklung von Lymphomen möglich.



Bemerkung

Bei Anti-EBV/IgG werden spezifische Antikörper gegen Kapsid-Antigene des EBV quantitativ gemessen.
Bei EBNA/IgG werden spezifische Antikörper gegen das Kern-Antigen des EBV quantitativ gemessen.

Bereich

Infektion/Serologie

Folgeparameter

EBV PCR bei unklarer Befundkonstellation

Letzte Änderung

07/2020

Verrechnungsinfo

laut ASK 5320

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 492 Antikörper gegen EBV IgM

Antikörper gegen das Epstein-Barr-Virus (EBV), IgM (Anti-EBV/IgM II)

LOINC-Code	30340-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	EBV-AK IgM
Referenzbereich	< 20 E/mL: negativ ≥ 20 E/mL: positiv
Referenzbereich gültig ab	11/2020
Methode	CLIA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK= 5,5% (positive Probe), VK= 10,8% (negative Probe)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf frische Infektion mit EBV (infektiöse Mononukleose, Pfeiffersches Drüsenfieber), bei herabgesetzter Immunkompetenz: Verdacht einer Reaktivierung; Organtransplantation, HIV Patienten
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	Bildung von spezifischem IgM durch polyklonale IgM Stimulierung bedingt durch CMV oder andere Herpesviren möglich (keine Kreuzreaktion!). Hepatitis A IgM, Mumps IgM oder Röteln IgM können auch zu IgM Antwort führen (polyklonale Stimulierung von B-Zellen).
Klinische Info	EBV ist ein humanspezifisches, B-lymphotropes Herpesvirus. Übertragung: Tröpfcheninfektion, oraler Schleimhautkontakt, Speichel; Eintrittspforte: Rachen. Durchseuchung Erwachsener 80 – 90%

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 492 Antikörper gegen EBV IgM
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 113 von
845

	Inkubationszeit 4-6 Wochen; spezifische IgM Antikörper persistieren zumeist nicht länger als 10 Wochen. Verlauf der akuten Infektion in der Kindheit symptomarm, im Jugend- bzw. Erwachsenenalter in 30-50% „infektiöse Mononukleose“ (Pfeiffer'sches Drüsenfieber) mit Lymphknotenschwellung, Fieberschüben, Angina, Pneumonie, Hepatitis, eventuell: Exanthem, selten: Meningitis, Enzephalitis, Myokarditis. Auch bei schwerem Verlauf langfristige Prognose gut. Infektreaktivierung meist subklinisch, bei Immunsupprimierten Patienten (HIV, Malaria) Entwicklung von Lymphomen möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	EBV IgG wenn IgM Wert positiv oder grenzwertig ist; bei pos IgM: EBV PCR
Letzte Änderung	05/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5321
Kontakt	<u>Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791</u>

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 493 Antikörper gegen FSME Virus (IgG)

Antikörper gegen FSME-Virus, IgG (Anti-TBE-IgG)

LOINC-Code	26062-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	FSME AK IgG
Referenzbereich	<55 NTU/mL: negativ 55 – 110 NTU/mL: grenzwertig >110 NTU/mL: positiv
Referenzbereich gültig ab	08/2023
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=9,18 – 12,99% (MW NTU/mL 15,39 – 253,81); Intra-Assay: VK= 2,23 – 8,93% (MW E 1,411 – 1,991)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Überprüfung des humoralen Immunstatus bzw. Nachweis einer Serokonversion nach Impfung, Antikörperverlaufskontrolle nach FSME - Infektion, Nachweis einer apparenten bzw. einer inapparenten Infektion mit FSME - Virus, Differentialdiagnose zu anderer Erkrankungen des ZNS, Differentialdiagnose zur Borreliose nach Zeckenstich.
Präanalytik	Lagerung: max 5 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	3 - 5 Werktage
Störfaktoren	Wegen der antigenetischen Verwandtschaft des FSME - Virus mit anderen Flaviviren können positive IgG - oder IgM - Ergebnisse auch auf Infektionen bzw. Vakzinierungen mit Gelbfieber, Dengue-Fieber, Japan - B - Enzephalitis-, West -Nile - Fieber, Hepatitis C - Virus und anderen zurückzuführen sein.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 493 Antikörper gegen FSME Virus (IgG) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 116 von 845	

Klinische Info	Das Frühsommer - Meningoenzephalitis-Virus (FSME-Virus) gehört zur Familie der Flaviviridae. Das FSME-Virus ist der Auslöser einer entzündlichen Meningoenzephalitis, die in Mittel- und Osteuropa in Endemiegebieten auftritt und überwiegend durch einen Zeckenstich (Durchseuchung bis zu 5%) übertragen wird. Erregerreservoir sind Kleinsäuger, Inkubationszeit: 1 - 2 Wochen. Verlauf: zwei Drittel der Infizierten erkranken nicht, oder weisen nur geringe Symptome einer „Sommergrippe“ auf. Bei einem Drittel der Infizierten kommt es zu einem schweren Verlauf mit einer Infektion des zentralen Nervensystems. Die Erkrankung zeigt dann einen typischen biphasischen Verlauf. Sie beginnt mit der nur wenige Tage dauernden Prodromal – Phase mit Kopfschmerzen, Fieber, gastrointestinalen Beschwerden und gelegentlich katarrhischen Erscheinungen der oberen Atemwege. Die zweite Phase der Erkrankung kann sich nach einem beschwerdefreien Intervall von ca. einer Woche mit erneutem Fieberanstieg als Meningitis, Meningoenzephalitis oder als Meningoenzephalomyelitis manifestieren. Die Diagnose erfolgt neben anamnestischen Angaben (Aufenthalt in FSME - Endemiegebiet, Zeckenstich) und der typischen Symptomatik vor allem durch den Nachweis spezifischer Antikörper. Durch Impfung werden neben den protektiven IgG - Antikörpern allenfalls IgM - Antikörper in niedriger Aktivität induziert.
Bemerkung	-
Bereich	Infektionsserologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5379
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 494 Antikörper gegen FSME Virus (IgM)

 q-matis_admin.accde

 q-matis_admin_OQ_v11-04-02-29_v1.txt

 q-matis_admin32.accde

 q-matis_admin64.accde

Antikörper gegen FSME-Virus, IgM (Anti-TBE-IgM)

LOINC-Code	26063-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	FSME AK IgM qn.
Referenzbereich	< 9 NTU: negativ 9 - 11 NTU: grenzwertig > 11 NTU: positiv
Referenzbereich gültig ab	08/2023
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK = 10,86-13,26% (MW NTU 2,04-18,14); Intra-Assay: VK = 7,77-11,74% (MW E 0,490-1,039);
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Überprüfung des humoralen Immunstatus bzw. Nachweis einer Serokonversion nach Impfung, Antikörperverlaufskontrolle nach FSME - Infektion, Nachweis einer apparenten bzw. einer inapparenten Infektion mit FSME - Virus, Differentialdiagnose zu anderer Erkrankungen des ZNS, Differentialdiagnose zur Borreliose nach Zeckenstich.
Präanalytik	Lagerung: max 5 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum oder Plasma (Citrat, Heparin)
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalytik
Störfaktoren	Wegen der antigenetischen Verwandtschaft des FSME - Virus mit anderen Flaviviren können positive IgG - oder IgM - Ergebnisse auch auf Infektionen bzw. Vakzinierungen mit Gelbfieber-, Dengue -Fieber, Japan - B - Enzephalitis-, West - Nile - Fieber, Hepatitis C - Virus und anderen zurückzuführen sein.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 494 Antikörper gegen FSME Virus (IgM) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 119 von 845	

Klinische Info	Das Frühsommer - Meningoenzephalitis-Virus (FSME-Virus) gehört zur Familie der Flaviviridae. Das FSME-Virus ist der Auslöser einer entzündlichen Meningoenzephalitis, die in Mittel- und Osteuropa in Endemiegebieten auftritt und überwiegend durch einen Zeckenstich (Durchseuchung bis zu 5%) übertragen wird. Erregerreservoir sind Kleinsäuger, Inkubationszeit: 1 - 2 Wochen. Verlauf: zwei Drittel der Infizierten erkranken nicht, oder weisen nur geringe Symptome einer „Sommergrippe“ auf. Bei einem Drittel der Infizierten kommt es zu einem schweren Verlauf mit einer Infektion des zentralen Nervensystems. Die Erkrankung zeigt dann einen typischen biphasischen Verlauf. Sie beginnt mit der nur wenige Tage dauernden Prodromal – Phase mit Kopfschmerzen, Fieber, gastrointestinalen Beschwerden und gelegentlich katarrhischen Erscheinungen der oberen Atemwege. Die zweite Phase der Erkrankung kann sich nach einem beschwerdefreien Intervall von ca. einer Woche mit erneutem Fieberanstieg als Meningitis, Meningoenzephalitis oder als Meningoenzephalomyelitis manifestieren. Die Diagnose erfolgt neben anamnestischen Angaben (Aufenthalt in FSME - Endemiegebiet, Zeckenstich) und der typischen Symptomatik vor allem durch den Nachweis spezifischer Antikörper. Durch Impfung werden neben den protektiven IgG - Antikörpern allenfalls IgM - Antikörper in niedriger Aktivität induziert.
Bemerkung	-
Bereich	Infektionsserologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5380
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 495 Antikörper gegen HSV IgG

Antikörper gegen das Herpes-Simplex-Virus, IgG (Anti-HSV/IgG)

LOINC-Code	36921-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HSV AK IgG
Referenzbereich	negativ: < 0,9 Index grenzwertig: 0,9-1,1 Index positiv: ≥1,1 Index
Referenzbereich gültig ab	08/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=7,0% (MW 0,26 Index), VK=4,6% (MW 3,7 Index), VK=5,4% (MW 6,1 Index); jeweils 20 Bestimmungen
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf HSV Infektion (Typ 1 und Typ 2), Enzephalitis, Transplantatspender, Dialysepatienten, Leukämiepatienten, HIV Patienten, aktiv bzw. passiv immunisierte Personen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Normalerweise beeinflussen potentiell interferierende Antikörper die Bestimmung nicht. Folgende Antikörper wurden überprüft: CMV, EBV, VZV, Röteln, Toxoplasma gondii.
Klinische Info	Es gibt 2 natürliche Arten von HSV mit unterschiedlichen biologischen und epidemiologischen Merkmalen. Beide Virustypen verursachen beim Menschen Infektionen unterschiedlicher Schwere, danach latenter Verlauf:

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 495 Antikörper gegen HSV IgG Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 122 von 845	

	HSV Typ 1: Übertragungsweg: Schleimhautkontakt, Tröpfchen- oder Schmierinfektion; Virusausscheidung an der ursprünglichen Infektionsstelle, sowie in Speichel, Stuhl nach Primärinfektion; Inkubationszeit wenige Tage. Verlauf: Erstinfektion symptomlos oder als schmerzhaftes oro-faciale bläschenbildende Schleimhautinfektion (Fieberblasen, Pharyngitis). Symptome klingen nach 1 - 2 Wochen ab, HSV 1 persistiert im Organismus. Viren können auch entlang der sensorischen Nervenbahnen in die Spinalganglien wandern und dort verweilen. Reaktivierung mit Virusreplikation bei Immundefizienz, Hautirritation (UV), Stress. Erneut Entwicklung schmerzhafter Bläschen an Haut bzw. Schleimhaut. Seltene, aber schwere Komplikation: Meningoenzephalitis. Durchseuchung bei Erwachsenen: 80 - 90% HSV Typ 2: Übertragung: Sexualkontakt, neonatal bei vaginaler Entbindung und flordem Herpes genitalis; Infektiosität während des Bestehens der Läsionen gegeben. Inkubationszeit: 2 - 8 Tage. Verlauf: ähnlich wie bei HSV 1, aber vorwiegend im Genitalbereich. Hohe Kreuzreaktivität, hohe Durchseuchungsrate. Nur spezifischer IgM Nachweis oder 4facher spezifischer IgG Titeranstieg diagnostisch verwertbar
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	PCR aus Bläschenabstrich, Liquor
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5489
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 496 Antikörper gegen HSV IgM

Antikörper gegen das Herpes-Simplex-Virus, IgM (Anti-HSV/IgM)

LOINC-Code	41149-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HSV AK IgM
Referenzbereich	negativ: < 0,9 Index grenzwertig: 0,9-1,1 Index positiv: ≥1,1 Index
Referenzbereich gültig ab	08/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=15,3% (MW = 0,625 Index); VK=13% (MW = 1,93 Index); jeweils 20 Bestimmungen
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf HSV Infektion (Typ 1 und Typ 2), Enzephalitis, Transplantatspender, Dialysepatienten, Leukämiepatienten, HIV Patienten, Überwachung von HSV-assoziierten Erkrankungen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter).
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Kreuzreaktionen von IgM Antikörpern in einer frühen Akutphase sind möglich (z. Bsp.: Anti-Parvo B19 IgM, Anti-HAV IgM, Anti-HBc IgM, Anti-CMV IgM). Das Ergebnis kann die Folge einer polyklonalen Aktivierung durch andere ätiologische Erreger sein.
Klinische Info	Es gibt 2 natürliche Arten von HSV mit unterschiedlichen biologischen und epidemiologischen Merkmalen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 496 Antikörper gegen HSV IgM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 125 von 845	

	Beide Virustypen verursachen beim Menschen Infektionen unterschiedlicher Schwere, danach latenter Verlauf: HSV Typ 1: Übertragungsweg: Schleimhautkontakt, Tröpfchen- oder Schmierinfektion; Virausscheidung an der ursprünglichen Infektionsstelle, sowie in Speichel, Stuhl nach Primärinfektion; Inkubationszeit wenige Tage. Verlauf: Erstinfektion symptomlos oder als schmerzhaftes oro-faciale bläschenbildende Schleimhautinfektion (Fieberblasen, Pharyngitis). Symptome klingen nach 1 - 2 Wochen ab, HSV 1 persistiert im Organismus. Viren können auch entlang der sensorischen Nervenbahnen in die Spinalganglien wandern und dort verweilen. Reaktivierung mit Virusreplikation bei Immundefizienz, Hautirritation (UV), Stress. Erneut Entwicklung schmerzhafter Bläschen an Haut bzw. Schleimhaut. Seltene, aber schwere Komplikation: Meningoenzephalitis. Durchseuchung bei Erwachsenen: 80 - 90% HSV Typ 2: Übertragung: Sexualkontakt, neonatal bei vaginaler Entbindung und flordem Herpes genitalis; Infektiosität während des Bestehens der Läsionen gegeben. Inkubationszeit: 2 - 8 Tage. Verlauf: ähnlich wie bei HSV 1, aber vorwiegend im Genitalbereich. Hohe Kreuzreaktivität, hohe Durchseuchungsrate.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	HSV PCR aus Bläschenabstrich ;Liquor
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5491
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 497 Antikörper gegen Masernvirus (IgG)

Antikörper gegen das Masern-Virus, IgG

LOINC-Code	7962-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Masernv.AK IgG qn.
Referenzbereich	<13,5AU/ml: negativ 13,5 – 34,9 AU/mL grenzwertig ≥25 AU/ml: positiv
Referenzbereich gültig ab	12/2016
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay Präzision: VK=10,6 % Intra-Assay :7,5%
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Absicherung des Impferfolges, Verdacht auf Masern - Infektion (Exanthem)
Präanalytik	Lagerung: max 3 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	keine bekannt
Klinische Info	Masern sind weltweit verbreitet; in Entwicklungsländern sind sie ein ernsthaftes Problem, dem mit breit angelegten Impfprogrammen begegnet wird. In Gebieten mit etablierten Impfprogrammen nur noch als eingeschleppte Infektion oder bei Impfmüdigkeit. In vielen Entwicklungsländern neben Malaria und Durchfallerkrankungen eine wesentliche Todesursache bei Kindern. Masern sind hoch infektiös; die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion ab der späten Inkubationszeit.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 497 Antikörper gegen Masernvirus (IgG) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 128 von 845	

	Inkubationszeit 8-12 Tage Am Beginn der Erkrankung steht ein unspezifisches Vorläuferstadium, eine schwere fieberhafte respiratorische Infektion mit Leukopenie. Nach dem ersten Fiebergipfel treten die charakteristischen Koplikschen Flecken auf der Wangenschleimhaut auf. Danach kommt es zur Ausbildung eines Exanthems: beginnend am Kopf zieht es körperabwärts bis zu den Extremitäten und verschwindet nach etwa 5 Tagen wieder in der Reihenfolge des Auftretens. Mögliche Komplikationen sind: Otitis media, Pneumonie, Enzephalitis, Enzephalomyelitis. Bei jungen Erwachsenen kann es, häufig im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Masernimpfung, zu einer atypischen Maserninfektion kommen. Lebenslange Immunität nach Überwindung einer Infektion.
Bemerkung	Meldepflichtige Erkrankung
Bereich	Infektion
Folgeparameter	Bei klinischem Verdacht PCR (Zahntaschenspülflüssigkeit, Speichelsekret, Harn, Serum) an die Virologie meduni wien
Letzte Änderung	04/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 5712
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 498 Antikörper gegen Masernvirus (IgM)

Antikörper gegen das Masern-Virus, IgM

LOINC-Code	7963-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Masernv.AK IgM qn.
Referenzbereich	<10 U/ml: negativ 10 – 15 U/ml grenzwertig >15 U/ml: positiv
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: schwach positiv: VK=5,65% (mE 0,635); stark positiv: VK=9,12% (mE 3,126)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Masern - Infektion (Exanthem)
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	keine bekannt
Klinische Info	Masern sind weltweit verbreitet; in Entwicklungsländern sind sie ein ernsthaftes Problem, dem mit breit angelegten Impfprogrammen begegnet wird. In Gebieten mit etablierten Impfprogrammen nur noch als eingeschleppte Infektion oder bei Impfmüdigkeit. In vielen Entwicklungsländern neben Malaria und Durchfallerkrankungen eine wesentliche Todesursache bei Kindern. Masern sind hoch infektiös; die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion ab der späten Inkubationszeit.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 498 Antikörper gegen Masernvirus (IgM) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 131 von 845	

	Inkubationszeit 8-12 Tage Am Beginn der Erkrankung steht ein unspezifisches Vorläuferstadium, eine schwere fieberhafte respiratorische Infektion mit Leukopenie. Nach dem ersten Fiebergipfel treten die charakteristischen Koplikschen Flecken auf der Wangenschleimhaut auf. Danach kommt es zur Ausbildung eines Exanthems: beginnend am Kopf zieht es körperabwärts bis zu den Extremitäten und verschwindet nach etwa 5 Tagen wieder in der Reihenfolge des Auftretens. Mögliche Komplikationen sind: Otitis media, Pneumonie, Enzephalitis, Enzephalomyelitis. Bei jungen Erwachsenen kann es, häufig im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Masernimpfung, zu einer atypischen Maserninfektion kommen. Lebenslange Immunität nach Überwindung einer Infektion.
Bemerkung	Eine akute Masernerkrankung ist meldepflichtig
Bereich	Infektion
Folgeparameter	Subtypenbestimmung Virologie Universität Wien
Letzte Änderung	02/2017
Verrechnungsinfo	laut ASK 5713
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 499 Antikörper gegen Mumpsvirus (IgG)

Antikörper gegen das das Mumps-Virus (Anti-Parotitis-Virus), IgG (PARO/IgG)

LOINC-Code	22417-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Mumps AK IgG qn.
Referenzbereich	<9,0 AU/mL: negativ ≥20 AU/mL : positiv;
Referenzbereich gültig ab	09/2017
Methode	CLIA (Chemilumineszenz-Technologie)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=<10%
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Absicherung des Impferfolges, Bestimmung des Immunstatus
Präanalytik	Lagerung: max 3 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Schwach positive Befunde können im Einzelfall auch durch Parainfluenzavirus Typ 1-3 verursacht sein
Klinische Info	Mumps Viren sind weltweit verbreitet, seit Einführung der Mumpsimpfung ist die Inzidenz sehr niedrig. Das Ziel der aktiven Mumpsimpfungen ist die teilweise schwerwiegenden Komplikationen nach einer Infektion in höherem Alter zu vermeiden. Ein weiteres Ziel der Impfung ist der Schutz des ungeborenen Lebens in der Schwangerenvorsorge (möglicher Abort im ersten Trimenon der Schwangerschaft).

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 499 Antikörper gegen Mumpsvirus (IgG) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 134 von 845	

	Die Übertragung erfolgt durch engen Personenkontakt, meist über Tröpfcheninfektion, die Virusvermehrung findet zunächst im Nasen- und Rachenepithel statt. Inkubationszeit: 2 - 4 Wochen; bei 50-70 % der Patienten tritt eine typische Parotitis auf, das Virus wird im Speichel ausgeschieden. Eine ZNS - Beteiligung ist häufig, führt aber nur in 5-10% der Fälle zu einer Meningitis, seltener zu einer Enzephalitis. Gefürchtete Spätfolge ist die Taubheit. Nach Überwindung der Erkrankung lebenslange Immunität bei 90% der Infizierten, Zweiterkrankungen sind gelegentlich möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2017
Verrechnungsinfo	laut ASK 5745
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 500 Antikörper gegen Parvovirus (IgG)

Antikörper gegen Parvovirus B19 IgG

LOINC-Code	7983-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Parvovirus AK IgG qn.
Referenzbereich	<9 U/mL: negativ ; 0,9-1,1 U/mL grenzwertig; >1,1 positiv
Referenzbereich gültig ab	04/2015
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenaugigkeit	Inter-Assay: VK=10,2% (schwach positiv); VK=6,8% (positiv); VK 7,0% (hoch positiv)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Parvovirusinfektion (Ringelröteln - Exanthem), bei schwangeren Frauen mit Verdacht auf Exposition mit Parvovirus B19
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	täglich
Störfaktoren	keine Interferenzen bekannt
Klinische Info	Übertragung erfolgt über Tröpfcheninfektion, Erstinfektion meist im Kindesalter; selten durch Blutkonserven (hohe Thermostabilität) oder diaplazentar. Inkubationszeit: 13 - 18 Tage, danach ausgeprägte Virämie; Leitsymptom: Ringelröteln - Exanthem. Verlauf ist auch harmlos und unbemerkt möglich; hohe altersabhängige Durchseuchungsrate: bei >19 Jahre bis zu 60%. Bei ca. 25% Auftreten eines schwereren Krankheitsverlaufes: Ausbildung eines ca. 3 Wochen andauernden

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 500 Antikörper gegen Parvovirus (IgG) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 137 von 845	

	girlandenförmigen, im Gesicht beginnenden, dann absteigenden Exanthems. In diesen Fällen kann eine generalisierte Lymphadenopathie und können schwere Arthralgien (ca. 10% bei Kindern, ca. 80% bei Erwachsenen) auftreten (besonders Finger- oder Handgelenke, Knie). Eine Infektion in der Schwangerschaft kann zu einem Abort führen (vor der SSW 22). Bei Patienten mit hämatologischen Grunderkrankungen aplastische Krisen möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	PCR (Virologie Med Uni Wien)
Letzte Änderung	03/2018
Verrechnungsinfo	laut ASK 5813
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 501 Antikörper gegen Parvovirus (IgM)

Antikörper gegen Parvovirus B19 IgM

LOINC-Code	7984-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Parvovirus AK IgM qn.
Referenzbereich	<9 U/mL : negativ 0,9-1,1 : grenzwertig >1,1 U/mL: positiv
Referenzbereich gültig ab	04/2015
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Intra-Assay: VK<5% , Inter-Assay: VK 3,8% -11%
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Verdacht auf Parvovirusinfektion (Ringelröteln - Exanthem), bei schwangeren Frauen mit Verdacht auf Exposition mit Parvovirus B19
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	keine Interferenzen bekannt
Klinische Info	Übertragung erfolgt über Tröpfcheninfektion, Erstinfektion meist im Kindesalter; selten durch Blutkonserven (hohe Thermostabilität) oder diaplazentar. Inkubationszeit: 13 - 18 Tage, danach ausgeprägte Virämie; Leitsymptom: Ringelröteln - Exanthem.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 501 Antikörper gegen Parvovirus (IgM) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 140 von 845	

	Verlauf ist auch harmlos und unbemerkt möglich; hohe altersabhängige Durchseuchungsrate: bei >19 Jahre bis zu 60%. Bei ca. 25% Auftreten eines schwereren Krankheitsverlaufes: Ausbildung eines ca. 3 Wochen andauernden girlandenförmigen, im Gesicht beginnenden, dann absteigenden Exanthems. In diesen Fällen kann eine generalisierte Lymphadenopathie und können schwere Arthralgien (ca. 10% bei Kindern, ca. 80% bei Erwachsenen) auftreten (besonders Finger- oder Handgelenke, Knie). Eine Infektion in der Schwangerschaft kann zu einem Abort führen (vor der SSW 22). Bei Patienten mit hämatologischen Grunderkrankungen aplastische Krisen möglich.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	PCR (Virologie Med Uni Wien)
Letzte Änderung	03/2018
Verrechnungsinfo	laut ASK 5814
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1086 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgG)

LOINC-Code	8014-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Rötelv.AK IgG qn.
Referenzbereich	<10 IU / ml negativ ≥10 IU / ml positiv Bestimmungsintervall: 5 – 350 IU / ml (Impfschutz: >25 IU / ml)
Referenzbereich	04/2013
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay (je 20 Bestimmungen): VK= 5,2 %, sd 0,94 (MW 18,0 IE/ml); VK 6,7%, sd 4,36 (MW 64,9 IE/ml), VK 6,4%, sd 8,99 (MW 141 IE/ml)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viralier Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Schwangerenvorsorge, Impfkontrolle
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Weder stark hämolytische oder lipämische Proben, noch Proben mit eindeutiger Mikrobenkontamination verwenden
Klinische Info	Der Nachweis und die Quantifizierung von Rötelnvirus-spezifischen Antikörpern dient der Impfentscheidung zur Verhinderung kongenitaler Defekte einschließlich der Überwachung des Immunstatus vor einer Schwangerschaft.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 1086 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgG)
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 143 von
845

Der Verdacht auf eine akute Infektion mit dem Rötelnvirus muss durch den Nachweis von spezifischen IgM-Antikörpern abgeklärt werden
Übertragung: Tröpfcheninfektion, direkter Kontakt, kontaminierte Gegenstände; weltweite Verbreitung.
Inkubationszeit: 10 - 21 Tage; größte Ansteckungsfähigkeit jeweils 1 Woche vor und nach Auftreten des Exanthems.
20 -50% der Infektionen verlaufen subklinisch; mögliche klinische Manifestation: Infektion des oberen Respirationstraktes mit Lymphknotenschwellung, leicht erhöhtes Fieber, Bindehautentzündung. Ausbildung eines vom Gesicht absteigenden makulopapulösen Exanthems mit blassroten Flecken das nach 3-5 Tagen üblicherweise spontan ausheilt.
Lebenslange Immunität nach Überwindung einer Infektion.
Besonders gefährlich während der ersten 4 Schwangerschaftsmonate (Schädigung des Embryos, Missbildungen, Abort) .Mit fortschreitender Schwangerschaft nimmt das Risiko ab.

Bemerkung

-

Bereich

Infektion

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

03/2017

Verrechnungsinfo

laut ASK 5919

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 504 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgM)

Antikörper gegen das das Röteln-Virus, IgM (Anti-Rubella-Virus/IgM; RUB/IgM)

LOINC-Code	31616-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Rötelv.AK IgM
Referenzbereich	negativ (<20 AU/ml*) grenzwertig (20 - 25 AU/ml*) positiv (≥25 AU/ml*) (*: willkürliche Einheiten)
Referenzbereich gültig ab	08/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK= 13,4%, sd 4,25 (MW 31,7 AU/ml); VK 10,5%, sd 7,23 (MW 68,9 AU/ml), VK 12,0%, sd 10,96 (MW 91,3 AU/ml)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	Nachweis und Überwachung von akuten Röteln-Virus assoziierten Erkrankungen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Potentielle Kreuzreaktivität: In wenigen Einzelfällen infolge einer Infektion mit Masern Virus, ebenso möglich durch eine atypische Aktivität des Immunsystems (antinukleäre Autoantikörper). Abklärung durch Zusatzteste (2.ELISA, HHT!).

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 504 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgM) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 146 von 845	

Klinische Info	Übertragung: Tröpfcheninfektion, direkter Kontakt, kontaminierte Gegenstände; weltweite Verbreitung. Inkubationszeit: 10 - 21 Tage; größte Ansteckungsfähigkeit jeweils 1 Woche vor und nach Auftreten des Exanthems. 20 -50% der Infektionen verlaufen subklinisch; mögliche klinische Manifestation: Infektion des oberen Respirationstraktes mit Lymphknotenschwellung, leicht erhöhtes Fieber, Bindehautentzündung. Ausbildung eines vom Gesicht absteigenden makulopapulösen Exanthems mit blassroten Flecken das nach 3-5 Tagen üblicherweise spontan ausheilt. Lebenslange Immunität nach Überwindung einer Infektion. Besonders gefährlich während der ersten 4 Schwangerschaftsmonate (Schädigung des Embryos, Missbildungen, Abort) Mit fortschreitender Schwangerschaft nimmt das Risiko ab.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	RÖ_IgG und quantitativer Röteln IgM ELISA zur Bestätigung, wenn IgM Wert positiv oder grenzwertig ist, evtl. RÖ PCR .
Letzte Änderung	02/2018
Verrechnungsinfo	laut ASK 5920
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 503 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgM), 2.ELISA

Antikörper gegen das das Röteln-Virus, IgM, quantitativ (Röteln Virus/IgM)

LOINC-Code	8015-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Röteln.AK IgM semiquantitativ
Referenzbereich	Ratio <0,8: negativ Ratio 0,8 – 1,1: grenzwertig Ratio >1,1: positiv
Referenzbereich gültig ab	06/2019
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	Inter-Assay: schwach positiv: VK=6,8% (mE 0,282); positiv: VK=6,4% (mE 1,106)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2009
Indikation	nur als Bestätigungstest bei grenzwertigen oder positiven qualitativen IgM Ergebnissen!
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren
Probenmaterial	Serum oder Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	3-5 Werktage
Störfaktoren	Spezifische Röteln IgM - Antikörper können durch polyklonale Stimulierung bei primären Infektionen wie EBV oder Parvovirus B19 gebildet werden.
Klinische Info	Übertragung: Tröpfcheninfektion, direkter Kontakt, kontaminierte Gegenstände; weltweite Verbreitung. Inkubationszeit 10 - 21 Tage; größte Ansteckungsfähigkeit jeweils 1 Woche vor und nach Auftreten des Exanthems.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 503 Antikörper gegen Rötelnvirus (IgM), 2.ELISA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 149 von 845	

	20 -50% der Infektionen verlaufen subklinisch; mögliche klinische Manifestation: Infektion des oberen Respirationstraktes mit Lymphknotenschwellung, Ausbildung eines vom Gesicht absteigenden makulopapulösen Exanthems mit blassroten Flecken das nach 2-3 Tagen üblicherweise spontan ausheilt. Lebenslange Immunität nach Überwindung einer Infektion. Eine Rötelninfektion in den ersten 3-4 Schwangerschaftsmonaten kann zu einem Abort oder zu Fehlbildungen führen.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	PCR Röteln IgG Avidität Bestimmung am Zentrum für Virologie, Med.Uni Wien
Letzte Änderung	01/2020
Verrechnungsinfo	laut ASK 5917
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 505 Antikörper gegen VZV IgG

Antikörper gegen das Varicella-Zoster-Virus, IgG (Anti-VZV/IgG)

LOINC-Code	8047-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	VZV AK IgG qn.
Referenzbereich	<150 mIU/ml: negativ ≥150 mIU/ml: positiv (Bestimmungsintervall: 10 – 4000 mIU/ml)
Referenzbereich gültig ab	07/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=10,7% - 17,9% (MW mIU/ml 18,1 – 20,7); VK=12,6% -14,3 (MW mIU/ml 702,3 – 929,2)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2010
Indikation	Verdacht auf VZV Infektion , Impfkontrolle, Schwangerenvorsorge, Transplantationsvorbereitung
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Die Ergebnisse bei immunschwachen Personen sollen mit Vorsicht interpretiert werden
Klinische Info	Windpocken sind eine akute, stark ansteckende, weit verbreitete Viruserkrankung, die jahreszeitlich vorwiegend im Winter und Frühling auftritt. Übertragung: Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion durch Bläscheninhalt

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 505 Antikörper gegen VZV IgG
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 152 von
845

	Inkubationszeit: ca. 2 Wochen (10 Tage - 4 Wochen). Ansteckungsfähigkeit ab 1. - 2. Tag bis ca. 7 Tage nach Krankheitsbeginn; Bläscheninhalt mindestens 2 Tage infektiös. Erstmanifestation: juckendes Exanthem (Haut, Augen, Mundschleimhaut) und Fieber. Zumeist gutartiger Verlauf bei Kindern, jedoch Im Jugend- und Erwachsenenalter schwere Verläufe und Komplikationen möglich (Pneumonie, Enzephalitis, Meningitis). Wenn sich die Infektion in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten ereignet, kann sie angeborene Missbildungen verursachen. Erreger: Varicella-Zoster-Virus (VZV), ein Herpesvirus. Nach der primären Infektion bleibt das VZV-Virus in den Nervenknotten latent, Jahre später kann es vor allem bei älteren und immunschwachen Personen zu einer spontanen Reaktivierung kommen (Herpes Zoster, Gürtelrose). Die Anti-VZV-IgM-Antikörper können während Primär- und reaktivierter Infektion detektiert werden. Windpocken können durch eine Schutzimpfung kontrolliert werden (ein Anti-VZV-IgG Wert von 150 mIU/mL gilt als
Bemerkung	Grenzwert für eine gesicherte Immunität).
Bereich	Infektion
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	03/2015
Verrechnungsinfo	laut ASK 6072
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 506 Antikörper gegen VZV IgM

Antikörper gegen das Varicella-Zoster-Virus, IgM (Anti-VZV/IgM)

LOINC-Code	21597-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	VZV AK IgM
Referenzbereich	<1,0 Index: negativ ≥1,0 Index: positiv
Referenzbereich gültig ab	07/2012
Methode	Chemilumineszenz-Technologie (CLIA)
Messungenauigkeit	Inter-Assay: VK=15,9% (MW Index 0,517); VK=15,7% (MW Index 1,53)
Literatur	Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich, Medizinische Virologie: Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. Verlag: Thieme 2010
Indikation	Verdacht auf VZV Infektion , Schwangerenvorsorge, Transplantationsvorbereitung, Überwachung von VZV-assoziierten Erkrankungen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Humanserum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Kontamination der Proben durch Bakterien oder Hitze-Inaktivierung können die Testergebnisse beeinflussen Kreuzreaktionen mit IgM-Antikörpern anderer Herpesviren sind möglich: z.Bsp.: HSV, EBV
Klinische Info	Windpocken sind eine akute, stark ansteckende, weit verbreitete Viruserkrankung, die jahreszeitlich vorwiegend im Winter und Frühling auftritt. Übertragung: Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion durch Bläscheninhalt

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 506 Antikörper gegen VZV IgM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 155 von 845	

	Inkubationszeit: ca. 2 Wochen (10 Tage - 4 Wochen). Ansteckungsfähigkeit ab 1. - 2. Tag bis ca. 7 Tage nach Krankheitsbeginn; Bläscheninhalt mindestens 2 Tage infektiös. Erstmanifestation: juckendes Exanthem (Haut, Augen, Mundschleimhaut) und Fieber. Zumeist gutartiger Verlauf bei Kindern, jedoch Im Jugend- und Erwachsenenalter schwere Verläufe und Komplikationen möglich (Pneumonie, Enzephalitis, Meningitis). Wenn sich die Infektion in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten ereignet, kann sie angeborene Missbildungen verursachen. Erreger: Varicella-Zoster-Virus (VZV), ein Herpesvirus. Nach der primären Infektion bleibt das VZV-Virus in den Nervenknotten latent, Jahre später kann es vor allem bei älteren und immunschwachen Personen zu einer spontanen Reaktivierung kommen (Herpes Zoster, Gürtelrose). Die Anti-VZV-IgM-Antikörper können während Primär- und reaktivierter Infektion detektiert werden.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	PCR Untersuchung aus Bläschenabstrich od. Liquor (siehe Neurotrope Viren im Liquor)
Letzte Änderung	03/2015
Verrechnungsinfo	laut ASK 6074
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2363 Anti-Tg

Parameter: Antikörper gegen Thyreoglobulin

LOINC-Code	8098 - 6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Anti - TG
Referenzbereich	< 4,11 IU/ml
Referenzbereich gültig ab	1.10.2014
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	MW 4,16 IU/ml : VK 5% MW 17,27 IU/ml :VK 3,6%
Literatur	Lothar Thomas, Labor und Diagnose / 8.Auflage –TH-Books
Indikation	Interferenz von Antikörpern gegen Thyreoglobulin bei Thyreoglobulin Analysen, Autoimmunthyreoiditis
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C bis zu 72 Stunden bei -10°C bis zu 30 Tagen
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Im Gegensatz zu Autoantikörpern gegen Schilddrüsenperoxidase (anti – TPO) scheinen Autoantikörper gegen Thyreoglobulin nicht pathogen zu sein und stellen möglicherweise lediglich Krankheitsindikatoren dar. Obwohl anti – TG in Verbindung mit anti – TPO bei den meisten Fällen von Hashimoto – Thyreoditis, primärem Myxödem und der Basedow – Krankheit vorliegt sind bis zu 1% der Fälle einer Hypothyreose ausschließlich mit anti – TG assoziiert.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 2363 Anti-Tg
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 158 von
845

	Anti – Tg wird auch bei 30% - 60% der Patienten mit Schilddrüsenkarzinom nachgewiesen. Bei diesen Patienten kann die Bestimmung von Thyreoglobulin durch das Vorliegen von anti – TG beeinflusst werden.
Bemerkung	-
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	Anti – TPO, Thyreoglobulin
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6481
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 538 Antithrombin III Aktivität

Antithrombin III Aktivität

LOINC-Code	27811-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	AT-III Aktivität
Referenzbereich	80 - 135 %
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	chromogener (amidolytischer) Test über anti-Xa
Messungenauigkeit	Linearität: 10-150 %
Literatur	Am J Hematol 1994;4:321-24. Chest 1993;101:816-23, Thromb Haemost 1993; 69:231-35, Thromb Haemost 1992;68:634-36.
Indikation	Verdacht auf angeborenen/erworbenen AT III Mangel (Thrombophilie), DIC, Heparinresistenz, Lebersynthese
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Bilirubin >40 mg/dl, Hämoglobin >500 mg/dl, Heparine > 4 IE/ml
Klinische Info	Antithrombin (AT-III) wird in der Leber synthetisiert (ohne Vitamin K Abhängigkeit) und hat eine Halbwertszeit von ca. 3 Tagen. Verminderungen können selten angeborene (AT-Mangel Typ I oder Typ II) sowie häufiger erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.
Bemerkung	Bei stark Heparin-verunreinigten Plasmen oder einer Therapie mit den neuen oralen Antikoagulanzen/anti-Xa-Hemmern (z.B. Rivaroxaban, Apixaban) können falsche Werte gemessen werden.
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 538 Antithrombin III Aktivität
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 161 von
845

Folgeparameter	Bei verminderter Antithrombin Aktivität: AT-III Antigen
Letzte Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5082
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 539 Antithrombin III Antigen

Antithrombin III Antigen

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, Folgeparameter
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	AT-III Ag
Referenzbereich	0,19-0,31 g/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Nephelometrie, immunologischer Test
Messungenauigkeit	< 5%
Literatur	Semin Hematol 1991;28:19-23, OTION/BIO suppl 1994;121:5-6., Thromb Haemost 1993; 69:231-35, Thromb Haemost 1992;68:634-36.
Indikation	Zur Differenzierung des Antithrombin Mangels Typ I/Typ-II. Verminderte Antithrombin-Aktivität bei Verdacht auf angeborenen/erworbenen AT III Mangel (Thrombophilie),
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Lipämische oder anderwärtig trübe Plasmen
Klinische Info	Antithrombin (AT-III) wird in der Leber synthetisiert (ohne Vitamin K Abhängigkeit) und hat eine Halbwertszeit von ca. 3 Tagen. Verminderungen können selten angeborene (AT-Mangel Typ I oder Typ II) sowie häufiger erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.
Bemerkung	Erhöhte Werte sind klinisch nicht relevant
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 539 Antithrombin III Antigen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 164 von 845	

Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5083
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2351 Anti-TSHR

Parameter: Anti-TSHR

LOINC-Code	3013 - 0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	TRAK
Referenzbereich	<1,75 IU/l
Referenzbereich gültig ab	1.11.2014
Methode	ElektroChemiLumineszenz ImmunoAssay
Messungenauigkeit	MW 1,73IU/l : VK 9,7% MW 6,57IU/l : VK 3,9%
Literatur	Lothar Thomas . Labor und Diagnose 8. Auflage/ TH - Books
Indikation	Autoimmun-Hyperthyreose, Therapiemonitoring bei Morbus Basedow, Risikoabschätzung einer neonatalen SD-Dysfunktion
Präanalytik	Haltbarkeit: 3 Tage bei 2-8°C 1 Monat bei -20°C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Hyperthyreose bei Morbus Basedow wird durch Autoantikörper gegen den TSH-Rezeptor verursacht. Die TSH-Rezeptor-Antikörper haben die gleiche Wirkung wie TSH im Schilddrüsenhormonregelkreis. Die Bestimmung der TSHR-Antikörper ist sowohl diagnostisch als auch im Rahmen der Therapie der Autoimmun- Hyperthyreose von Bedeutung.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 2351 Anti-TSHR
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 167 von
845

Bemerkung	Bei Patienten unter Therapie mit hohen Biotin-Dosen sollte die Probenentnahme mindestens 8 Stunden nach der letzten Applikation erfolgen
Bereich	Autoimmunologie
Folgeparameter	TPO - AK
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6504
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 540 APA

Antiphosphatidylserin IgG/IgM

Nicht einzeln anforderbar, nur unter Thrombophiliediagnostik

LOINC-Code

Parameter	LOINC
Anti-Cardiolipin-IgG	8065-5
Anti-Cardiolipin-IgM	8067-1
anti-β2-glycoprotein1-IgG	16135-6
anti-β2-glycoprotein1-IgM	16136-4
anti-Prothrombin IgG	40595-1
anti-Prothrombin IgM	40596-9

Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)

APA

Kurzform
ACA-IgG
ACA-IgM
β2gp1-IgG
β2gp1-IgM
APT IgG
APT IgM

Referenzbereich

Parameter	Referenzbereich	Einheit
Anti-Cardiolipin-IgG	0-10	GPL-U/ml
Anti-Cardiolipin-IgM	0-7	MPL-U/ml
anti-β2-glycoprotein1-IgG	0-5	U/ml
anti-β2-glycoprotein1-IgM	0-5	U/ml

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 540 APA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 170 von 845	

	anti-Prothrombin IgG	0-10	U/ml	
	anti-Prothrombin IgM	0-10	U/ml	
Referenzbereich gültig ab	06/2010			
Methode	ELISA			
Messungenauigkeit	< 10%			
Literatur	Clin Chem 2010;56:6,930-40. J Thromb Haemost 2010;8:237-42, J Thromb Haemost 2006;4:295-306			
Indikation	Thrombophilie, Abortus habituais, Verdacht auf AntiPhospholipid-Syndrom (APS)			
Präanalytik	rasch zentrifugieren			
Probenmaterial	Citrat oder Serum			
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse			
Störfaktoren	starke Lipämie, Hämolyse			
Klinische Info	Anti-Cardiolipin (IgG und IgM) und Anti-β2gp1 (IgG und IgM) sowie Lupusantikoagulanzen (s.d.) sind als Laborparameter zusammen mit den entsprechenden klinischen Kriterien zur Diagnostik des Antiphospholipid-Syndroms (APS) in einem internationalen Consens (Sapporo Kriterien bzw Sydney Kriterien) definiert. Ergebnisse im grenzwertigen Bereich (< 40 U/ml) sollten mit Vorsicht interpretiert werden und sind kontrollpflichtig (12 Wochen) --> siehe Sapporo/Sydney Kriterien (J Thromb Haemost 2006;4:295-306)			
Bemerkung	-			
Bereich	Gerinnung Spezial			
Folgeparameter	-			
Letzte Änderung	06/2010			
Verrechnungsinfo	laut ASK 5106 je Antikörper			
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791			

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 21.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 541 APC-Resistenz

APC-Resistenz (Ratio)

LOINC-Code	13590-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	APC-Resistenz (Ratio)
Referenzbereich	> 1,80
Referenzbereich gültig ab	04/2016
Methode	Koagulometrisch, abweichend vom Originaltest (über APTT-Dahlbäck) mittel Schlangengift der Vipera Ruselli
Messungenaugigkeit	VK intraseriell < 5%, Sensitivität für F V-Leiden ca.99%,
Literatur	Proc Natl Acad Sci 1993;90:1004-1008. N Engl J Med 1994;330:517-22. Nature 1994;369:64-67. Lancet 1994;344:1162-3. Thromb Haemost 1997;77:332-5.
Indikation	Thrombophilie, Thromboserisikobestimmung von Angehörigen mit APCR/Faktor V Leiden Mutation, Abortus habituais, Vor hormoneller Kontrazeption (v.a. KOK)
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Starkes Lupusantikoagulanz, Heparinspiegel >1 antiXa IU/ml; Faktor V Mangel ,Hirudintherapie, DOAK (anti-Xa und anti-IIa), Beginn einer oralen Antikoagulation mit VKA, Protein S Spiegel < 50%, Hämolyse, Lipämie, Ikterus.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 541 APC-Resistenz Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 174 von 845	

Klinische Info	Wichtigster Thrombophilie-Parameter mit einem Vorkommen von ca. 5% in der Kaukasischen Bevölkerung und ca. 2-3 fach erhöhtem Thromboserisiko (bei heterozygoten TrägerInnen der Faktor V Leiden Mutation). Wird auch mit erhöhter Abortneigung assoziiert.
Bemerkung	Fehlbestimmungen sind unter Therapie mit den neuen oralen Antikoagulanzen (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban,...) v.a. bei Blutabnahme im Spitzenspiegel möglich. Screeningparameter: Ersetzt NICHT die Bestimmung des Genotyps!
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	Faktor V Leiden Mutation
Letzte Änderung	04/2016
Verrechnungsinfo	laut ASK 5084
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 542 APTT

aPTT Lupus sensitiv (aPTT)

LOINC-Code	14979-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	aPTT Lupus sensitiv
Referenzbereich	23.0 - 37.0 sec.
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Koagulometrische Methode, Nephelometrie, Activator Silicagel, synthet. Phospholipide
Messungenauigkeit	-
Literatur	Clin Lab Haemat 1989;4:895-903, Aust.J.Exp.Biol.1961:39:249-58, Blood Coag Fibrin 1993;4:895-903, Arch Pathol Lab Med 1991;115:109-114
Indikation	Globaltest des intrinsischen Gerinnungssystems, Verdacht auf Blutungsneigung durch intrinsische Faktorenmängel (F VIII, F IX, F XI), Überwachung der Heparintherapie, Verdacht auf Lupusantikoagulanz, Verdacht auf Mangel an F XII, PKK oder HMWK
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme 5-6 mal schwenken, Abnahme möglichst ungestaut
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	abnormer Hämatokrit, Unterfüllung des Probenröhrchens, Therapie mit den neuen oralen Antikoagulanzen (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) v.a. bei Blutabnahme im Spitzenspiegel
Klinische Info	Globaltest zur Erfassung des intrinsischen Systems
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer: 542 APTT
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 177 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5810
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3250 Autoimmun Hepatitis

Parameter: Autoimmun Hepatitis

LOINC-Code	L00215-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ASMA Ti IF , Aktin ,LKM1 ,SLA, und ANA
Referenzbereich	negativ
Referenzbereich gültig ab	03/2016
Methode	Immunfluoreszenz-Test, Hep2-Zelle, KSL (Ratten-Leber, Niere, Magen), Immunoblot
Messungenauigkeit	Händische Methode
Literatur	L.Thomas.Labor und Diagnose 8.Auflage;S.1484
Indikation	V.a. Autoimmunhepatitis (AIH)
Präanalytik	Lagerung bis zu 14 Tage bei 2-8°C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Starke Hämolyse
Klinische Info	Bei der Autoimmunhepatitis handelt es sich um eine seltene chronische Autoimmunkrankheit der Leber (Inzidenz 0,1-1,9/100.000 Einwohner). Zu 80% sind Frauen betroffen. Man kennt zurzeit zwei Typen von Autoimmunhepatitiden, welche sich durch das Vorhandensein spezifischer Autoantikörper im Serum unterscheiden. Patienten mit einer Autoimmunhepatitis Typ 1 haben Autoantikörper gegen die glatte Muskulatur (ASMA), die spezifisch gegen die Aktinfilamente gerichtet sind, zudem finden sich bei einem Teil dieser Patienten Autoantikörper gegen Zellkerne (ANA).

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3250 Autoimmun Hepatitis Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 180 von 845	

	Charakteristisch für die Autoimmunhepatitis Typ 2 sind Autoantikörper gegen Leber- und Nierenmikrosome (LKM-1), welche ein retikulo-endoplasmatisches Protein, das Cytochrom P450-2D6 (CYP2D6), erkennen. Bei einem Teil der Patienten sind diese assoziiert mit Autoantikörpern gegen das Lebercytosol (LC1), welche gegen das Enzym Formiminotransferase-Cyclodeaminase (FTCD) gerichtet ist. Die Inzidenz der Autoimmunhepatitis Typ 1 ist auf der ganzen Welt ähnlich, die Autoimmunhepatitis Typ 2 hingegen ist in Europa häufiger.
Bemerkung	Es werden immer beide Methoden (IF-ANA, KSL und Leberblot) durchgeführt.
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	DD: Virushepatitis, PCB
Letzte Änderung	03/2016
Verrechnungsinfo	Laut ASK:5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 349 Benzodiazepine S, U

Benzodiazepine/Serum, Urin

LOINC-Code	S 11024-7 U 9428-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Benzodiazepine, Benzodiazepine/U
Referenzbereich	Cut off Serum < 50 ng/ml Urin < 199 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	homogener Enzymimmunoassay
Messungenauigkeit	Serum: Präzision bei 30,9 ng/ml VK 3,77 Urin : Präzision von Tag zu Tag: VK < 7,5%
Literatur	Rubenstein KE: Homogenous enzyme immunoassay today. Stand f. Immunmed. 1978;8 57-62
Indikation	Nachweis eines Benzodiazepinkonsums
Präanalytik	möglichst frische Proben analysieren
Probenmaterial	Serum, Spontanurin <u>Stabilität der Proben:</u> Serum -20°C 1 Monat Urin: 2-8°C: 5 Tage -5°C: ab 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 349 Benzodiazepine S, U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 183 von 845	

Störfaktoren	Cave manipulative Harnverdünnung
Klinische Info	Zu den Benzodiazepinen zählt man Wirkstoffe wie Flunitrazepam, Diazepam, Bromazepam etc. (z.B. Rohypnol, Valium oder Lexotanil). Sie werden zur Behandlung von epileptischen Anfällen, Angst- und Unruhezuständen, als Schlafmittel oder Beruhigungsmittel (auch als Prämedikation vor Operationen) eingesetzt. Zurzeit sind ca. 50 verschiedene Benzodiazepine verfügbar, von denen überwiegend nur die Abbauprodukte bzw. Konjugate im Urin nachgewiesen werden können. Die Empfindlichkeit der Gruppentests ist nicht mit der Pharmakodynamik der einzelnen Substanzen korreliert, sondern hängt von der Affinität des Antikörpers zum Epitop ab. Der Assay ist ein Screeningtest und das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektroskopie GC/MS) bestätigt werden. Benzodiazepine wirken angstlösend, krampflösend, muskelentspannend, beruhigend und leicht stimmungsaufhellend. Oft kann die Erinnerung für die Zeit der Wirkdauer fehlen (retrograde Amnesie). Weiters dämpfen sie das Atemzentrum, beeinträchtigen die Reaktionszeit und bewirken Müdigkeit oder Benommenheit. Bei regelmäßiger Einnahme besteht die Gefahr der <u>Abhängigkeit</u>.
Bemerkung	-
Bereich	klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5119
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 350 Beta-2-Microglobulin

Beta-2-Microglobulin

LOINC-Code	1952-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Beta-2-Mikroglobulin
Referenzbereich	<60 Jahre: < 2,4 mg/L >60 Jahre: < 3,0 mg/L
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Chemilumineszenz-Immunoassay (CLIA)
Messungenauigkeit	VK 4,3% bei 3,2 mg/L VK 6,4% bei 1,5 mg/L Messbereich 0,12 bis 40mg/L
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:982
Indikation	Verlaufs- und Therapiebeurteilung lymphat. Systemerkrankungen, Beurteilung der glomerulären Filtrationsrate, Diagnostik und Verlauf tubulo-interstitieller Nierenschäden, Monitoring von Dialysepatienten und Nierentransplantationspatienten
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum Stabilität der Proben: 2-8 °C 7 Tage - 20 °C 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Proben von Patienten, die Präparate mit monoklonalen Maus-Antikörpern erhalten haben, können humane Anti-Maus-Antikörper (HAMA) entwickeln. Diese können die Testergebnisse verfälschen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info	β2-Mikroglobulin ist auf der Zellmembran aller kernhaltigen Zellen gelegen. Es ist das Leichtkettenprotein der MHC-Klasse I Antigene. Es ist nicht kovalent an die α-Kette gebunden und wird unter physiologischen Bedingungen leicht von der Zelle abgeworfen. Beim Gesunden wird es in relativ konstanter Rate gebildet und in die Körperflüssigkeiten abgegeben. Es wird glomerulär filtriert und tubulär resorbiert. Die Serumkonzentration ist eine Resultante aus Bildungs- und Ausscheidungsrate und beim Gesunden relativ stabil. Eine erhöhte Synthese findet sich bei Autoimmunerkrankungen, infektiösen Erkrankungen, Malignomen, Lymphomen und Plasmozytomen. Die Konzentration von β2-Mikroglobulin liefert nur bei klinisch klaren Fragestellungen verwertbare Aussagen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	03/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5120
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2347 Beta-CrossLaps

Parameter: Beta-CrossLaps

LOINC-Code	41171-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Beta- CrossLaps
Referenzbereich	M < 50J : <0,584 ng/ml W < 50J : <0,573 ng/ml M < 70J : <0,704 ng/ml M < 100J : < 0,854 ng/ml W <100J : <1,008 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	01.11.2014
Methode	ElektroChemiLumineszenzImmunoAssay
Messungenauigkeit	bei MW 0,051 ng/ml: VK 8,4% bei MW 2,35 ng/ml: VK 2,8% bei MW 4,62 ng/ml: VK 3,8%
Literatur	Lothar Thomas: Labor und Diagnose 8. Auflage. TH - Books
Indikation	Osteoporose
Präanalytik	Morgendliche Abnahme / Nüchternblut
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Bei Patienten unter Therapie mit hohen Biotin Dosen (>5mg/Tag) sollte die Probenabnahme mindestens 8 Stunden nach der letzten Applikation erfolgen.
Klinische Info	Während des normalen Knochenstoffwechsels wird reifes Typ I Kollagen abgebaut, Bruchstücke gelangen ins Blut und werden über die Niere ausgeschieden. Besonders relevante Kollagen Typ I Bruchstücke sind die β – isomerisierten C –

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 2347 Beta-CrossLaps
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 189 von
845

	terminalen Telopeptide (β - Crosslaps). Diese isomerisierten Telopeptide sind hoch spezifisch für den Abbau des im Knochen vorkommenden Typ I Kollagens. Erhöhte Serumspiegel werden bei Patienten mit gesteigerter Knochenresorption beschrieben.
Bemerkung	Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion sollten die Ergebnisse aufgrund der verminderten Ausscheidung von β – CrossLaps mit Vorsicht interpretiert werden.
Bereich	Klinische Chemie II
Folgeparameter	Total P1NP, Osteocalcin
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 5982
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 351 BHCG

Beta - HCG

LOINC-Code	LOINC: 21198-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Beta-HCG
Referenzbereich	SWW von bis 1 - 10 <1,20 > 225000 U/l 11 - 15 16,99 >225000 U/l 16 - 22 6,86 >225000 U/l 23 - 40 1,58 65,91 U/l nicht schwanger: < 5 U/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK ≤ 4.9% (21.07 U/l)
Literatur	Thomas 6.Auflage/2005 , Thomas CMG et al Clin Chem (1990); 36: 651 Schwarz S et al. Endocr (1986);118: 189
Indikation	Gravidität, Tubaria
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8°C bis zu 7 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können interferieren
Klinische Info	Humanes Choriongonadotropin ist ein Sialoglycoprotein, bestehend aus einer Alpha,- und einer biologisch wirksamen Beta-Untereinheit. Der Immunoassay misst Gesamt β-HCG. HCG wird im Rahmen der Frühschwangerschaft nach

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer: 351 BHCG
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 192 von
845

Implantation des befruchteten Eies in der Uteruswand von den Trophoblastzellen der Plazenta sezerniert. Im Harn ist die HCG Konzentration nur halb so hoch wie im Serum. Deshalb wird die beginnende Schwangerschaft im Urintest gewöhnlich einige Tage später nachgewiesen als im Serum. Die Funktion von HCG besteht im Erhalt des Corpus luteum. Damit wird die für die Proliferation des Endometriums erforderliche Östrogen- und Progesteronsynthese ermöglicht. Für die DD normale Gravidität, ektope Gravidität, Abort, intrauteriner Fruchttod oder Blasenmole sind mehrere Blutabnahmen im Intervall erforderlich.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

Progesteron

Letzte wesentliche Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5527

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 352 Bilirubin gesamt

Bilirubin/Serum, Sondermaterial, Liquor

LOINC-Code	Bilirubin 1975-2, Bilirubin SM 1974-5, Bilirubin Liquor 1973-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Bilirubin, Bilirubin/SM, Bilirubin/L
Referenzbereich	Erw./Serum: 0.2 - 1.2 mg/dl Neugeborene/Serum 24h < 6 mg/dl 2d: < 10 mg/dl 3d – 5d: < 12 mg/dl 6d: < 10 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Diazo-Reaktion
Messungenauigkeit	≤ 5 % Gesamt VK, VK 1,7 (0,81 mg/dl)
Literatur	Clin Chem Acta 1969;25(3):441-6
Indikation	Diagnose, Differentialdiagnose und Verlaufsbeurteilung des Ikterus, im Liquor bei cerebraler Blutung
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial, Liquor <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 1 Tag 2 - 8°C: 7 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Bilirubin ist sehr lichtempfindlich, Hämolyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Bilirubin entsteht beim Abbau von Hämoglobin. Vermehrter Abbau führt daher zwangsläufig zur Hyperbilirubinämie (z.B. Malaria, hämolytische Anämien, Transfusionen). Auch intra- und posthepatische Defekte aller Art bewirken einen Anstieg. Wegen seiner schlechten Löslichkeit liegt Bilirubin im Serum entweder an Albumin angelagert (indirektes Bilirubin) bzw. kovalent gebunden oder mit Glucuronsäure verestert vor (direktes Bilirubin).

Werden zu viele Erythrozyten abgebaut, entsteht vor allem zu viel indirektes =unkonjugiertes Bilirubin. Liegt hingegen ein Leberschaden vor oder ist der Abfluss der Galle behindert, findet sich im Blut vor allem zu viel konjugiertes =direktes Bilirubin.

Hyperbilirubinämie:

- Prähepatischer Ikterus:
 - übermäßige Zerstörung roter Blutkörperchen (Hämolyse)
 - Anämien wegen Vitamin B12 oder Folsäuremangels führen zur Produktion von Erythrozyten, die sehr bald wieder abgebaut werden
- Hepatischer Ikterus:
 - bei Lebererkrankungen: Hepatitis, Lebercirrhose, Lebercarcinom, Alkoholschädigung der Leber, Medikamente etc.
- Posthepatischer Ikterus:
 - Blockierung des Gallenabflusses (durch Steine, Tumore etc.)
- Gilbert-Meulengracht-Syndrom:
 - relativ häufig vorkommende leichte Bilirubinerhöhung, die meist harmlos ist.
- Neugeborenen/Frühgeborenenikterus

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 352 Bilirubin gesamt
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 196 von
845

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Direktes Bilirubin – Bestimmung nur bei Werten über 1,0 mg/dl sinnvoll
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5130
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 353 Bioverf. Östradiol

Östradiol bioverfügbares (BAE)

LOINC-Code	Östradiol bioverf. 13884-2 Östradiol bioverf. rel. 13883-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Östradiol, bioverf.
Referenzbereich	Follikelphase 20 - 95 pg/ml Ovulationsphase 45 - 150 pg/ml Lutealphase 25 - 80 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	12/2010
Methode	Berechnung aus 17 β -Östradiol und Sexualhormon-bindendem Globulin
Messungenauigkeit	Rechnerische Methode
Literatur	109 [Formel] Dunn JF et al. J Clin Endocr Metab (1981); 53: 58 [Assoziationskonstanten] Belgorsky A et al. J Clin Endocr Metab (1988);
Indikation	Pubertas praecox
Präanalytik	s.SHBG und Östradiol
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	synthetische Östrogene, Hyperandrogenämie
Klinische Info	Östradiol im Blut ist zu etwa 98% an Proteine gebunden und liegt nur zu 1 – 2% als freies Hormon vor. Der proteinaffine Anteil besteht aus einer knapp 45% grossen Albumin/Östradiol Fraktion und einer hochaffinen SHBG/ Östradiol Fraktion. Die Summe aus freiem und Albumin gebundenem Östradiol wird als bioverfügbares Östradiol / BAE bezeichnet. Die in der Literatur beschriebene rechnerische Methode berücksichtigt diesen Umstand. Die Berechnung des bioverfügbaren

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 353 Bioverf. Östradiol Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 199 von 845	

	Östradiols BAE erweist sich der alleinigen Bestimmung von GesamtÖstradiol zur Beurteilung des weiblichen Hormonstatus überlegen.
Bemerkung	Anforderung von E2 und SHBG ergibt ein BAE Ergebnis
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	2010
Verrechnungsinfo	ASK 5785
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 354 bioverf. Testosteron

Testosteron bioverfügbares (BAT)

LOINC-Code	2990-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BAT
Referenzbereich	Männer: 0.61 – 3.92 ng/ml Frauen: 0.02 - 0.25 ng/ml Postmenop. 0.017 – 0,25 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Berechnung aus Testosteron und Sexualhormon-bindendem Globulin (SHBG)
Messungenauigkeit	Rechnerische Methode
Literatur	Vermeulen A et al. J Clin Endocr Metab (1999); 84: 3666 A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum.
Indikation	Hyperandrogenämie,
Präanalytik	s. Testosteron und SHBG
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	pathologische Albuminkonzentration, hohes Sexualhormon-bindendes Globulin (SHBG) z. B. bei Schwangerschaft , orale Kontrazeptiva, synthetische Steroide
Klinische Info	Testosteron im Blut ist zu etwa 97% an Proteine gebunden und liegt nur zu etwa 1-3% als freies Testosteron vor. Zum größeren Teil d.h.bis zu 78% ist Testosteron an SHBG und zum geringeren Teil an Albumin gebunden. Die Summe des

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 354 bioverf. Testosteron
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 202 von
845

	freien und des niedrigaffin an Albumin gebundenen Testosterons werden als bioverfügbares Testosteron BAT bezeichnet. Vermeulen et al haben nun eine rechnerische Methode beschrieben die diese Umstände berücksichtigt. Die Berechnung des bioverfügbaren Testosterons BAT erweist sich damit gegenüber der klassischen Bestimmung des freien Testosterons zur Beurteilung des Hormonstatus überlegen.
Bemerkung	Anforderung von Testosteron und SHBG ergibt ein BAT Ergebnis
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	LH, FSH
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5984
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36732 Blutgruppe Antikörper Differenzierung

Blutgruppe Antikörper Differenzierung

LOINC-Code dzt. nicht online möglich!	888-8 (Blutgruppen Antikörper Differenzierung) 906-8 (Blutgruppen Antigenbestimmung) 19066-0 (Kommentar Blutgruppenserologie) 5097-1 (Kälteagglutinine qualitativ) 14658-9 (Kälteagglutinine Titer)
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BLUTGRUPPENBEFUND
Referenzbereich	Nicht zutreffend
Gültig ab	2016
Methode	Automatisiert: Ortho Vision ® Max, Ortho Vision ® Manuell: Säulenagglutination Methode, Röhrchen Methode bei Notfällen und Diskrepanzen
Messungenauigkeit	Bei 2 Zellpopulationen, bei hämato-onkologischen Erkrankungen, rheumatischen Erkrankungen und bei Autoimmunerkrankungen
Literatur	ÖGBT Standards Immunnämatologische Untersuchungen bei Patient*innen Oktober 2015; Kiefel, V. (2011): Transfusionsmedizin und Immunnämatologie. Berlin; Daniels G.(2013): Human Blood Groups. UK; AABB (2020): Technical Manual
Indikation	Abklärung oder Bestätigung eines positiven Antikörper Suchtestes
Präanalytik	Identitätsabfrage: Patient*innen Name und Geburtsdatum muss mit der Probenkennung (Namensetikette oder ID Nummer) übereinstimmen. Störfaktor: Hämolyse
Probenmaterial	Vacuette EDTA Blut oder Nativ Blut ohne Gel mindestens 6 bis 10 ml aus der Vene. Das Probenmaterial muss innerhalb von 3 Stunden im Blutdepot einlangen. Nach Abschluss der Untersuchung wird das Original Röhrchen mindestens 14 Tage gekühlt bei 2-8°C aufbewahrt.
Analysendauer/Frequenz	Je nach Antikörpergemisch oder Antikörperspezifität kann die Zeitdauer 24 Stunden und mehr betragen, mit einer Mindestdauer von 2 Stunden ist in jedem Fall zu rechnen. Frequenz: 24/7

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36732 Blutgruppe Antikörper Differenzierung Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 205 von 845	
Störfaktoren	Starke Hämolyse und Lipämie, Medikamente wie Heparin, Plasmaexpander, i.v. Immunglobuline, Humane Monoklonale Antikörper wie Daratumumab	
Klinische Info	Die Antikörperdifferenzierung muss bei jedem positiven Antikörper Suchtest erfolgen, um die Spezifität der erythrozytären Antikörper festzustellen. Das eingesendete Serum bzw. das Plasma wird gegen ein Panel von Testzellen der Blutgruppe 0 angesetzt und das Reaktionsmuster wird mit Hilfe einer Antigentabelle des jeweiligen Panels abgelesen. Je nach Konstellation werden weitere Panels und Untersuchungen durchgeführt, um die Spezifität oder Spezifitäten festzustellen. Ein Antikörper Ausweis wird im Regelfall (spezifischer irregulärer Antikörper) ausgestellt. Der Befund wird von immunhämatologisch kompetenten Fach*ärztinnen beurteilt und eine Transfusionsempfehlung (Kommentar) wird abgegeben. Die Hämagglutination stellt die Grundlage der Untersuchungsverfahren in der Blutgruppenserologie dar und mit diversen Techniken und Reagenzien werden letztendlich die Ergebnisse erzielt. In den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (ÖGBT 2015) sind die Standards der immunhämatologischen Untersuchungen bei Patient*innen bundesweit festgelegt worden und diese werden kontinuierlich einer Evaluierung durch ein Expertengremium unterzogen.	
Bemerkung	Ein Antikörper Ausweis wird dem Einsender zugesendet.	
Bereich	Blutdepot	
Folgeparameter	Blutgruppen Antigenbestimmung, Kälteagglutinine, Genetik	
Letzte wesentliche Änderung	2016	
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5013, 5011, 5026, 6281	
Kontakt	Institut für Labormedizin, Tel. 01/80110-2202	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36734 Blutgruppe Verträglichkeitsprobe Kreuzprobe

Blutgruppe Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)

LOINC-Code dzt. nicht online möglich!	1250-0 (Kreuzprobe major) V00434-3 (Blutgruppe AB0+Rhesusfaktor Kontrolle) 890-4 (Blutgruppen Antikörperscreen) 1008-2 (Indirekter Coombs Test polyspezifisch) 907-6 (Erythrozytenkonzentrat Blutgruppen Antigenbestimmung) 19066-0 (Kommentar Blutgruppenserologie)
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BLUTGRUPPENBEFUND
Referenzbereich	Nicht zutreffend
Gültig ab	2016
Methode	Automatisiert: Ortho Vision ® Max, Ortho Vision ® Manuell: Säulenagglutination Methode, Röhrchen Methode bei Notfällen und Diskrepanzen
Messungenauigkeit	Bei 2 Zellpopulationen, bei hämato-onkologischen Erkrankungen, rheumatischen Erkrankungen und bei Autoimmunerkrankungen
Literatur	ÖGBT Standards Immunhämatologische Untersuchungen bei Patient*innen Oktober 2015; Kiefel, V. (2011): Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. Berlin; Daniels G.(2013): Human Blood Groups. UK; AABB (2020): Technical Manual
Indikation	Vor jeder Transfusion von Erythrozytenkonzentraten oder im Notfall so zeitnahe wie möglich nach Ausgabe von „ungekreuzten“ Erythrozytenkonzentraten
Präanalytik	Identitätsabfrage: Patient*innen Name und Geburtsdatum muss mit der Probenkennung (Namensetikette oder ID Nummer) übereinstimmen. Störfaktor: Hämolyse.
Probenmaterial	Vacuette EDTA Blut oder Nativ Blut ohne Gel mindestens 6 bis 10 ml aus der Vene. Das Probenmaterial muss innerhalb von 3 Stunden im Blutdepot einlangen. Nach Abschluss der Untersuchung wird das Original Röhrchen mindestens 14 Tage gekühlt bei 2-8°C aufbewahrt.
Analysendauer/Frequenz	Im Routine Betrieb mindestens 40 Minuten.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36734 Blutgruppe Verträglichkeitsprobe Kreuzprobe Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 208 von 845	

	Fällt jedoch der Antikörper Suchtest oder die Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) positiv aus, kann je nach Antikörpergemisch oder Antikörperspezifität die Zeitdauer 24 Stunden und mehr betragen, mit einer Mindestdauer von 2 Stunden ist in jedem Fall zu rechnen. Frequenz: 24/7.
Störfaktoren	Starke Hämolyse und Lipämie, Medikamente wie Heparin, Plasmaexpander, i.v. Immunglobuline, Humane Monoklonale Antikörper wie Daratumumab
Klinische Info	Die serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe major) ist eine obligatorische Untersuchung vor jeder Erythrozyten Transfusion und ist durch eine AB0 und Rhesus D Faktor Bestimmung und einen Antikörper Suchtest beim Empfänger zu ergänzen. Die Untersuchung dient zur Erkennung von blutgruppenserologischer Unverträglichkeiten zwischen Spender*innen und Empfänger*innen. Das Ergebnis wird auf dem Konservenbegleitschein dokumentiert und die Ausgabe der Erythrozytenkonzentrate erfolgt sowohl in der Routine als auch im Notfall durch das geschulte Personal der Blutbank. Die Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe beträgt 72 Stunden. Die Freigabe zur Transfusion der Konserven bei einer positiven serologischen Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) oder die Abweichung von einer Transfusionsempfehlung wird von immunhämatologisch kompetenten Fachärzt*innen beurteilt. Zusätzlich können weitere Transfusionsempfehlungen wie das Durchführen einer biologischen Vorprobe nach dem Oehlecker-Prinzip abgegeben werden. Es besteht die Verpflichtung die Transfusion der Erythrozytenkonzentrate und etwaige Transfusionsreaktionen (unerwünschte Nebenwirkungen) an das Blutdepot zurückzumelden. Alle Transfusionsreaktionen werden über das Blutdepot abgeklärt und gemäß den gesetzlichen Vorgaben der Hämovigilanz Verordnung an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemeldet. Die Hämagglutination stellt die Grundlage der Untersuchungsverfahren in der Blutgruppenserologie dar und mit diversen Techniken und Reagenzien werden letztendlich die Ergebnisse erzielt. In den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (ÖGBT 2015) sind die Standards der immunhämatologischen Untersuchungen bei Patient*innen bundesweit festgelegt worden und diese werden kontinuierlich einer Evaluierung durch ein Expertengremium unterzogen.
Bemerkung	Die Erythrozytenkonzentrate sind mit einer Kühlbox vom Blutdepot des Instituts für Labormedizin abzuholen. Die Transfusion der Erythrozytenkonzentrate muss an das Blutdepot zurück gemeldet werden.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36734 Blutgruppe Verträglichkeitsprobe Kreuzprobe Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 209 von 845	

Bereich	Blutdepot
Folgeparameter	Antikörper Differenzierung, Direkter Coombs Test, Blutgruppen Antigenbestimmung, Erythrozytenkonzentrat Blutgruppen Antigenbestimmung, Kälteagglutinine, Genetik
Letzte wesentliche Änderung	2016
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5013, 5011, 5026, 6281
Kontakt	Institut für Labormedizin, Tel. 01/80110-2202

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36731 Blutgruppenbestimmung AB0

Blutgruppenbestimmung AB0

LOINC-Code

dzt. nicht online möglich!

883-9 (Blutgruppe AB0)
 882-1 (Blutgruppe AB0 und Rhesusfaktor)
 57743-7 (AB0 Blutgruppe Bestätigung)
 V00433-5 (AB0 Blutgruppe und Rhesusfaktor Bestätigung)
 1303-7 (Blutgruppe Serumgegenprobe)
 10331-7 (Rhesusfaktor)
 34961-3 (Rhesusfaktor Bestätigung)
 972-0 (Blutgruppe Dvar-Antigen)
 13310-8 (Blutgruppe K-Antigen)
 890-4 (Blutgruppe Antikörpersuchtest Screen)
 34477-0 (Blutgruppen Antikörperdifferenzierung Elution)
 19066-0 (Kommentar Blutgruppenserologie)

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

BLUTGRUPPENBEFUND

Referenzbereich

Nicht zutreffend

Gültig ab

2016

Methode

Automatisiert: Ortho Vision® Max, Ortho Vision®
 Manuell: Säulenagglutination Methode, Röhrchen Methode bei Notfällen und Diskrepanzen

Messungenauigkeit

Bei 2 Zellpopulationen, bei hämato-onkologischen Erkrankungen, bei St.p. Transplantationen

Literatur

ÖGBT Standards Immunhämatologische Untersuchungen bei Patient*innen Oktober 2015; Kiefel, V. (2011):
 Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. Berlin; Daniels G.(2013): Human Blood Groups. UK; AABB (2020):
 Technical Manual

Indikation

Präoperativ, invasiver ambulanter oder stationärer Eingriff (Gastroskopie, Coloskopie, Biopsien, etc.) Schwangerschaft
 und Geburt, lebensbedrohende Blutung, transfusionspflichtige Anämie

Präanalytik

Identitätsabfrage: Patient*innen Name und Geburtsdatum muss mit der Probenkennung
 (Namensetikette oder ID Nummer) übereinstimmen, Störfaktor: Hämolyse

Probenmaterial

Vacuette EDTA Blut oder Nativ Blut ohne Gel mindestens 6 bis 10 ml.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36731 Blutgruppenbestimmung AB0 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 212 von 845	

	Das Probenmaterial muss innerhalb von 3 Stunden im Blutdepot einlangen. Nach Abschluss der Untersuchung wird das Original Röhrchen mindestens 14 Tage gekühlt bei 2-8°C aufbewahrt.
Analysendauer/Frequenz	Notfall 15 Minuten (Röhrchen Methode), Routine 30 Minuten. Frequenz: 24/7
Störfaktoren	Starke Hämolyse und Lipämie, Medikamente wie Heparin, Plasmaexpander, i.v. Immunglobuline, Humane Monoklonale Antikörper wie Daratumumab
Klinische Info	Der Blutgruppen Befund setzt sich aus mehreren serologischen Einzelbestimmungen zusammen: 1. Bestimmung der AB0 Merkmale mit der Serumgegenprobe 2. RhD Bestimmung 3. Optionale Bestimmung des RhCcEe-Phänotyps und des K-Antigens 4. Antikörpersuchtest Das AB0 System ist das wichtigste Blutgruppensystem des Menschen und bildet mit dem Rhesus D Merkmal die Grundlage für die Anwendung von Blutprodukten. Laut International Society of Blood Transfusion (ISBT 2020) werden über 600 Antigene anerkannt, die den 38 Blutgruppensystemen zugeordnet und von 45 Genen kodiert werden. Die Blutgruppenserologie ist ein Teilgebiet der Serologie, die sich ausschließlich mit der Blutgruppenbestimmung befasst. Die Bestimmung der Blutgruppe erfolgt über die Hämagglutination, die durch ein für die Blutgruppe spezifisches Antiserum ausgelöst wird. Die Reaktion eines Blutgruppenmerkmals mit seinem spezifischen Antikörper führt zunächst zu einem Antigen-Antikörper-Komplex. Dieser Komplex kann bei Komplementaktivierung zur Hämolyse führen. Die Hämagglutination stellt die Grundlage der Untersuchungsverfahren in der Blutgruppenserologie dar und mit diversen Techniken und Reagenzien werden letztendlich die Ergebnisse erzielt. Mit der Polymerasekettenreaktion (PCR) Technik und der Sequenzspezifischen Primer (SSP) Technik konnte das Spektrum der Blutgruppenserologie erweitert werden. Das ist vor allem in der weiterführenden Diagnostik von großer Bedeutung.

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 36731 Blutgruppenbestimmung AB0
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 213 von
845

In den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (ÖGBT 2015) sind die Standards der immunhämatischen Untersuchungen bei Patient*innen bundesweit festgelegt worden und diese werden kontinuierlich einer Evaluierung durch ein Expertengremium unterzogen.

Bemerkung

-

Bereich

Blutdepot

Folgeparameter

Antikörperdifferenzierung, direkter Coombstest, Kälteagglutinine, Genetik

Letzte wesentliche Änderung

2016

Verrechnungsinfo

Laut ASK 5013, 5011, 5026, 6281

Kontakt

Institut für Labormedizin, Tel. 01/80110-2202

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36733 Blutgruppenbestimmung AB0 Nabelschnurblut Neugeborenes

Blutgruppenbestimmung AB0 Nabelschnurblut/Neugeborenes

LOINC-Code

dzt. nicht online möglich!

51892-8 (Blutgruppe AB0/BCO Nabelschnurblut)
 14580-5 (Blutgruppe AB0 Neugeborene)
 34474-7 (Blutgruppe AB0+Rh/BCO Nabelschnurblut)
 19057-9 (Blutgruppe AB0+Rh Neugeborene)
 14906-2 (Rhesusfaktor/BCO Nabelschnurblut)
 14908-8 (Rhesusfaktor Neugeborene)
 817-7 (Blutgruppe A Antikörper)
 913-4 (Blutgruppe B Antikörper)
 1007-4 (Direkter Coombs Test polyspezifisch)
 55776-9 (Direkter Coombs Test IgG-spezifisch)
 890-4 (Blutgruppe Antikörpersuchtest Screen)
 19066-0 (Kommentar Blutgruppenserologie)

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

BLUTGRUPPENBEFUND

Referenzbereich

kein

Gültig ab

2016

Methode

Automatisiert: Ortho Vision® Max, Ortho Vision®
 Manuell: Säulenagglutination Methode, Röhrchen Methode bei Notfällen und Diskrepanzen

Messungenauigkeit

Bei 2 Zellpopulationen

Literatur

ÖGBT Standards Immunhämatologische Untersuchungen bei Patient*innen Oktober 2015; Kiefel, V. (2011):
 Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. Berlin; Daniels G.(2013): Human Blood Groups. UK; AABB (2020):
 Technical Manual

Indikation

Die Bestimmung der Blutgruppe aus dem Nabelschnurblut erfolgt bei der Geburt bei allen Rhesus D negativen Frauen und
 bei Frauen, die die Blutgruppe 0 oder einen positiven Antikörpersuchtest aufweisen
 (Mindestanforderung).Transfusionspflichtige Anämie des Neugeborenen.

Präanalytik

Identitätsabfrage: Patient*innen Name und Geburtsdatum muss mit der Probenkennung

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36733 Blutgruppenbestimmung AB0 Nabelschnurblut Neugeborenes Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 216 von 845	

	(Namensetikette oder ID Nummer) übereinstimmen. Es muss zusätzlich zur Namensetikette des Kindes auch die Namensetikette der Mutter auf der Anforderung dokumentiert sein. Störfaktor: Hämolyse.
Probenmaterial	Vacuette EDTA Blut oder Nativ Blut ohne Gel mindestens 6 bis 10 ml aus der Nabelschnur, kapillär oder aus der Vene. Das Probenmaterial muss innerhalb von 3 Stunden im Blutdepot einlangen. Nach Abschluss der Untersuchung wird das Original Röhrchen mindestens 14 Tage gekühlt bei 2-8°C aufbewahrt.
Analysendauer/Frequenz	Notfall 15 Minuten (Röhrchen Methode), Routine 30 Minuten. Frequenz: 24/7.
Störfaktoren	Starke Hämolyse und Lipämie, Wharton'sche Sulze, Medikamente wie Heparin, Plasmaexpander, i.v. Immunglobuline.
Klinische Info	Der Blutgruppen Befund des Neugeborenen (unter 6 Monate) setzt sich aus mehreren serologischen Einzelbestimmungen zusammen: 5. Bestimmung der AB0 Merkmale 6. RhD Bestimmung 7. Optionale Bestimmung des RhCcEe-Phänotyps und des K-Antigens 8. Direkter Coombs Test (DCT) 9. fakultativ die Bestimmung der mütterlichen Isoagglutinine Anti-A und Anti-B 10. Optional Antikörpersuchtest Mit dem Zusatz „Neugeborenenblut“ wird auf die Vorläufigkeit des Befundes hingewiesen. Es darf kein Blutgruppen Ausweis ausgestellt werden. Bei Kindern über 6 Monate ist eine Blutgruppenbestimmung wie bei Erwachsenen durchzuführen. Das AB0 System ist das wichtigste Blutgruppensystem des Menschen und bildet mit dem Rhesus D Merkmal die Grundlage für die Anwendung von Blutprodukten. Laut International Society of Blood Transfusion (ISBT 2020) werden über 600 Antigene anerkannt, die den 38 Blutgruppensystemen zugeordnet und von 45 Genen kodiert werden. Die Blutgruppenserologie ist ein Teilgebiet der Serologie, die sich ausschließlich mit der Blutgruppenbestimmung befasst.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36733 Blutgruppenbestimmung AB0 Nabelschnurblut Neugeborenes Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 217 von 845	
	Die Bestimmung der Blutgruppe erfolgt über die Hämagglutination, die durch ein für die Blutgruppe spezifisches Antiserum ausgelöst wird. Die Reaktion eines Blutgruppenmerkmals mit seinem spezifischen Antikörper führt zunächst zu einem Antigen-Antikörper-Komplex. Dieser Komplex kann bei Komplementaktivierung zur Hämolyse führen. Die Hämagglutination stellt die Grundlage der Untersuchungsverfahren in der Blutgruppenserologie dar und mit diversen Techniken und Reagenzien werden letztendlich die Ergebnisse erzielt. Mit der Polymerasekettenreaktion (PCR) Technik und der Sequenzspezifischen Primer (SSP) Technik konnte das Spektrum der Blutgruppenserologie erweitert werden. Das ist vor allem in der weiterführenden Diagnostik von großer Bedeutung. In den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (ÖGBT 2015) sind die Standards der immunhämatologischen Untersuchungen bei Patient*innen bundesweit festgelegt worden und diese werden kontinuierlich einer Evaluierung durch ein Expertengremium unterzogen.	
Bemerkung	-	
Bereich	Blutdepot	
Folgeparameter	Antikörperdifferenzierung bei der Mutter, Elution, Genetik	
Letzte wesentliche Änderung	2016	
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5013, 5011, 5026, 6281	
Kontakt	Institut für Labormedizin, Tel. 01/80110-2202	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 146 Blutsenkung

Blutkörperchensenkungsreaktion

LOINC-Code	82477-1		
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BSG		
Referenzbereich	Alter	Referenzbereich Männer	Referenzbereich Frauen
	-14 J	-34 mm/h	-34 mm/h
	>14 J – 50 J	-28 mm/h	-37 mm/h
	>50 J – 70 J	-37 mm/h	-39 mm/h
	>70 J	-46 mm/h	-46 mm/h
Referenzbereich gültig ab	1.12.2025		
Methode	Photometrische Rheoskopie (Alifax)		
Messungenauigkeit	VK ≤ 15% (Ziel lt. Hersteller)		
Literatur	CLSI H02A-5 Vol.31. N.11 Procedures for ESR Test: Approved Standard – 5th Edition 2011. Lapić I. et al. "Automated measurement of the erythrocyte sedimentation rate: method validation and comparison" Clin Chem Lab Med 2019. Piva E. et al. "A new turbidimetric standard to improve the quality assurance of the erythrocyte sedimentation rate measurement" Clinical Biochemistry 40 (2007) 491–495. Krat A. et al. "ICSH recommendations for modified and alternate methods measuring the erythrocyte sedimentation rate" Int J Lab Hem. 2017; 1–10. Chauffaille MdL et al. "New reference values for the old erythrocyte sedimentation rate" Int J Lab Hematol. 2021; 43: e214–e217. Cha CH et al. "Evaluation of the TEST 1 erythrocyte sedimentation rate system and intra- and inter-laboratory quality control using new latex control materials" Clin Chem Lab Med 2010; 48(7): 1043–1048.		
Indikation	Zur Abklärung v. a. subakuter/chronischer Entzündungen und Infektionen; bei rheumatologischen Erkrankungen zur Aktivitäts-/Verlaufskontrolle; bei Plasmazellerkrankungen/monoklonalen Gammopathien zur Verlaufsbeurteilung; bei FUO/unspezifischen Allgemeinsymptomen sowie ergänzend bei CED, Gewebenekrosen und Malignomen.		

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 146 Blutsenkung Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 220 von 845	

	Eingeschränkt geeignet: nicht für die Akutdiagnostik schneller Entzündungen (CRP überlegen), nicht zum Screening Asymptomatischer; stets nur im klinischen Kontext interpretieren.
Präanalytik	Analyse bevorzugt ≤ 4–6 h nach Abnahme bei Raumtemperatur, darüber hinaus nimmt die Stabilität ab. Bei Bedarf gekühlt (4 °C) lagern – in Studien blieb EDTA-Vollblut für Alifax-Messungen bis ~36 h beurteilbar Vor Messung auf RT bringen.
Probenmaterial	Vollblut K ₂ -EDTA
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Präanalytik: Unter-/Überfüllung oder falsches Antikoagulans (EDTA!), unzureichendes Mischen, lange Lagerung/Temperaturabweichungen, Gerinnsel/Hämolyse/Luftblasen, Erschütterungen/Transport, Etikett in der Messzone. Physiologie/Hämatologie: Anämie/Makrozytose/Fibrinogen↑/Paraproteine↑ → BSG↑ Polyglobulie/Erythrozytose/Mikrozytose/abnorme Erythrozytenformen (z. B. Sichelzellen) → BSG↓ Alter/Schwangerschaft/Entzündung/Nekrose/Tumoren → tendenziell BSG↑. Medikamente/sonstiges: Plasmaexpander (z. B. Dextran), Immunglobuline i.v. → ↑; NSAR, Kortikosteroide können BSG senken (klinisch variabel). Rauchstatus, Dehydratation (Hkt-Änderung) beeinflussen indirekt.
Klinische Info	Die BSG spiegelt v. a. die Plasmaproteinzusammensetzung (Fibrinogen, Paraproteine) wider und steigt bei subakuten/chronischen Entzündungen, rheumatologischen Erkrankungen (PMR/GCA), Infektionen, Gewebenekrose sowie Malignomen; sehr hohe Werte (> 100 mm/h) sind häufig bei Myelom/Waldenström, schweren Infektionen oder ausgeprägter Entzündung. Für akute Prozesse ist CRP sensitiver und dynamischer; BSG eignet sich eher zur Verlaufskontrolle chronischer Entzündungen. Interpretation stets im klinischen Kontext und zusammen mit BB/CRP: Anämie/Alter/Schwangerschaft/Fibrinogen↑/Paraproteine↑ erhöhen die BSG, Polyglobulie/Erythrozytose/Mikrozytose/abnorme Erythrozytenformen senken sie. Ergebnisse sind methodenabhängig (Westergren vs. Alifax) und nicht 1:1 austauschbar.
Bemerkung	-
Bereich	Hämatologie
Folgeparameter	Leukozytenzählung und Differentialblutbild, Serum- Elektrophorese, Akutphasen-Proteine wie CRP, IL-6
Letzte Änderung	11/2025

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 27.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 146 Blutsenkung Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 221 von 845	

Verrechnungsinfo	laut ASK 5937
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 543 Blutungsneigung

Blutungsneigung

LOINC-Code

nicht einzeln anforderbar

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

Blutungsneigung

Referenzbereich

Parameter	Einheit	Referenzbereich	Spezimen	Bemerkung
PTZ	%	70-130	Zitratblut	
aPTT	sec	23-37	Zitratblut	
Fibrinogen	g/l	2,4-5,0	Zitratblut	
TZ	sec	10,0-17,0	Zitratblut	
AT-III Act	%	80-135	Zitratblut	als Maß Vit-K-unabhängiger Lebersynthese
PFA-Epinephrin	sec	80-150	Zitratblut	
PFA-ADP	sec	65-110	Zitratblut	optional / nur auf Anfrage
F XIII	%	70-140	Zitratblut	
vWF-Act	%	58-176%, Blutgruppe 0: 41-139%	Zitratblut	
Interpretation				Interpretation durch Facharzt
Ergänzende Parameter	Einheit	Referenzbereich	Spezimen	Bemerkung
F II	%	79-131	Zitratblut	nur wenn PTZ % vermindert
F V	%	75-130	Zitratblut	nur wenn PTZ % vermindert
FVII	%	75-160	Zitratblut	nur wenn PTZ % vermindert
FX	%	70-150	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
FVIII	%	60-230	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
FIX	%	60-140	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
F XI	%	60-140	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
F XII	%	60-140	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
dRVVT-Screen	sec	25-35	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
dRVVT-Confirm	sec	< 35	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert

	LA-dRVVT-Ratio		< 1,30	Zitratblut	nur wenn wenn aPTT verlängert
	vWF-Ag	%	60- 180 % , Blutgruppe 0: 42-141%	Zitratblut	nur wenn VWF-Aktivität vermindert
	PFA-P2Y	sec	< 106	Zitratblut	nur wenn Clopidogrel/Plavix angegeben
Referenzbereich gültig ab	06/2010				
Methode	Koagulometrische, nephelometrische, immunologische und chromogene Methoden, Thrombozytenaggregation- und –adhäsionsmessung mittels Durchflusszeitmessung (PFA-100), -- siehe Einzelparameter				
Messungenauigkeit	-				
Literatur	Barthels M, Poliwoda H. Gerinnungsanalysen: Befundkombinationen – Schnellorientierung, Thieme 1998; 21ff.				
Indikation	Pathologische Blutungsanamnese, Verdacht auf Blutungsneigung mit Hämostase-Defekt,				
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken, Einlangen des Blutes im Labor muss spätestens 2 Stunden nach Blutabnahme gewährleistet sein.				
Probenmaterial	2 Röhrchen Citratplasma , 1 Röhrchen EDTA-Blut				
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse				
Störfaktoren	Hämolyse, Unterfüllung des Röhrchens, Thrombozytopenie, DDAVP, Hämodilution				
Klinische Info	Die Angabe von aktueller Diagnose und der bisherigen gerinnungsrelevanten Therapie ist für eine sinnvolle Interpretation erforderlich				
Bemerkung	Hämostaseologische Befunde erstellen ein Bild des aktuellen Zustandes. Blutungsursachenforschung kann nur gesichert erfolgen, wenn der Patient präoperativ ist und keine gerinnungswirksame Substitution oder andere Therapie				

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 543 Blutungsneigung Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 225 von 845	

	vorgenommen wurde. Bei postoperativen Zuständen kann nur der „Jetzt-Zustand“ als Summe der postoperativen Veränderungen inklusive der therapeutischen Maßnahmen wie Transfusionen, Substitutionen etc erfasst werden.
Bereich	Gerinnung Spezial
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	Verrechnung der einzelnen Parameter
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 355 BNP

BNP (B-type natriuretic peptide)

LOINC-Code	30934-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BNP
Referenzbereich	<100 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz – Mikropartikel-Immunoassay
Messungenauigkeit	VK = 6,7 % (180 pg/ml)
Literatur	Levin et al, New. Enge & Med 1998:339:321-28
Indikation	Verdacht auf Herzinsuffizienz
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C 24 Stunden, bei Raumtemperatur 4 Stunden
Probenmaterial	EDTAPlasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	BNP gehört zur Familie der natriuretischen Peptide. Das physiologisch aktive BNP besteht aus 32 Aminosäuren und wird aus dem Prohormon/proBNP im Myocard gebildet. BNP wird als Reaktion des Herzens auf Volumenüberlastungen oder Konditionen, die ventrikuläre Überdehnungen verursachen, synthetisiert und ins Blut freigesetzt, um die Salz- Wasser – Homöostase durch Wechselwirkung mit dem Renin - Angiotensin – Aldosteron – System zu kontrollieren. Die BNP-Plasmakonzentrationen geben klinisch wertvolle Informationen in Bezug auf Diagnose und Behandlung linksventrikulärer Dysfunktionen und ergänzen andere diagnostische Testverfahren wie z. B. Elektrokardiogramme und Echokardiogramme. Je ausgeprägter die kardiale Schädigung, desto höher sind die BNP Konzentrationen im Plasma.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 355 BNP Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 228 von 845	

	Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA I haben signifikant höhere BNP – Ruhewerte und die BNP Konzentrationen steigen proportional zu den NYHA – Stadien an.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5099
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 356 C1 - Esterase Inhibitor Aktivität

C1 - Esterase Inhibitor Aktivität

LOINC-Code	48494-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	C1 – Inhibitor Akt.
Referenzbereich	70 – 130%
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Kinetischer Test
Messungenauigkeit	VK 6,6% für Behring Kontrollplasma N
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	V.a. hereditäres oder erworbenes Angioödem
Präanalytik	Exaktes Probenvolumen
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	C1-Esteraseinhibitor (C1 – INH) kontrolliert die Aktivierung des Komplementfaktors C1. Bei C1 – INH Mangel kommt es zu einer prolongierten Komplementaktivierung, die sich klinisch in rezidivierenden Angioödem manifestiert. Bei Patienten mit hereditärem Angioödem liegt zu einem hohen Prozentsatz ein Synthesedefekt des C1 – INH vor (TYP 1). In etwa 15% ist es eine funktionelle Störung des C1 – INH (TYP 2).
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 356 C1 - Esterase Inhibitor Aktivität
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 231 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5608
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 357 C3

C3c Komplement

LOINC-Code	4491-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	C3c Komplement
Referenzbereich	0,9 – 1,8 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	VK ≤ 4,2 (1,17 g/L)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1123
Indikation	Verdacht auf - und Verlaufsbeurteilung von Immunkomplexerkrankungen
Präanalytik	während einer Lagerung von 8 Tagen kann die C3c Konzentration bei 2° - 8° C bis zu 17% ansteigen.
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Das Komplementsystem besteht aus über 20 Plasmaproteinen. Die Aktivierung erfolgt über einen klassischen und einen alternativen Weg. Bei der klassischen Aktivierung wird durch Spaltung von C2 und C4 der Komplex der klassischen C3- Konvertase gebildet. Der alternative Weg führt über die Spaltung von Faktor B zur Bildung der alternativen C3- Konvertase. Niedriges C3 bei normalem C4 Wert lässt den Schluss auf eine Aktivierung des alternativen Komplementweges zu. Normales C3 und niedriges C4 sind ein Hinweis auf C1-Inhibitormangel oder C4-Defekt. Erniedrigte Werte finden sich bei hereditärem C3-Mangel, Komplementverbrauch bei Glomerulonephritis, Kollagenosen, Vaskulitiden, Transplantatabstossung, Pemphigus vulgaris, bullösem Pemphigoid, Hepatitis,

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 357 C3 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 234 von 845	

	autoimmunhämolytischen Anämien, paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie, Leberparenchymschaden, Sepsis, und akuter Pankreatitis. Erhöhte Werte korrelieren mit einer Akut-Phase-Reaktion.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	C4
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5613
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 358 C4

C4 Komplement

LOINC-Code	4498-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	C4 Komplement
Referenzbereich	0,1 – 0,4 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,9 (0,197 g/l)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1123
Indikation	Verdacht auf - und Verlaufsbeurteilung von Immunkomplexerkrankungen
Präanalytik	frisches Serum während der Lagerung von 8 Tagen bei 2° - 8°C bis zu 8 % erhöhte Werte
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Das Komplementsystem besteht aus über 20 Plasmaproteinen und ist Bestandteil der antigen-unspezifischen Immunabwehr. Die Aktivierung kann entweder über den klassischen Weg oder über einen alternativen Weg erfolgen. Bei der klassischen Aktivierung wird durch Spaltung von C2 und C4 der Komplex der klassischen C3-Konvertase gebildet. Beim alternativen Weg entsteht durch die Spaltung von Faktor B die alternative C3-Konvertase. Niedriges C3 bei normalen C4- Werten lässt den Schluss auf eine Aktivierung des alternativen Komplementweges zu. Normales C3 und niedriges C4 sind ein Hinweis auf einen C1-Inhibitormangel oder C4-Defekt hin.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 358 C4
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 237 von
845

	Erniedrigte C4 Konzentrationen finden sich weiters bei alpha 1-Antitrypsinmangel, Glomerulonephritiden mit Komplementverbrauch, Kollagenosen, Vaskulitiden, Transplantatabstossung, Pemphigus vulgaris, bullösem Pemphigoid, Hepatitis, autoimmunhämolytischen Anämien, Leberparenchymschaden, Sepsis und akuter Pankreatitis.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	C3
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5615
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 361 CA 125

CA125

LOINC-Code	10334-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CA 125
Referenzbereich	< 35 kU/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK=3,9% (43 kU/l)
Literatur	Anticancer Res. 14 (6B): 2743-2746 (1994)
Indikation	Verdacht auf Ovarialkarzinom. Therapie und Verlaufskontrolle bei Ovarialkarzinom, als Zweitmarker nach CA 19-9 bei Pankreaskarzinom.
Präanalytik	Bei 2 – 8° C bis 7 Tage stabil
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Der CA 125 Assay reagiert mit repetitiven Antigendeterminanten, die von einem hohen Prozentsatz der nichtmuzinösen Ovarialkarzinome (serös, endometriös, hellzellig und undifferenziert) sowie von epithelialen Ovarialzellcarcinomen gebildet werden. Die Bestimmung von CA 125 Konzentrationen im Serum eignet sich v.a. für die Verlaufskontrolle der Erkrankung bei Patientinnen mit invasivem epithelialen Ovarialkarzinom. Erhöhte CA 125 Konzentrationen wurden weiters bei 1-2% der Gesunden beobachtet, sowie bei Patienten auf die andere nicht maligne Erkrankungen zutreffen. Auch während der Menstruation und bei einem Teil der Schwangeren kann es zu Erhöhungen des CA-125 Wertes kommen. CA-125 ist physiologischerweise in hohen Konzentrationen in Cervixsekret und nicht-maligner Ovarialflüssigkeit enthalten

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erhöhte CA 125-Werte finden sich bei:

- Ovarialcarcinom (die diagnostische Sensitivität von CA 125 bei diesem Carcinom beträgt 82 -96%)
- Pancreascarcinom (als 2. Marker nach CA19-9)
- Endometriumcarcinom
- Zervixcarcinom
- Lebercarcinom
- Magencarcinom
- Bronchialcarcinom
- Mammacarcinom
- Gallengangscarcinom

CA 125 kann bei vielen nichtmalignen Erkrankungen erhöht sein:

- Endometriose
- Adnexitis
- Darmverschluss
- Pancreatitis

Bemerkung	Nicht als Screeningtest geeignet
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5170

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 361 CA 125 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 241 von 845	

Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 359 CA 15-3

CA 15-3

LOINC-Code	6875-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CA 15-3
Referenzbereich	< 31,3 kU/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz- Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK=3,1% (28,6 kU/l)
Literatur	Cancer Res. 47: 5853-5860 (1987)
Indikation	Therapie und Verlaufskontrolle des Mammakarzinoms.
Präanalytik	Bei 2° - 8°C bis zu 7 Tage stabil
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Die CA 15-3 Konzentrationen werden unter Verwendung der monoklonalen Antikörper 115D8 und DF3 definiert. Der monoklonale Antikörper 115D8 ist gegen die Membranen von humanen Muttermilchfettglobuli und der monoklonale Antikörper DF3 gegen eine angereicherte Membranfraktion des metastasierenden humanen Mamacarcinoms gerichtet. Der CA 15-3 Assay wird nicht als Screening Verfahren zur Erkennung von Krebserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Bei malignen Erkrankungen ohne Behandlung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

sind stetig bis exponentiell ansteigende CA 15-3 Werte mit Korrelation zu Tumormasse, Stadium und Metastasenlokalisation zu finden. Ein ansteigender CA 15-3 Wert ist mit einer Remission nicht vereinbar.

Erhöhte CA 15-3 Werte:

- Mammacarcinom (die präop. diagnostische Sensitivität von CA 15-3 bei diesem Carcinom beträgt 90%)
- Metastasierendes Mammacarcinom (die diagnostische Sensitivität in diesem Stadium wird mit 90% bewertet)
- Ovarialcarcinom
- Endometriumcarcinom
- Magencarcinom
- Lungencarcinom
- Pancreascarcinom
- Lebercarcinom etc.

Nicht-maligne Erkrankungen bei denen CA 15-3 erhöht sein kann:

- Niereninsuffizienz
- Gutartige Brustdrüsenerkrankungen der Frau
- 1. Leber-, Pancreas-, Lungenerkrankungen
- 2. Rheumaerkrankungen
- 3. Tuberkulose

Bemerkung

Tumormarker sind nicht als Screeningparameter geeignet

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 359 CA 15-3 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 245 von 845	

Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5171
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 360 CA 19-9

CA 19-9

LOINC-Code	24108-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CA 19-9
Referenzbereich	< 37 kU/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK=3,9% (56,52 kU/l)
Literatur	Am. J. Gastroenterol. 85(4):350-355(1990)
Indikation	Verdacht auf Pankreaskarzinom, Hepatobiliäres Karzinom (Leberkarzinom, Gallenwegskarzinom), Magenkarzinom, Verlaufskontrolle dieser Tumoren. Zur Diagnostik und Nachsorge bei kolorektalen Karzinomen als Zweitmarker nach CEA und bei Ovarialkarzinom als Zweitmarker nach CA-125.
Präanalytik	Bei 2° - 8° C bis zu 7 Tagen stabil
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Der CA19-9 Assay weist ein tumorassoziertes Antigen nach, das im Serum als hochmolekulares, kohlenhydratreiches Glykoprotein vorkommt. Erhöhte CA 19-9 Konzentrationen finden sich bei Patienten mit malignen und nichtmalignen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

gastrointestinalen Erkrankungen. Eine konstant ansteigende CA 19-9 Konzentration kann mit einer progredient malignen Erkrankung und einem schlechten therapeutischen Ansprechen im Zusammenhang stehen.

CA19-9 ist erhöht bei:

- Pankreascarcinom (die diagnostische Sensitivität von CA 19-9 bei diesem Carcinom beträgt 70 – 95% gegenüber einer diagnost. Spezifität von 72-90%)
- Lebercarcinom (diagnostische Sensitivität 22-51%)
- Carcinom der Gallenwege (diagnostische Sensitivität 55- 79%)
- Colon- und Rektumcarcinom (diagnostische Sensitivität 18- 58% abhängig vom Tumorstadium)
- Magencarcinom (diagnostische Sensitivität 26- 60% abhängig vom Tumorstadium)

Auch bei nichtmalignen Erkrankungen kann das CA19-9 erhöht sein:

- Hepatitis
- Lebercirrhose
- Pancreatitis
- Cholestase
- M. Crohn
- Colitis ulcerosa

Bemerkung

CA 19-9 ist ein Blutgruppenassoziiertes Antigen und normaler Bestandteil vieler Schleimhautzellen . Damit ist Vorsicht bei Messungen an Gesunden (z.B. Magensaft, Urin) geboten. Tumormarker sind nicht als Screeningparameter geeignet.

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

CEA, CA 125

Letzte Änderung

06/2010

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 360 CA 19-9 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 249 von 845	

Verrechnungsinfo	laut ASK 5172
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2661 Calcitonin

Parameter: Calcitonin

LOINC-Code	1992-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Calcitonin
Referenzbereich	0,1-10 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	9/14
Methode	CLIA, Messbereich 1 pg/ml – 2000pg/ml, Calcitonin II gen.
Messungenauigkeit	VK : 1-4% (Intraassay)
Literatur	HublW,ThomasL.:Labor und Diagnose(6.Aufl) Kapitel 28.7 /1316
Indikation	Screening auf medulläres Schilddrüsen Karzinom , C-Zellhyperplasie und andere neuroendokrine Tumore
Präanalytik	Bei Raumtemperatur nur 2 Stunden stabil, bei 2-8° 19 Stunden od bei -20°tieffrieren
Probenmaterial	Serum , mindestens 400µl
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse, Lipämie und suspendierte Partikel
Klinische Info	Calcitonin ist ein Peptidhormon, das von den parafollikulär gelegenen C-Zellen der Schilddrüse sezerniert und als spezifischer, sensitiver Tumormarker in der Diagnostik und Verlaufskontrolle des medullären Schilddrüsen Karzinoms eingesetzt wird.(szintigraphisch kalte, sonographisch echoarme und zytologisch suspekte Knoten)
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 2661 Calcitonin
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 252 von
845

Folgeparameter	Pentagastrin-Stimulationstest
Letzte Änderung	4/2020
Verrechnungsinfo	ASK; 5176
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 362 Calcium gesamt

Calcium / Serum, Peritonealdialysat

LOINC-Code	Calcium S: 2000-8 Calcium PD: 49005-2,
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Calcium, Calcium/PD
Referenzbereich	Serum: 2.15 - 2.58 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Arsenazo III
Messungenauigkeit	Serum: VK = 1,0% (2,2 mmol/l)
Literatur	Am.J.Clin.Pathol. 1972;58:376
Indikation	IntensivpatientInnen, Skeletterkrankungen, Neuromuskuläre Erkrankungen, Gastroenterologische und Stoffwechselerkrankungen, Tumore
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 1 Woche 2 - 8°C: 3 Wochen -20°C: 8 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Citrat, EDTA, Oxalat, Fluorid und andere Komplexbildner
Klinische Info	Die Calciumkonzentration im Organismus wird durch die Ca-Gewinnung aus den Knochen, die Ca-Ausscheidung über die Nieren und die Ca-Aufnahme aus der Nahrung bestimmt. Regulierend wirken das Parathormon, der Vitamin D Komplex und das Calcitonin. Die hormonelle Steuerung des Ca-Stoffwechsels

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

ist eng gekoppelt an den des Phosphatstoffwechsels. Wechselbeziehungen zwischen Dünndarm, Skelett, Nieren und dem endokrinen System (Nebenschilddrüse) halten die Ca- und Phosphathomöostase aufrecht.

Der größte Teil des Calciums im Körper liegt im Knochengewebe vor. Nur ein kleiner Teil des Calciums befindet sich im Blut. Dieses Gesamtcalcium im Blut/Serum besteht aus 3 Fraktionen:

1. freies oder ionisiertes Ca – ungefähr 50% des Gesamt-Ca
2. proteingebundenes Ca – vorwiegend an Albumin gebunden. Der Anteil am Gesamtcalcium beträgt etwa 45%.
3. an Anionen insbesondere Phosphat, Citrat und Bicarbonat komplexgebundenes Ca mit einem Anteil von ca. 5% am Gesamtcalcium

Hypercalciämie: Bei leichter Ca-Erhöhung unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Übelkeit etc. Höhergradige Hypercalciämien ($>2,8\text{mmol/l}$) verursachen Beeinträchtigungen von Organsystemen, die renale Funktion ist vermindert. Bei Ca-Spiegeln $> 3,5\text{mmol/l}$ können Koma und Herzstillstand eintreten.

Ursachen einer Hypercalciämie:

- Tumorerkrankungen (Knochenmetastasen)
- Niereninsuffizienz
- Überfunktion der Nebenschilddrüsen (primärer Hyperparathyreoidismus)
- Medikamente (z.B. Lithium, Östrogene, Androgene)

Generell führt eine Hypocalciämie zu Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln bis hin zu Krämpfen.

Ursachen einer Hypocalciämie:

- Bei Hypalbuminämie (z.B. Lebercirrhose)
- Vitamin D Mangel
- Parathormonwirkung ist vermindert (Hyperparathyreoidismus)
- Nierenerkrankungen (nephrotisches Syndrom)
- Akute Pancreatitis

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 362 Calcium gesamt Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 256 von 845	

	• Magnesiummangel • Phosphatüberschuss • Medikamente (Diuretika, Antiepileptika)
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5178
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 363 Calcium ionisiert

Calcium ionisiert

LOINC-Code	1995 - 0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Calcium ionisiert
Referenzbereich	1,16 – 1,32 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Ionenselektive Elektrode
Messungenauigkeit	-
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Beurteilung des Calciumhaushaltes bei Dysproteinämien
Präanalytik	Stabilität 24h bei Raumtemperatur
Probenmaterial	Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Calcium liegt im Blut zu 45% an Protein gebunden und zu 50% in ionisierter Form vor. Die Fraktion des ionisierten Calciums ist vom pH-Wert abhängig. Bei höherer Spezifität und Sensitivität ist ionisiertes Calcium im Wesentlichen bei den gleichen Krankheiten erhöht oder erniedrigt wie das Gesamt-Calcium. Zur Erfassung der tatsächlichen Calciumkonzentration im Plasma ist die Bestimmung des ionisierten Calciums gegenüber der Messung von totalem Calcium in folgenden Fällen von Vorteil: nach Massivtransfusionen, im Rahmen der Hämodialyse und bei Dysproteinämien.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 363 Calcium ionisiert
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 259 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Albumin, Totalprotein
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	ASK 5177
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 364 Calcium U

Calcium/Urin

LOINC-Code	2000-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Calcium / U
Referenzbereich	w: < 6,25 mmol/24 ^h m: < 7,5 mmol/24 ^h
Referenzbereich gültig ab	03/2010
Methode	Arsenazo III
Messungenauigkeit	VK ≤ 0,7 (7,6 mmol/24 ^h)
Literatur	Burtis CA. Ashwooder, Editors Tietz Fundamentals of clin Chemistry, 5 th ed Philadelphia PA: WB Saunders:2001:800 L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Beurteilung des Calciumhaushaltes bei klinischer Symptomatik wie Knochenschmerz, Steinleiden und Niereninsuffizienz.
Präanalytik	24-Stunden-Harn sammeln, Menge in ml und Sammelzeit in Stunden am Anforderungsbeleg vermerken, 10 ml Harn ins Labor schicken.
Probenmaterial	Haltbarkeit Urin: 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 4 Tage -20°C: 3 Wochen
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Diätetische Vorbereitung mit Calcium-Standard-Diät notwendig, sonst sind keine schlüssigen Interpretationen der Resultate möglich.
Klinische Info	Ist Ca im Blut erhöht und im Harn erniedrigt, scheiden die Nieren zu wenig Ca aus (z.B. harntreibende Medikamente)

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 364 Calcium U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 262 von 845	

	- Ist Ca im Blut und im Harn erhöht, spricht das für Tumorerkrankungen, primären Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose, Osteoporose, Vitaminüberdosierung (Vitamin A oder D) - Ist Ca im Blut erniedrigt und im Harn erhöht, können Medikamente, spezielle Nierenschäden, Nebennierenrindenüberfunktion die Ursache sein. - Ist Ca im Blut und Harn erniedrigt, spricht dies für Leber- oder Nierenschäden, Vitamin D Mangel.
Bemerkung	-
Bereich	Notfall und Routine
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5178
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1909 Calprotectin im Stuhl

Parameter: Calprotectin im Stuhl

LOINC-Code	38445-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Calprotectin im Stuhl
Referenzbereich	<50 µg/g Normal, 50-120 µg/g Grenzwertig, >120µg/g Erhöht
Referenzbereich gültig ab	1.3.2019
Methode	CLIA (Chemilumescenz-Immunassay)
Messungenauigkeit	Wiederholungspräzision CV 4,2% bei 49 µg/g, Präzision von Tag zu Tag CV 8,6%
Literatur	Layer et al.: Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs-und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität. Z.Gastroenterol.2011; 49:237-293
Indikation	Entzündliche Darmerkrankungen
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C 72 Stunden. > 6 Tage bei -20°C
Probenmaterial	Stuhl
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Kontamination mit desinfektionshaltigem Toilettenwasser bei der Stuhlextraktion muss vermieden werden
Klinische Info	Calprotectin ist ein Protein mit antimikrobiellen Eigenschaften. Das Zytoplasma von polymorphkernigen Granulozyten enthält bis zu 60% Calprotectin. Die Höhe des fäkalen Calprotectin-Spiegels ist ein Mass für die entzündungsbedingte Einwanderung der Granulozyten in das Darmlumen und korreliert direkt mit der Stärke der Entzündungsreaktion in der Darmschleimhaut. Erhöhte Calprotectin-Werte im Stuhl treten bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), wie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 1909 Calprotectin im Stuhl Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 265 von 845	

	Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn. bei infektiösen Gastroenteritiden, bei nekrotisierender Enterokolitis, allergischer Kolitis, cystischer Fibrose und beim kolorektalen Karzinom auf.DD : CED zu Reizdarmsyndrom.
Bemerkung	Stuhlextraktion mit speziellem StuhlextraktionsTube von Fa Diasorin
Bereich	Serologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	16.01.2023
Verrechnungsinfo	ASZK 6568
Kontakt	Sekretariat 01-80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 365 Carbamazepin Serum

Carbamazepin

LOINC-Code	14 639-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Carbamazepin
Referenzbereich	Therapeutischer Bereich (vor nächster Dosis): 17 – 51 µmol/l Toxizität ab Werten > 51 µmol/l
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Homogener Enzymimmunoassay
Messungenauigkeit	VK = 6,0% (60,53 µmol/l)
Literatur	Clin.Diagnoses and Management of Laboratory Methods 19 th ed, W.B. Saunders; 1996: 374 - 407
Indikation	Therapiemonitoring, Intoxikation
Präanalytik	Nativblut entnehmen, vor Applikation der nächsten Dosis.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> Serum und Plasma 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 1 Monat
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Carbamazepin wird zur Behandlung der <u>Epilepsie (Antiepileptikum)</u> eingesetzt.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Bekannte Medikamente, die Carbamazepin enthalten, sind Tegretol, Neurotop, Timonil etc.

Die Überwachung der Carbamazepin-Konzentration im Serum gehört neben der sorgfältigen klinischen Beurteilung zu den wirksamsten Maßnahmen für eine verbesserte Kontrolle epileptischer Anfälle – es kann dadurch das Toxizitätsrisiko und die Verabreichung zusätzlicher Anitkonvulsiva reduziert werden. Auf Grund starker interindividueller Unterschiede in der Halbwertszeit ist es wichtig, die Carbamazepinkonzentration im Serum zu kontrollieren. Auch bei gleichzeitiger Einnahme anderer Antiepileptika kann die Dosis variieren.

Toxische Symptome werden ab Werten > 50 µmol/l beobachtet. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 10 - 30 Stunden, die Proteinbindung 70 - 80%.

Blutentnahme: Die Maximumkonzentration ist 6-18 Stunden nach der letzten Medikamentengabe erreicht, die Minimalkonzentration misst man bei Abnahmen unmittelbar vor der nächsten Gabe des Medikaments.

Zu hohe Carbamazepinwerte führen zu: Erbrechen, Zittern, Erregung, Krämpfen

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

04/2012

Verrechnungsinfo

ASK 5186

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 544 Cardiolipin-Antikörper IgM, Cardiolipin-Antikörper IgG

Cardiolipin-Antikörper IgM ,IgG

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cardiolipin-AK IgM, Cardiolipin-AK IgG
Referenzbereich	< 20 U/ml negativ >= 20 U/ml positiv
Referenzbereich gültig ab	10/2016
Methode	CLIA
Messungenauigkeit	Intra-Assay: IgM VK=3,6% Inter-Assay: VK=4,6% IgG VK=4,6% und Inter-Assay VK= 6,1%
Literatur	Br. J. Rheumatol. 26:324-326, 1987; Consensus Guidelines on Anticardiolipin; Arthritis & Rheumatism, Vol.64, No1 January 2012, pp1-10
Indikation	Verdacht auf AntiPhospholipid-Syndrom (APS)
Präanalytik	rasch zentrifugieren
Probenmaterial	Serum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	lipämisch, hämolytisch
Klinische Info	Cardiolipid-Antikörper zählen wie das Lupusantikoagulans zu den Phospholipidantikörpern. Das Antiphospholipid-Syndrom (APS) zählt zu den häufigsten Autoimmunerkrankheiten. Vor allem betroffen sind Frauen. Die typischen klinischen Symptome sind Thrombosen, Fehlgeburten und intrauteriner Fruchttod. Hohe Cardiolipin-IgG Werte finden sich auch bei SLE und anderen Autoimmunerkrankungen sowie auch Infektionskrankheiten (Syphilis). Cardiolipin Antikörper findet man oft gemeinsam mit einem Lupus antikoagulans. Sie können auch für eine falsch

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 544 Cardiolipin-Antikörper IgM, Cardiolipin-Antikörper IgG Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 271 von 845	

	positive Syphilis-Serologie verantwortlich sein. Ergebnisse im grenzwertigen Bereich und Proben, die nur für IgM positiv sind, sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Die meisten Patienten mit APS haben leicht bis stark erhöhte Anti-Cardiolipin Antikörper und sind positiv für IgG oder IgG und IgM.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	05/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3242 CCP/Anti-C

Parameter: CCP/Anti-C - in Bearbeitung

LOINC-Code	53027-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CCP-AK (cyclische citrullinierte Peptide)
Referenzbereich	<7 U/ml negativ, 7-10 U/ml Grenzwertig .>10 U/ml positiv
Referenzbereich gültig ab	02/2016
Methode	EIA (Enzym-Immuno Assay)
Messungenauigkeit	Intra-Assay 3,4% ; Inter-assay 5,9 % bei Mittelwerten von 75,0 U/ml
Literatur	Labor und Diagnose Edts L. Thomas. 8. Auflage Th-Books Verlagsgmbh 2012: 1428
Indikation	Verdacht auf Rheumatoide Arthritis (RA)
Präanalytik	Lagerung: max 7Tage 2-8°C,bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämische, hämolytische oder kontaminierte Proben
Klinische Info	Die RA, früher auch als rheumatische Arthritis oder primär chronische Polyarthritits bezeichnet, ist eine chronische in Schüben verlaufende entzündliche Systemerkrankung, die sich primär im Bereich der Gelenke abspielt. Diagnostische Schwierigkeiten bestehen in der Frühphase der Erkrankung, da die anfänglichen Symptome vieldeutig sind und die Laborbefunde nicht immer eindeutig. Da aber eine frühzeitige beginnende Therapie den Verlauf dieser chronisch – destruierenden Erkrankung günstig beeinflusst, ist die frühe Diagnosestellung wichtig.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Die spezifische Diagnostik erfolgt über die Autoantikörper gegen citrullinierte Proteine/Peptide(CCP-AK) und gegen RF. Im Vergleich zum RF besitzen Antikörper gegen CCP bei gleicher Sensitivität (Anti-CCP: 79%, RF:78%) eine deutlich höhere Spezifität(anti-CCP: 96%, RF 60-80%).Sie werden sehr früh im Verlauf der Erkrankung beobachtet und haben einen hohen prognostischen Wert.
Bemerkung	-
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	ANA
Letzte Änderung	07/2023
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 366 CEA

CEA

LOINC-Code	2039-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CEA
Referenzbereich	< 5 µg/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenz- Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK= 3,3% (4,9 µg/l)
Literatur	Tumor biol. 16:32-41 (1995)
Indikation	Erkennung einer Tumorprogredienz im postoperativen Verlauf kolorektaler Karzinome, Differentialdiagnose von Lebertumoren.
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum: Bei 2 – 8° C bis zu 7 Tagen stabil
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Das carcinoembryonale Antigen (CEA) ist ein tumorassoziiertes Antigen. Da CEA aber auch normaler Bestandteil der kolorektalen Schleimhaut ist und darüber hinaus auch in anderen Epithelien vorkommt ist die Bezeichnung carcinoembryonal etwas irreführend.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 366 CEA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 277 von 845	

	Die diagnostische Sensitivität von CEA bei kolorektalem Karzinom wird in Abhängigkeit vom Dukes-Stadium zwischen 20-85% angegeben. Erhöhte CEA-Konzentrationen finden sich auch bei Mammakarzinom, Magen-, Pankreas-, Bronchial-, Ovarial- und Cervixkarzinomen im fortgeschrittenen Tumorstadium und vor allem bei metastasierenden Carcinomen. Erhöhte CEA-Werte werden auch bei Rauchern, entzündlichen Erkrankungen der Leber, der Lunge und entzündlichen gastrointestinalen Erkrankungen gemessen. Der CEA Assay wird nicht als Screeningtest für Krebserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Die Verwendung des CEA Assays als Zusatztest für die Prognose und als Hilfsmittel bei der Behandlung von Krebspatienten ist jedoch allgemein anerkannt.
Bemerkung	Nicht als Screeningtest geeignet
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5188
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 367 Chlorid serum

Chlorid / Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial

LOINC-Code	S: 2075-0 PD: 39467-6 SM: 2072-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Chlorid, Chloride /PD, Chlorid/SM
Referenzbereich	Serum: Neugeb.: 98.-113 mmol/l danach: 95- 107 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit Ionenselektiver Elektrode
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,3% (98,6 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: 975-6
Indikation	Störung des Elektrolythaushaltes, Berechnung Anionenlücke
Präanalytik	<u>Stabilität der Proben:</u> Serum: 20-25°C: 1 Woche 2-8°C: 1 Woche -20°C: > 1 Jahr
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Bromide, Jodide täuschen erhöhte Cl Werte vor.
Klinische Info	Chloride stellen das wichtigste Anion im Extrazellulärraum dar, sie bilden das Gegengewicht zum Natrium, dem wichtigsten Kation des Extrazellulärspaces. Veränderungen des Chlorids in der Blutflüssigkeit erfolgen daher oft gemeinsam mit

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Veränderungen des Natriums, d.h. Erhöhungen der Chloridkonzentration im Blut gehen oft mit Erhöhungen des Natriums im Blut einher. Chloride haben damit große Bedeutung für die Regulation des Wasserhaushalts des Organismus, weiters für das elektrische Potential der Zellen und die Nervenleitung, den Herzrhythmus und die Muskelarbeit. Auch für den Säure-Basenhaushalt des Körpers sind Chloride wichtig. Der größte Teil des über die Nahrung aufgenommenen Chlorids wird resorbiert und der Überschuss mit anderen Ionen über die Niere ausgeschieden. Generell geht die Chloridkonzentration im Serum mit der Natriumkonzentration parallel.

Ursachen einer Hyperchloridämie:

- Starker Flüssigkeitsmangel
- Hyperaldosteronismus, Hyperparathyreoidismus (ohne Hybernatriämie)
- Nierenerkrankungen (renale tubuläre Azidose)
- Medikamente

Ursachen einer Hypochloridämie:

- Starkes Schwitzen
 - Starkes Erbrechen, Diarrhoe
 - Medikamente (Diuretika, Etacrinsäure, Furosenid, Chlorthiacid))
 - Niereninsuffizienz
- Übermäßige Wasserzufuhr

Bemerkung

Bestimmung der Anionenlücke (= Natrium - Chlorid - Bikarbonat; normal 8-16 mmol/l) für die Differentialdiagnose metabolischer Azidosen.

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5208

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 368 Chlorid U

Chlorid/Urin

LOINC-Code	2078-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Chlorid/U
Referenzbereich	Kleinkinder 0,2-1,0 mmol/kg/24h Ältere Kinder 1,5-4,0 mmol/kg/24h Jugendliche und Erw. 110-250 mmol/24h
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit Ionenselektiver Elektrode
Messungenauigkeit	VK = ≤ 1,4 % (218 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994
Indikation	Therapieverlauf metabolische Alkalose
Präanalytik	24-Stunden-Urin ohne Zusatz sammeln, Menge in Diagnosezeile eintragen
Probenmaterial	Haltbarkeit CL im Urin : 2-8°C: 7 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Die Bestimmung von Chloriden im Harn hat besonders als ergänzende Information zu den Chloridbefunden im Blut Bedeutung z. B: Sind die Chloride im Blut erniedrigt und im Harn nicht (deutlich) vermindert, spricht dies dafür, dass Chlorid über die Niere verloren geht.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 368 Chlorid U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 283 von 845	

	Sind die Chloride in Blut und Harn vermindert, liegen die Verluste außerhalb der Niere. z.B: bei extrarenalen Chlorid-Verlusten (Erbrechen, Diarrhoe), Hyperaldosteronismus, auch unter der Behandlung mit Corticosteroiden, Acetazolamid, Diazoxid. Erhöhte Chlorid-Werte finden sich bei Salzverlustnephritis, Nebennierenrindeninsuffizienz, unter der Behandlung mit verschiedenen Diuretika, und/oder Digitalisglykosiden..
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	ASK 5208
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 369 Cholesterin gesamt

LOINC-Code	S: 2093-3 SM: 12183-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cholesterin, Cholesterin/SM
Referenzbereich	Serum: > 2 Jahre: <200 mg/dl Sekundärprävention < 175 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzymatische Farbtest (CHOD-PAP Methode)
Messungenauigkeit	VK = 1,6% (129,2 mg/dl)
Literatur	Clin.Chem.Clin.Biochem. 1984; 22:245 L. Thomas : Labor und Diagnose 6. Auflage/2005
Indikation	Früherkennung Artherosklerose-Risiko Therapiekontrolle bei Behandlung mit lipidsenkenden Medikamenten
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial: <u>Stabilität der Proben:</u> Cholesterin / Serum 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Nicht bekannt

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Cholesterin ist ein Bestandteil von Zellmembranen und auch Vorstufe von Steroidhormonen und der Gallensäure. Es wird von Körperzellen produziert und mit der Nahrung aufgenommen. Der Transport von Cholesterin im Plasma erfolgt über Lipoproteine, das sind Komplexe aus Lipiden und Apolipoproteinen. Es gibt 4 Klassen von Lipoproteinen: Lipoproteine hoher Dichte HDL, niedriger Dichte LDL, sehr geringer Dichte VLDL und Chylomikronen. Während LDL zum Cholesterintransport zu den peripheren Zellen beiträgt, sind HDL für die Entfernung von Cholesterin aus den Zellen zuständig. LDL Cholesterin ist an der Bildung artherosklerotischer Plaques in den Arterien beteiligt und mit koronarer Herzkrankheit assoziiert. Erhöhte LDL-Werte weisen auch bei normalem Cholesterin auf ein erhöhtes Risiko hin. HDL-Cholesterin hat einen schützenden Effekt. Die Senkung von Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin reduzieren das Risiko für KHK deutlich.

Bei erhöhtem Gesamtcholesterin mit hohem LDL steigt das Risiko für Arteriosklerose, insbesondere das Risiko für Erkrankungen der Herzkranzgefäße (Angina Pectoris, Myocardinfarkt), aber auch Schlaganfall (Apoplexie), Nierenschädigungen und Durchblutungsstörungen.

Hypercholesterinämie: Gesamtcholesterin >200 mg/dl

- Genetisch bedingte Ursachen
- Ernährung
- Hypothyreose
- Stauung der Gallenflüssigkeit innerhalb der Leber (z.B. Gallensteine)
- Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Angeborene Stoffwechselstörungen
- Medikamente

Hypocholesterinämie:

- Tumore
- Polytrauma
- Schwere Operationen
- Chronische Infektionen
- Hyperthyreose
- Lebererkrankungen

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

HDL, LDL - Cholesterin

Letzte Änderung

20.4.2012

Verrechnungsinfo

laut ASK 5210

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 370 Cholinesterase

Cholinesterase

Anforderungscode	2098-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cholinesterase
Referenzbereich	w 4000 - 12000 U/l m 5100 – 11700 U/l
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzymkinetischer Test (Substrat = Butyrylthiocholin)
Messungenauigkeit	VK 1,2% bei 6135 U/L
Literatur	J.Clin.Chem.Clin.Biochem. 1992; 30:163-70
Indikation	Verdacht auf Leberparenchymschaden mit eingeschränkter Funktion, Vergiftungen
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	<u>Serum: Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 1 Woche 2-8°C: 2 Wochen -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hyperbilirubinämie > 20 mg/dl
Klinische Info	Cholinesterasen sind eine Gruppe von Enzymen, die bevorzugt Ester des Cholins oder des Thiocholus spalten. Im Körper kommen verschiedene CHE vor. Klinisch diagnostisch relevant ist nur die in der Blutflüssigkeit vorkommende CHE = Acylcholin-Acylhydrolase = CHE II = S-TYP.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 370 Cholinesterase Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 290 von 845	

	Die CHE wird in der Leber gebildet. Normale Werte im Serum sind deshalb von einer adäquaten Funktion der Leberzellen abhängig. Eine isolierte CHE-Messung hat wenig Aussagekraft, aber ein kontinuierlicher Abfall spricht für eine Verschlechterung der Leberfunktion und ein Anstieg ist als Zeichen der Verbesserung bzw. der erfolgreichen Behandlung zu werten. Generell sollten im Rahmen der Diagnostik von Lebererkrankungen auch andere Leberparameter bestimmt werden. <u>Erhöhung der CHE-Aktivität:</u> bei Diabetes Mellitus, Fettleber, Hyperlipoproteinämie und Nephrotischem Syndrom. <u>Erniedrigte CHE-Werte:</u> Lebererkrankungen, Schädlingsbekämpfungsmittel, Pilzvergiftungen, Medikamente Ein angeborener CHE-Mangel kann im Rahmen einer Narkose (Cave Muskelrelaxanzien vom Succinyl-Typ) von Bedeutung sein.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	20.04.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5211
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 371 CK

CK

LOINC-Code	2157-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CK
Referenzbereich	w: < 168 U/l m: < 200 U/l
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzym-kinetischer Test / NAC (N-acetyl-L-cysteine)
Messungenauigkeit	VK 3,9% (136,8 U/l)
Literatur	J.Clin.Chem. Lab. Med. 2002; 40:635-42
Indikation	Verdacht auf Herzmuskelschädigung, Skelettmuskelerkrankung, Therapiekontrolle von TumorpatientInnen
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 15-25°C: 1 Tag 2-8°C: 7 Tage -20°C: 4 Wochen
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Creatinkinase koppelt Phosphate an Kreatin und dient zur Energiegewinnung der Muskelzellen (Aufbau des ATP Adenosintriphosphat). CK kommt besonders in den Muskelzellen und in den Zellen des Gehirns vor. CK ist ein Enzym, das aus Isoenzymen besteht. Es liegt im Serum als CK-MM (Skelettmuskel), CK-MB (Herzmuskel, CKBB (glatter Muskel, Hirn) sowie als Makroenzym vor. Erhöhte Werte treten daher besonders bei Herzmuskelschäden und

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Skelettmuskelerkrankungen auf. Beim Gesunden stammt die CK-Aktivität im Blut fast ausschließlich aus der Skelettmuskulatur.
Nach einer akuten Schädigung der Muskulatur beginnt die Gesamt-CK im Blut anzusteigen und erreicht bei 50% der Patienten nach 4-5 Stunden pathologische Werte. Im diagnostischen Zeitfenster von der Stunde 8 bis 24 nach Infarktbeginn steigen die Werte an, bevor sie mit individuellen Schwankungen in den Referenzbereich abfallen.
Eine Erhöhung der Gesamt-CK (>250 U/l) spricht für das Vorliegen einer Herzmuskelschädigung.
Sehr stark erhöhte CK-Werte sprechen für eine Schädigung der Skelettmuskulatur.

CK ist erhöht bei:

- Herzmuskelschädigungen wie MCI, Angina Pectoris, Myocarditis, Verletzungen, OP am Herzen
- Skelettmuskelschädigungen wie - akute Muskelerkrankungen (Entzündungen der Muskulatur, Medikamente, Drogen, Krämpfe, Training)
- chronische Muskelerkrankungen (erbliche Muskelerkrankungen, Autoimmunerkrankungen der Muskulatur, Medikamente, Alkoholismus, Injektionen)

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

Troponin I

Letzte Änderung

04/2012

Verrechnungsinfo

laut ASK 5625

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 508 CMV_DNA

CMV-DNA/Edta/Liquor PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code	Edta: 33006-8 Liquor 30326-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cytomegalievirus DNA qn. (CMV-DNA/ PCR)
Referenzbereich	Quantitative Analyse; normalerweise wird keine CMV-DNA nachgewiesen
Referenzbereich gültig ab	19.9.2010
Methode	Real Time PCR
Messungenauigkeit	Linearität: Plasma 30 bis 100.000.000 IU/mL; LoD=30IU/mL Präzision <0,29 Log IU/mL
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage,Th-Books Verlagsgmbh 2005:1677
Indikation	Früh- und Verlaufsdagnostik (Viruslast), Therapiemonitoring, Relapsraten, Differentialdiagnostisch; nach Organ- oder Knochenmarktransplantation
Präanalytik	• 24 Stunden bei Raumtemperatur • 72 Stunden bei 2° bis 8° Celsius • -> längere Lagerung -18° bis -22° Celsius
Probenmaterial	EDTA_ Plasma, Liquor
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Hämolyse, Heparin
Klinische Info	CMV ist ein dsDNS-Virus und gehört zur Familie der Herpesviren. Es besteht eine hohe Durchseuchungsrate, 50-60% der Erwachsenen sind seropositiv. Die Übertragung kann durch Tröpfchen- oder Schmierinfektion, selten durch Transfusion

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 508 CMV_DNA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 296 von 845	

	oder Organtransplantation, intrauterin oder perinatal erfolgen. Nach der Primärinfektion bleibt CMV latent im Organismus und es kann aufgrund einer chronischen oder vorübergehenden Immunsuppression zu einer Reaktivierung oder einer Sekundärinfektion kommen. Die klinische Manifestation ist unterschiedlich und hängt hauptsächlich von der Zellimmunität der erkrankten Person ab. Bei gesunden Personen verläuft die Primärinfektion in den meisten Fällen inapparent. Es können sich aber auch Symptome zeigen wie mononukleoseartige Zustände sowie fieberhafte und wenig charakteristische Krankheitsbilder, DD abzuklären gegenüber Toxoplasmose oder Virushepatitis. Bei Immunschwäche oder -suppression ist die primäre, aber auch die reaktivierte Cytomegalie eine gefürchtete Infektionskrankheit (Sepsis, Pneumonie, Retinitis, Blutbildungsstörungen, Transplantatabstoßung).
Bemerkung	-
Bereich	Infektion /Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	01/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5262
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 372 CO - Hämoglobin

CO Hämoglobin

LOINC-Code	20563-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CO-Hämoglobin
Referenzbereich	<1,5%
Referenzbereich gültig ab	09.2010
Methode	Hämoximetrie
Messungenauigkeit	-
Literatur	L. Thomas (Hrsg) Labor und Diagnose 6.Aufl. (2005)
Indikation	V.a. Kohlenmonoxidvergiftung
Präanalytik	Die biologische Halbwertszeit bei normaler Lungenfunktion von CO – Hb beträgt 1 – 2 Stunden
Probenmaterial	Heparinisiertes arterielles Vollblut
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall
Störfaktoren	Hypertriglyceridämie stört
Klinische Info	CO besitzt eine über 200-fache Affinität zum Hämoglobin als Sauerstoff. Lebensbedrohlich ist eine CO - Beladung von etwa 50%. Bei exzessivem Nikotinabusus können Werte bis zu 10% CO – Hb gemessen werden.
Bemerkung	-
Bereich	Akut
Folgeparameter	pO ₂ ,pCO ₂ ,pH

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 372 CO - Hämoglobin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 299 von 845	

Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5187
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 373 Cocain U

Cocain/Urin

LOINC-Code	3398-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cocain/U
Referenzbereich	Entscheidungsgrenze (Cutoff): < 299 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	homogener Elisa Multigent (Nachweis Benzoylecgonin)
Messungenauigkeit	Gesamt VK $\leq$ 10 %
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Verdacht auf Drogenmissbrauch, Intoxikation
Präanalytik	Möglichst frische Proben analysieren
Probenmaterial	Urin: <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 5 Tage -20°C bei längerer Aufbewahrungszeit
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Es ist bei der Probennahme darauf zu achten, dass es zu keinerlei Manipulationen des Urins kommen kann.
Klinische Info	Nachweis des Konsums von Cocain

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Cocain ist eine häufig verwendete Droge, die nach oraler Zufuhr rasch vor allem in der Leber metabolisiert und innerhalb von 4 Stunden als **Benzoylecgonin (Hauptmetabolit) mit dem Urin ausgeschieden wird. Der Nachweis von Benzoylecgonin deutet auf den Konsum von Cocain hin.**

Cocain - Metabolite können auch noch mehrere Tage nach Konsum im Urin ausgeschieden werden.

Wirkung:

C. verursacht starke Euphoriegefühle, gesteigerte Leistungsfähigkeit und Aktivität. Es kommt zu einer Störung der Gefühle für Hunger, Durst und Müdigkeit. Atem-, und Pulsfrequenz sind erhöht, ebenso der Blutdruck. Die Pupillen weiten sich. Es treten Halluzinationen, Desorientierung, Nervosität, Aggressivität und Krämpfe auf.

Nach dem Abklingen der Wirkung folgen meist Depressionen.

Das extreme Hochgefühl sowie das schnelle Abklingen der Wirkung steigern das Abhängigkeitspotential der Droge erheblich.

Bemerkung

Der Assay liefert lediglich ein vorläufiges analytisches Messergebnis – Zur Bestätigung dieses Ergebnisses muss die Probe mit Hilfe eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/Massenspektrometrie GC/MS) untersucht werden. Screeningtest,

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

Bestätigungstest

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5970

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 373 Cocain U
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 303 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 374 Coeruloplasmin

Coeruloplasmin

LOINC-Code	2064-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Coeruloplasmin
Referenzbereich	0,22 – 0,6 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	VK = ≤ 3,3% (0,19 g/l)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:953
Indikation	Verdacht auf M. Wilson (neuropsych. Symptomatik), hypochrome-mikrocytäre,-Eisen-refraktäre Anämie, (Verdacht auf nutritiven CU – Mangel), Menke - Syndrom
Präanalytik	Serum rasch zentrifugieren.
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2° - 8°C 7 Tage Bei -20°C 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	starke Lipämie
Klinische Info	Coeruloplasmin ist das entscheidende Transportprotein für Kupfer im Blut. Beim Morbus Wilson und beim Menke-Syndrom (erblichen Störungen des Kupferstoffwechsels), ist die Coeruloplasmin-Konzentration im Serum, vor allem bei homozygoten Merkmalsträgern stark erniedrigt. Dem Morbus Wilson liegt eine genetisch bedingte Ausscheidungsstörung von Kupfer in die Galle zugrunde. In der Folge kommt es zur Speicherung von Kupfer in den Hepatozyten. Sind alle Bindungsstellen im Zytoplasma dieser Zellen abgesättigt, wirkt das freie Cu toxisch.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Dies führt zu mitochondrialen Strukturveränderungen, veränderter Proteinsynthese und letztendlich zur Nekrose der Hepatozyten. Kommt es im Krankheitsverlauf zur raschen massiven Freisetzung von Cu ins Blut, ergibt sich das Bild des akuten M. Wilson mit Hämolyse und das kann in ein fulminantes Leberversagen übergehen. Coeruloplasmin-Erniedrigungen treten auch bei Leberinsuffizienz und Proteinverlust-Syndromen auf. Erhöhungen der Coeruloplasmin-Serumkonzentrationen werden bei Akut-Phase-Reaktionen, bei Einnahme hormonaler Kontrazeptiva und bei Cholestase beobachtet.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5230

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 375 Cortisol im Serum

Cortisol/Serum

LOINC-Code	2143-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cortisol
Referenzbereich	Morgen (7:50 - 9:00 Uhr): 6,2 – 19.4 µg/dl
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenz Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,6% (7,53 µg/dl)
Literatur	Magiakou et al., J Endocr. Invest (2002) 25: 181
Indikation	Nebennierenrindenfunktion
Präanalytik	Stressfreie Abnahme am Morgen (7:50 bis 9:00 Uhr)
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8° C 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	zirkadianer Rhythmus (hoch am Morgen, am Abend niedrig), kann unter oraler Kontrazeption und in der Schwangerschaft erhöht sein. Kreuzreaktionen: Prednisolon, Allotetrahydrocortisol, 6ß - Hydrocortisol, Corticosteron, 11-Deoxycortisol, Cortison, Prednison, Dexamethason, Betamethason
Klinische Info	Cortisol ist das wichtigste humane Glucocorticoid des Menschen und wird in der Nebennierenrinde unter ACTH Stimulation synthetisiert. Die Produktion und Sekretion von Cortisol durch die Nebenniere werden durch einen negativen Rückkoppelungsmechanismus innerhalb der Hypothalamus – Hypophysen – Nebennierenrindenachse kontrolliert. Für die klinische Diagnostik von Störungen eben dieser Hypothalamus – Hypophysen – NNR Achse hat sich die Bestimmung von Gesamtcortisol, nachfolgend als Cortisol bezeichnet, durchgesetzt,

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 375 Cortisol im Serum
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 309 von
845

	Cortisol ist im Rahmen von M.Cushing, Stress, oraler Kontrazeption und Schwangerschaft erhöht, während M. Addison und eine Glucocorticoid-Therapie die Cortisol Konzentration im Serum erniedrigen.
Bemerkung	siehe auch ACTH
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	ACTH
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5234
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2657 C-Peptid

Parameter: C-Peptid

LOINC-Code	47595-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	c-Peptid basal
Referenzbereich	basal: 0,8 – 4,2 ng /ml
Referenzbereich gültig ab	7/14
Methode	CLIA (Sandwich Chemilumineszenz-Immunoassay)
Messungenauigkeit	VK <6%
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 8.Auflage; 2012
Indikation	Differenzierung d. Hypoglykämiesyndroms; Hypoglycaemia factitia; Bestimmung der Insulinreserve bei Diabetikern unter Insulintherapie; Insulinom; Metabolisches Screening bei Diagnosestellung eines polyzystischen Ovarialsyndroms.
Präanalytik	Blutentnahme nüchtern (ca. 12 h Nahrungskarenz),
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Bei der Insulin-Synthese kommt es zu einer Spaltung von Proinsulin in das biologisch inaktive C-Peptid (Connecting Peptide, 31AS, 3018 Dalton) und Insulin, welche anschließend in äquimolaren Mengen in das Blut sezerniert werden. Die HWZ d. C-Peptids beträgt mit 30min ca. 6mal so lang wie die des Insulin und ist damit besser zur Beurteilung der beta-Zellen geeignet. Die Ausscheidung erfolgt über die Niere (CAVE: wesentl. längere HWZ bei Pat. mit CKD).
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Für die
Stadt Wien

Dokumentnummer. 2657 C-Peptid
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 312 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Insulin
Letzte Änderung	-
Verrechnungsinfo	ASK;5167
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 28.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 376 CRP

C-reaktives Protein (CRP)/Serum, im Sondermaterial

LOINC-Code	S: 1988-5 SM:16503.-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CRP, CRP/SM
Referenzbereich	< 5mg/l im Serum
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Latexverstärkter turbidimetrischer Test
Messungenauigkeit	VK = 2,15% (51 mg/l)
Literatur	Lehrbuch der Klin. Chem. und Pathobiochem. Schattauer 1995; 245
Indikation	Diagnose und Verlaufsbeobachtung von Infekten, Erhebung von infektiösen Komplikationen (z.B. postoperativ, Chemotherapie)
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial <u>Stabilität der Proben:</u> Serum: 2-8°C: 2 Monate -20°C: 3 Jahre
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	CRP wird in der Leber gebildet und gehört zu den <u>Akut-Phase-Proteinen</u> (Proteine, die bei entzündlichen Abwehrreaktionen im Körper vermehrt im Blut auftreten). Es steigt in Folge der Freisetzung inflammatorischer Zytokine wie z.B. IL-6 an. Die Erhöhung der CRP-Konzentration

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

im Serum ist immer Indikator einer Entzündung. Maligne Tumoren wie z.B. M. Hodgkin oder Nierenzellkarzinome können gleichfalls diese Zytokine bilden und eine akute Phase-Reaktion auslösen. CRP steigt rasch an (bereits nach 6 Stunden) und fällt auch relativ rasch wieder ab. Bei Virusinfektionen ist es kaum oder viel geringer erhöht als bei bakteriellen Infekten. Die Höhe der CRP-Konzentration im Blut lässt Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Erkrankung und deren Schwere zu.

Erhöhte CRP-Werte finden sich:

Leichte Erhöhungen bei lokalen oder leichten Entzündungen wie:

- Bronchitis
- Harnwegsinfekt
- MCI etc.

Höhere Werte sprechen für akute Entzündungen oder akute Schübe chronischer Entzündungen wie:

- Sepsis
- bakterielle Hirnhautentzündung
- Mandelentzündung
- Bakterielle Lungenentzündung
- akute Pankreatitis
- Autoimmunerkrankungen
- Tumore
- Schweren Operationen
- Rheumatischen Erkrankungen im akuten Stadium etc.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 376 CRP Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 316 von 845	

Letzte Änderung	20.4.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5168
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 377 Cyfra 21-1

Cyfra 21-1

LOINC-Code	25390-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CYFRA 21-1
Referenzbereich	< 3.3 µg/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Elektro Chemi Lumineszenz Immuno Assay (ECLIA)
Messungenauigkeit	Präzision 4,7% bei 2,68 µg/l)
Literatur	Rastel D.: CYFRA 21 – 1 a sensitive and specific new tumour marker for squamous cell lung cancer Eur J. Cancer 1994; 69; 601 - 6
Indikation	Differentialdiagnose unklarer Lungenrundherde, Therapiekontrolle und Verlaufskontrolle von nicht kleinzelligem Bronchus- und Harnblasenkarzinomen
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8°C 4 Wochen
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Cytokeratine sind Untereinheiten der epithelialen Intermediärfilamente. CYFRA 21 – 1 kommt besonders häufig im Lungengewebe vor und wird hier speziell bei malignen Lungentumoren beschrieben. Damit ist CYFRA 21 – 1 ein Marker von hoher Relevanz beim Bronchialkarzinom. Die Hauptindikation von CYFRA 21 – 1 ist die Verlaufskontrolle nicht kleinzelliger Bronchialkarzinome. Beim muskelinvasiven Blasenkarzinom ist CYFRA 21 – 1 ebenfalls für die Verlaufsbeobachtung geeignet. Leicht erhöhte CYFRA 21 – 1 Werte können auch bei gutartigen Lebererkrankungen und niereninsuffizienten Patienten gefunden werden.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Für die
Stadt Wien

Dokumentnummer. 377 Cyfra 21-1
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 319 von
845

Klinische Info	Heterophile Antikörper im Serum des Patienten können zu Interferenzen mit dem Assay führen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5254
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 378 CYSTATIN-C

Cystatin - C

LOINC-Code	33863-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cystatin - C
Referenzbereich	< 60J 0,5 – 0,96 mg/l > 60J 0,7 - 1,2 mg/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Turbidimetrischer Immunoassay
Messungenauigkeit	bei 0,58mg/l CV:2,1%
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 6.Auflage 2005
Indikation	Nierenfunktion
Präanalytik	Stabilität: 7 Tage bei 2 – 8° C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Cystatin – C ist ein Proteinaseinhibitor der Cystatin Superfamilie. Cystatin – C ist in allen Organen und kernhaltigen Zellen vorhanden und wird kontinuierlich in relativ konstanter Rate gebildet. Die hohe diagnostische Sensitivität in der Beurteilung der Nierenfunktion beruht auf folgenden Tatsachen: × Cystatin – C wird zu 94% glomerulär filtriert × Nach der glomerulären Filtration wird Cystatin – C von proximalen Tubuluszellen metabolisiert und nicht in intakter Form rückresorbiert. × Eine Sekretion von Cystatin – C aus renalen Gefäßen in die Tubuli erfolgt nicht bei intaktem Tubulusepithel

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Cystatin – C ist damit besonders geeignet eine eingeschränkte Nierenfunktion bei Diabetes mellitus, Hypertonie und Hepatopathien zu bewerten. Weiters ist Cystatin – C ein hervorragender Marker um die renale Funktion in der Posttransplantationsphase und unter Zytostatika – Therapie zu überwachen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	5629 ASK
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 379 DAO

DIAMINOOXIDASE

LOINC-Code	60438-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	DAO
Referenzbereich	> 10 U/ml
Referenzbereich gültig ab	07/2010
Methode	ELISA
Messungenaugigkeit	Intraassay: mittlerer CV 1,93%
Literatur	Lüthy J, Schlatter C: biogene Amine in Lebensmitteln. Jarisch, Reinhart: Histamin – Intoleranz. Stuttgart, New York, Thieme
Indikation	V.a. Histamin- Intoleranz
Präanalytik	Haltbarkeit bei 4° C bis zu 2 Tage lang 3 Wochen bei -20°C
Probenmaterial	Serum oder EDTA - Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämische und hämolytische Proben können zu fehlerhaften Ergebnissen führen. Die Diagnose einer Histamin – Intoleranz ist bei anaphylaktischem Schock und in der Schwangerschaft nicht möglich, weiters beeinflussen die Einnahme von bestimmten Medikamenten und Alkohol ebenfalls den Messwert.
Klinische Info	Das Enzym Diaminoxidase (DAO) kann Histamin abbauen. DAO wird in der Hauptsache im Dünndarm, der Leber, in den Nieren und in den Leukozyten gefunden. In der Gravidität wird DAO zusätzlich in der Plazenta gebildet. Schwangere haben damit einen wesentlich höheren Blut- DAO- Spiegel als Nicht-Schwangere. Daher kann der Blut- DAO-Spiegel in

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	der Gravidität nicht zur Diagnose einer Histaminintoleranz herangezogen werden. Histamin- Intoleranz wird definiert durch ein Ungleichgewicht zwischen Histamin und dem Histamin – abbauenden Enzym Diaminoxidase. Die typischen Symptome der Histamin-Intoleranz sind Kopfschmerzen und Diarrhoe, aber auch Migräne, speziell im Zusammenhang mit Nahrungsmittel- Aufnahme, weiters Asthma bronchiale und Herzrhythmusstörungen, Hypotonie, Urticaria. Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen haben meist eine reduzierte DAO-Aktivität auf Grund des Zustands der Darmmucosa und der DAO produzierenden Enterozyten.
Bemerkung	-
Bereich	< 3 U/ml Histamin-Intoleranz 3 -10 U/ml V.a. Histamin-Intoleranz > 10 U/ml Diaminoxidase in ausreichender Konzentration vorhanden
Folgeparameter	Allergiediagnostik
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5495
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 545 D-Dimer quant.

D-Dimer quantitativ

LOINC-Code	30240-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	DDIM
Referenzbereich	< 0,5 mg/l
Referenzbereich gültig ab	01.01.2010
Methode	Latex-Immunoassay
Messungengenauigkeit	<10% (VK%), Vertrauensbereich(Linearität) im auto-rerun mode: 0,20 -128 mg/l
Literatur	Ann Clin Biochem 1992;29:22-42, Thromb Haemost 1994;71:1-6, Br J Haematol 1988;68:91-96, Thromb Haemost 1999, 82:878-886
Indikation	Zustände mit intravasaler Gerinnungsaktivierung, sek. Fibrinolyse, Ausschluss einer venösen Thromboembolie, Vd. a. Thrombophilie
Präanalytik	Citrat - Röhrchen unmittelbar nach der Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine und Notfall
Störfaktoren	Rheumafaktoren, stark lipämisches Plasma

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 545 D-Dimer quant. Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 328 von 845	

Klinische Info	Erhöhte D-Dimerspiegel entstehen bei der Fibrinolyse(Spaltung) von quervernetztem, Faktor XIII stabilisiertem Fibrin. Auf Grund des negativen Vorhersagewertes von ca. 98% eignet sich der Test zum relativ sicheren Ausschluss einer akuten Pulmonalembolie (PE) bzw. tiefen Venenthrombose (TVT). Erhöhte Werte können unter anderem bei Akutphasen, Entzündungen, Lebererkrankungen, Neoplasien, Traumen, DIC, Thromboembolien oder physiologisch während der Schwangerschaft gefunden werden.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung Routine und Gerinnung Spezial
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	30.06.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6195
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 380 DHEAS

Dehydroepiandrosteron-Sulfat (DHEA-S)

LOINC-Code	2191-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	DHEA-S
Referenzbereich	weiblich: 11 - 14 Jahre 8,6 – 169,8 µg/dl 15 - 19 Jahre 61,2 – 493,6 µg/dl 20 - 24 Jahre 134,2 – 407,4 µg/dl 25 - 34 Jahre 95,8 – 511,7 µg/dl 35 - 44 Jahre 74,8 – 410,2 µg/dl 45 - 54 Jahre 56,2 – 282,9 µg/dl 55 - 64 Jahre 29,7 – 182,2 µg/dl > 65 Jahre 33,6 – 78,9 µg/dl männlich: 11 - 14 Jahre 16,6 – 242,7 µg/dl 15 - 19 Jahre 45,1 - 385 µg/dl 20 - 24 Jahre 238,4 – 539,3 µg/dl 25 - 34 Jahre 167,9 – 591,9 µg/dl 35 - 44 Jahre 139,7 – 484,4 µg/dl 45 - 54 Jahre 136,2 – 447,6 µg/dl 55 - 64 Jahre 48,6 – 361,8 µg/dl >65 Jahre 228,5 – 283,6 µg/dl
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenz – Mikropartikelimmuno-Assay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 7,41% (10,7 µg/dl)
Literatur	Hatch R et al. Am J Obstet Gynecol (1981) 140: 815, Goldfien A, Moroe SE In: Basic and Clinical Endocrinology (Greenspan FS, Baxter eds, 4th ed, 1994) Chapter 10
Indikation	Hyperandrogenämie
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Stabilität bei 2 – 8° C 8 Tage

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 380 DHEAS Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 331 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Das mit Schwefelsäure konjugierte Dehydroepiandrosteron (DHEA-S) wird in der Nebenniere (NNR) aus 17-Hydroxypregnenolon gebildet. Es ist ein schwach wirksames Androgen und kann zu Androstendion und Testosteron metabolisieren. Der DHEA-S Spiegel unterliegt kaum circadianen Schwankungen und eignet sich deshalb als <u>direkter Indikator der adrenalen Androgenausschüttung</u>, ist aber altersabhängig (sinkende Produktion mit fortschreitendem Alter) und geschlechtsabhängig (Männer haben gegenüber gleichaltrigen Frauen höhere Werte). Der DHEA-S Assay ist zusammen mit Testosteron der Initialtest in der Diagnostik einer Hyperandrogenämie bzw. bei Hirsutismus, Virilismus und polycystischem Ovar Syndrom. Erhöhte DHEA-S Werte findet man nur im Falle einer adrenalen Ursache z. B. Nebennierenrindentumoren, der seltenen 3β-Hydroxysteroid – Dehydrogenase Defizienz oder beidseitiger NNR-Hyperplasie. Bei der <u>primären NNR-Insuffizienz</u> ist DHEA-S vermindert.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Testosteron (T)
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5269
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 28.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 381 Digitoxin Serum

Digitoxin

LOINC-Code	3559-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Digitoxin
Referenzbereich	Therapiebereich: 10 – 25 µg/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Latex Inhibitionstest (QUANTIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,3% (23,0 µg/l)
Literatur	Clin.Chem. 1986;32:1637
Indikation	Therapiemonitoring, Intoxikation
Präanalytik	Nativblut vor Applikation der nächsten Dosis entnehmen
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> Proben möglichst frisch verwenden 2-8°C: 2 Tage -20°C: über 2 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 381 Digitoxin Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 334 von 845	

Klinische Info	Digitoxin ist wie Digoxin ein <u>Herzglycosid</u>, das zur Behandlung von Herzinsuffizienz und bestimmten Arrhythmien eingesetzt wird. Wie beim Digoxin ist der Therapiebereich eng und die Toxizitätsschwelle kann von Patient zu Patient schwanken. Deshalb ist die Bestimmung des Serum-Digitoxinspiegels wichtig, um eine Überdosierung zu vermeiden. Die Halbwertszeit beträgt 6-8 Tage (nimmt man kein Digitoxin mehr ein, sinkt der Digitoxinspiegel im Blut erst nach 6-8 Tagen um die Hälfte). Digitoxin wird in der Leber metabolisiert, aus etwa 10% der verabreichten Dosis entsteht dabei Digoxin. <u>Die Blutentnahme soll</u> vor der nächsten Einnahme erfolgen. <u>Zu hohe Digitoxinwerte führen zu:</u> Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Seh- und Sprachstörungen, Halluzinationen
Bemerkung	Handelspräparate sind z.B. Digimerck, Digimed, Digicor usw.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5280
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 382 Digoxin Serum

Digoxin

LOINC-Code	10 535-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Digoxin
Referenzbereich	Therapeutischer Bereich (Talspiegel, vor nächster Dosis): 0,8 – 2,0 µg/l Potentiell toxischer Bereich: > 2,0 µg/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Homogener partikelverstärkter turbidimetrischer Inhibitions-Immunoassay
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,9%% (1,52 ng/l)
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Therapiemonitoring
Präanalytik	Nativblut entnehmen, vor Applikation der nächsten Dosis.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> Proben möglichst frisch verwenden 2-8°C: 48 Stunden -20°C: 7 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Bilirubin > 20 mg/dl
Klinische Info	

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Digoxin ist ein Herzglycosid (Gruppe von herzwirksamen Stoffen pflanzlicher Herkunft) und wird zur Behandlung von Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz und einigen Herzrhythmusstörungen eingesetzt. Im Rahmen dieser Therapie stellt die Toxizität ein häufig vorkommendes, ernstes Problem dar. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Herzglycoside eine geringe therapeutische Breite besitzen. Die Symptome einer Digoxin-Intoxikation unterscheidet sich oft nicht von den Symptomen der ursprünglichen Erkrankung – daher ist unter Umständen nicht sofort erkennbar, ob eine Unter- oder Überdosierung vorliegt.

Da die Digitaliswirkung von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist (z. B. Arzneimittel-Interaktionen, die Digoxintoleranz ist herabgesetzt bei Säure-Basenverschiebungen oder bei frischem Myocardinfarkt etc.) überlappen sich der therapeutische und der toxische Bereich der Digoxinkonzentration. Die Interpretation der Serumwerte ist deshalb nur unter Berücksichtigung des gesamten klinischen Bildes sinnvoll.

Die Halbwertszeit beträgt 1-2 Tage, die Proteinbindung 20 - 40%

Zu hohe Digoxinwerte führen zu: Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Seh- und Sprachstörungen, Halluzinationen.

Bemerkung

Handelspräparate sind z.B. Lanitop, Lanicor, Novodigal usw.

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5281

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36735 Direkter Coombstest DCT

Direkter Coombs Test (DCT)

LOINC-Code

dzt. nicht online möglich!

1007-4 (Direkter Coombs Test polyspezifisch)
55776-9 (Direkter Coombs Test IgG-spezifisch)
55775-1 (Direkter Coombs Test IgA-spezifisch)
55777-7 (Direkter Coombs Test IgM-spezifisch)
56471-6 (Direkter Coombs Test C3c-spezifisch)
55774-4 (Direkter Coombs Test C3d-spezifisch)
34477-0 (Blutgruppen Antikörperdifferenzierung Elution)
19066-0 (Kommentar Blutgruppenserologie)

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

BLUTGRUPPENBEFUND

Referenzbereich

Nicht zutreffend

Gültig ab

2016

Methode

Automatisiert: Ortho Vision ® Max, Ortho Vision ®
Manuell: Säulenagglutination Methode, Röhrchen Methode bei Notfällen und Diskrepanzen

Messungenaugigkeit

Bei 2 Zellpopulationen, bei hämato-onkologischen Erkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, bei
Autoimmunerkrankungen, bei St.p. Transplantationen

Literatur

ÖGBT Standards Immunhämatologische Untersuchungen bei Patient*innen Oktober 2015; Kiefel, V. (2011):
Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. Berlin; Daniels G.(2013): Human Blood Groups. UK; AABB (2020):
Technical Manual

Indikation

Neugeborenblut, Abklärung von Transfusionsreaktionen, Abklärung von Hämolysen und Autoimmunerkrankungen

Präanalytik

Identitätsabfrage: Patient*innen Name und Geburtsdatum muss mit der Probenkennung
(Namensetikette oder ID Nummer) übereinstimmen. Störfaktor: Hämolyse.

Probenmaterial

Vacurette EDTA Blut oder Nativ Blut ohne Gel mindestens 6 bis 10 ml aus der Vene.
Das Probenmaterial muss innerhalb von 3 Stunden im Blutdepot einlangen.
Nach Abschluss der Untersuchung wird das Original Röhrchen mindestens 14 Tage gekühlt bei 2-8°C aufbewahrt.

Analysendauer/Frequenz

Routine 10 Minuten. Frequenz: 24/7.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36735 Direkter Coombstest DCT Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 340 von 845	
Störfaktoren	Starke Hämolyse und Lipämie, Medikamente wie Heparin, Plasmaexpander, i.v. Immunglobuline, Humane Monoklonale Antikörper wie Daratumumab	
Klinische Info	Der Direkte Coombs Test (DCT) oder auch Direkter Antihumanglobulin Test (DAT) dient zum Nachweis von Antikörpern und Komplementfaktoren, die sich in vivo an die Patient*innen Erythrozyten gebunden haben. Das Einsatzgebiet und die Befundinterpretation des direkten Coombs Testes sind je nach klinischer Fragestellung unterschiedlich, daher sind die Anforderung und die folgenden Untersuchungen mit Ärzt*innen im Blutdepot abzuklären. Die Hämagglutination stellt die Grundlage der Untersuchungsverfahren in der Blutgruppenserologie dar und mit diversen Techniken und Reagenzien werden letztendlich die Ergebnisse erzielt. In den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (ÖGBT 2015) sind die Standards der immunhämatologischen Untersuchungen bei Patient*innen bundesweit festgelegt worden und diese werden kontinuierlich einer Evaluierung durch ein Expertengremium unterzogen.	
Bemerkung	-	
Bereich	Blutdepot	
Folgeparameter	Elution, (Adsorption), Antikörperdifferenzierung, Kälteagglutinine, Genetik	
Letzte wesentliche Änderung	2016	
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5013, 5011, 5026, 6281	
Kontakt	Institut für Labormedizin, Tel. 01/80110-2202	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 383 Direktes Bilirubin

Direktes Bilirubin

LOINC-Code	1968-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Bilirubin, direktes
Referenzbereich	< 0,2 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	03/2010
Methode	Diazoreaktion (Jendrassik-Graf)
Messungenauigkeit	Gesamt VK < 5 % VK 4,1 (0,41 mg/dl) = 2,0% (0,7 mg/dl)
Literatur	Biochem.Z. 1938; 297:81
Indikation	Differentialdiagnose des Ikterus
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen. Probenmaterial vor Lichteinfall schützen
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> Serum 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Konjugiertes Bilirubin ist sehr lichtempfindlich. Starke Hämolyse stört.
Klinische Info	Direktes (glucuronisiertes) Bilirubin zu bestimmen ist nur sinnvoll, wenn die Konzentration des gesamten Bilirubins >2.0 mg/dl ist. Erhöhte Werte finden sich bei posthepatischem Ikterus. Bilirubin entsteht beim Abbau von Hämoglobin. Vermehrter Abbau führt daher zwangsläufig zur Hyperbilirubinämie (z.B. Malaria, hämolytische Anämien, Transfusionen). Auch intra- und posthepatische Defekte aller Art bewirken einen Anstieg.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Das freie B. = indirekte B. = unkonjugiertes Bilirubin ist wasserunlöslich, zum Transport zur Leber bindet es an Albumin. Dort wird unkonjugiertes Bilirubin an Glucuronsäure gekoppelt und es entsteht wasserlösliches, konjugiertes B. = direkte Bilirubin, dieses wird über die Gallenwege in den Darm abgegeben. (oder über die Nieren in den Harn ausgeschieden – aber nur bei Leberschädigungen oder gestörtem Gallenabfluss, das heißt beim Gesunden ist Bilirubin im Harn nicht nachweisbar)

Werden zu viele Erythrozyten abgebaut, entsteht vor allem zu viel Indirektes=unkonjugiertes Bilirubin. Liegt hingegen ein Leberschaden vor oder ist der Abfluss der Galle verhindert, ist im Blut vor allem zu viel Konjugiertes=direktes Bilirubin vorhanden.

Hyperbilirubinämie:

- Prähepatischer Ikterus:
 - übermäßige Zerstörung roter Blutkörperchen (Hämolyse)
 - Anämien wegen Vitamin B12 oder Folsäuremangels führen zur Produktion von Erythrozyten, die sehr bald wieder abgebaut werden
- Hepatischer Ikterus:
 - bei Lebererkrankungen: Hepatitis, Lebercirrhose, Lebercarcinom, Alkoholschädigung der Leber, Medikamente etc
- Posthepatischer Ikterus:
 - Blockierung des Gallenabflusses (durch Steine, Tumore etc.)
- Gilbert-Meulengracht-Syndrom:
 - relativ häufig vorkommende leichte Bilirubinerhöhung, die meist harmlos ist.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 383 Direktes Bilirubin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 344 von 845	

	• Neugeborenen/Frühgeborenenikterus
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5129
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 546 dRVVT

dRVVT (Dilute Russell's Viper Venom Time)

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	dRVVT
Referenzbereich	dRVVT Screen: 25,00-35,0 sec dRVVT Confirm: < 35 sec LA-(Standard) Ratio < 1,30 LA-N(ormalized) Ratio < 1,20
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Koagulometrische Methode
Messungenauigkeit	<5%
Literatur	Blood 1986, 68:869-874 Blood Coag Fibrinol 1990, 1:259-266 J Autoimmunity 2000, 15:173-178, Thromb Haemost 1995; 74:1185-90, J Thromb Haemost 2009; 7:1737-40, Clin Chem 2010; 56:6,930-40.
Indikation	Abklärung verlängerter APTT, Verdacht auf Lupusantikoagulans im Rahmen der Thrombophiliediagnostik
Präanalytik	Röhrchen möglichst ungestaut abnehmen und unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Orale Antikoagulantientherapie (herkömmliche Vitamin K Antagonisten sowie auch neue orale Antikoagulanzen: anti-IIa und anti-Xa Hemmer), Heparin, Akutphase, virale Infekte,
Klinische Info	Das im Test eingesetzte Schlangengift der Viperi russelli aktiviert direkt den Gerinnungsfaktor X. Das Testergebnis ist daher unabhängig von den Faktoren VII, VIII, IX, XI und XII. Verlängerte Gerinnungszeiten können bei Lupushemmstoffen, bei Defizienz/Dysfunktion der Gerinnungsfaktoren I, II, V oder X, sowie durch Heparin bedingt sein.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Bemerkung	Die dRVVT kann nicht als Einzeltest angefordert werden, sondern wird im Rahmen der Anforderung "Lupusantikoagulanz" durchgeführt. Der dRVVT Test wird mit höherer Phospholipid-Konzentration als „dRVVT-Confirm“ LA-Bestätigungstest durchgeführt und der Quotient der beiden Tests (in Abhängigkeit von Normalplasma) als Quotient LA-Ratio (bzw Normalized LA-Ratio) als Beurteilungsgrundlage ausgewiesen. Ergebnisse im grenzwertigen Bereich und pathologische Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden und sind kontrollpflichtig (12 Wochen) --> siehe Sapporo/Sydney Kriterien (J Thromb Haemost 2006;4:295-306)
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5693
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3248 ds-DNA Autoantikörper (Crithidien)

Parameter: ds- DNA Autoantikörper(Crithidien)

LOINC-Code	5130-0 ds DNA Elisa 34187-5 dsDNA Crithidien IF
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	dsDNA AK dsDNA AK Ti IF CL
Referenzbereich	0-10 U/mL ; <1:20 Titer
Referenzbereich gültig ab	03/2016
Methode	EIA(Enzym-Immuno Assay), Immunfluoreszenz
Messungenauigkeit	Händische Methode
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 8.Auflage; 2012 S. 1444
Indikation	V.a. systemische Kollagenosen
Präanalytik	Lagerung: max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämische , hämolytische oder kontaminierte Proben
Klinische Info	dsDNA Antikörper werden bei 50-60% der Patienten mit SLE, bei 20-30% mit Sjögren Syndrom, bei 20-25% bei Mischkollagenosen (MCTD).Hohe Titer von ds DNA AK sind spezifisch für SLE
Bemerkung	Es werden immer beide Methoden durchgeführt (Elisa und IF)
Bereich	Autoimmundiagnosetik

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3248 ds-DNA Autoantikörper (Crithidien) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 350 von 845	

Folgeparameter	ENA Subsets
Letzte Änderung	04/2017
Verrechnungsinfo	ASK 5106
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 147 durchflusszytometrische Analysen (Typisierung)

Durchflusszytometrische Analysen (Typisierungen) mit Spezialfärbungen Hämatologie

LOINC-Code

Im Bereich Routine: **753** (CD64); **778** (HLA-DR); **758** (CD34);
 Im Bereich Spezialuntersuchungen – Spezielle Hämatologie: **100** (Leukozytentypisierung Peripherblut);
99 (Knochenmarktypisierung); **145** (BAL Lymphozytentypisierung);
 Bitte in Diagnosezeile genaue klinische Angaben eintragen, ggf. telefonische Rücksprache unter Klappe 2656 !

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

Typisierung Knochenmark (TYP KM), Typisierung Peripherblut (TYP), Typisierung Bronchoalveolarlavage (TYP BAL),
 Typisierung Liquor (TYP), Stammzellmessung (CD34/Stammzellenmessung), CD64- Quantifizierung auf Granulozyten
 (CD64/Granulozyten), HLA-DR – Quantifizierung auf Monozyten (HLA-DR/Monozyten), CD20 Therapiekontrolle (TYP)

Referenzbereich

Nur gültig für Lymphozytensubpopulationen, alle anderen Zellpopulationen werden an Hand der Expressionsstärke verschiedenster Antigene beschrieben.

Analyse	Referenzbereich	Einheit
CD3 <T-Zellen>	55 - 83	%
CD3 abs.	0,7-2,1	G/l
CD19	6-19	%
CD19 abs.	0,1-0,5	G/l
CD3/CD4 T-Helferzellen	28-57	%
CD3/CD4 abs	0,300-1,400	G/l
CD3/CD8 T-Suppressorz.	10-39	%
CD3/CD8 abs	0.200-0.900	%
CD3/HLA-DR akt.T-Zellen	2-12	G/l
CD3/HLA-DR abs.	0.030-0.200	%
NK-Zellen	7-31	G/l
NK-Zellen abs.	0.09-0.6	%
Zytotoxische T-Zellen	1-12	G/l
Zytotoxische T-Z. abs	0.02-0.22	%
CD57/CD8 akt.Zellen	2-21	%
CD57/CD8 abs.	0.030-0.300	G/l

Referenzbereich gültig ab

09/2010

Methode

FACS-Analyse;
 Partikel werden mittels hydrodynamischer Fokussierung durch einen Laserstrahl transportiert und aufgrund von Lichtstreuung und Fluoreszenzmerkmalen analysiert.
 Multiparameteranalyse von suspendierten Einzelzellen (Partikel), konjugiert mit max. sechs fluoreszenzmarkierten Antikörpern, die einzeln an einem Laserstrahl vorbeigeführt werden; gemessene Merkmale sind relative Partikelgröße, relative Granularität, interne Komplexität und relative Fluoreszenzintensität; Messung und Analyse durch ein gekoppeltes optisch-elektronisches System.

Messungenauigkeit

% Zellen

Abweichung

	<table> <tr><td>> 60</td><td>10</td></tr> <tr><td>50 – 60</td><td>15</td></tr> <tr><td>40 – 50</td><td>20</td></tr> <tr><td>30 – 40</td><td>25</td></tr> <tr><td>20 – 30</td><td>30</td></tr> <tr><td>10 – 20</td><td>40</td></tr> <tr><td>0 – 10</td><td>50</td></tr> </table>	> 60	10	50 – 60	15	40 – 50	20	30 – 40	25	20 – 30	30	10 – 20	40	0 – 10	50
> 60	10														
50 – 60	15														
40 – 50	20														
30 – 40	25														
20 – 30	30														
10 – 20	40														
0 – 10	50														
Literatur	WHO Classification Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues; Zelluläre Diagnostik, U. Sack, A. Tárnok; Hämatologische Erkrankungen, Löffler, Haferlach;														
Indikation	Unklare Blutbildveränderungen, z.B. Leukozytose (insbes. Lymphozytose), Leukopenie, atypische Zellpopulationen im Differentialblutbild, Panzytopenie, Leukämien, Lymphome, Plasmazellerkrankungen, PNH, reaktive Erkrankungsbilder (virale Infekte, z.B. HIV), Autoimmunerkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CD64- und HLA-DR-Rezeptordichte), Therapiekontrollen (z.B. CD20, CD52)														
Präanalytik	EDTA-Blut bei Raumtemperatur 48h haltbar Knochenmark, Bronchioalveolarlavage, Liquor, Aszites und Lymphknotenbiopsie können nur frisch bearbeitet werden														
Probenmaterial	Mind. 3 ml EDTA-Blut, Knochenmark, Bronchioalveolarlavage, Liquor, Aszites, Lymphknotenbiopsie														
Analysendauer/Frequenz¹	Routine														
Störfaktoren	Angeronnene Probe, Lyseresistenz der Erythrozyten, Kälteagglutinine														
Klinische Info	Die Phänotypisierung von Blutzellen stellt die häufigste Anwendung der durchflusszytometrischen Untersuchungen dar. Diese Technik gestattet durch Markierung mit Fluorochrom-markierten Antikörpern die Expressionsanalyse zellulärer														

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Antigene. Durch die Auswahl relevanter monoklonaler Antikörper ergeben sich charakteristische Expressionsmuster, die die Klassifizierung verschiedenster Erkrankungen erleichtern. (CD-Nomenklatur - Cluster of Differentiation, WHO-Klassifikation).

Die „state of the Art“ **Diagnostik der akuten Leukämie** beruht auf einem Zusammenspiel der Methoden Zytomorphologie inklusive Zytochemie, Immunphänotypisierung, Chromosomenanalyse, FISH und Molekulargenetik.

Die **Zytomorphologie** gehört zusammen mit der **Immunphänotypisierung** und eventueller Zytochemie (Peroxidase und Esterase) in jedem Fall zur Standard-Diagnostik. Sie dient der Sicherung der Diagnose und ist erforderlich zur Klassifikation nach FAB und WHO. Mittels Immunphänotypisierung kann zum Zeitpunkt der Diagnose ein „spezifischer Phänotyp“ der leukämischen Blasten gefunden werden, der unter Therapie zum Nachweis von **minimaler Resterkrankung** genutzt werden kann.

Gerade bei Verlaufskontrollen unter Therapie stellt die Durchflusszytometrie daher neben der zytomorphologischen Remissionsbeurteilung mittlerweile einen großen Stellenwert dar.

Die Diagnose einer **chronisch lymphatischen Leukämie** wird auf dem Boden der zytomorphologischen und der durchflußzytometrischen Untersuchung schon vielfach im peripheren Blut oder Knochenmark gestellt. Die Immunphänotypisierung dient der sicheren Abgrenzung der CLL vor allem von anderen reifen B-Zell-Neoplasien, aber auch von T-Zell-Neoplasien und akuten lymphatischen Leukämien.

Die CLL weist einen typischen Immunphänotyp auf mit einer Koexpression von CD5 und den B-Zell-assoziierten Antigenen CD19, CD20 und von Ig mit einer klonalen Leichtkettenrestriktion. Die bei der CLL in der Regel vorhandene Positivität für CD23 erlaubt z.B. die Unterscheidung vom Mantelzelllymphom.

Bei Verdacht von verschiedenen hämatologischen Verdachtsdiagnosen, z.B. MDS, erlaubt die multiparametrische Durchflußzytometrie, für die verschiedenen Linien Granulopoese, Monozytopoese und Erythropoese auch Dysplasiezeichen in Form aberranter Antigen-Expressionsmuster qualitativ zu beurteilen. Weiterhin ist Quantifizierung von Blasten möglich, hier besteht meist auch eine hohe Korrelation zu zytomorphologischen Befunden. Die Befunde der

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 147 durchflusszytometrische Analysen (Typisierung) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 356 von 845	

	Immunphänotypisierung können insbesondere bei zytomorphologisch schwierig einzuordnenden Fällen wertvolle diagnostische Informationen liefern.
Bemerkung	Bei Verdacht auf hämatologische Erkrankungen wird je nach morphologischem Bild, dass vor der durchflusszytometrischen Untersuchung begutachtet wird, der entsprechende Antikörper-Ansatz nach neuestem Wissensstand festgelegt. Zytochemische Spezialfärbungen werden eventuell unterstützend zur Diagnostik verwendet (Eisenfärbung).
Bereich	Hämatologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	Nach Zahl der durchgeführten Färbungen – pro Ansatz
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 509 EBV-DNA

Epstein Barr Virus /PCR		Molekularbiologischer Nachweis	
LOINC-Code	Vollblut-EDTA: 32585-2 Liquor : 23858-4		
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	EBV-DNA/Edta Plasma EBV-DNA/Liquor PCR		
Referenzbereich	Quantitative Analyse (normalerweise wird keine EBV-DNA nachgewiesen)		
Referenzbereich gültig ab	22.9.2010		
Methode	Real Time PCR		
Messungenauigkeit	Linearität Plasma 10 bis 400.000.000; LoD=20 IU/mL Präzision < 0,26Log IU/mL		
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage,Th-Books Verlagsgmbh 2005:1680		
Indikation	Bestimmung der Viruslast, Risikoabschätzung, Therapieentscheidung und Kontrolle		
Präanalytik	• 24 Stunden bei Raumtemperatur • 72 Stunden bei 2° bis 8° Celsius • -> längere Lagerung –18° bis –22° Celsius		
Probenmaterial	Vollblut (EDTA), Liquor		
Analysendauer/Frequenz ¹	Spezialanalyse		
Störfaktoren	Hämolyse, Heparin		
Klinische Info	EBV ist ein humanspezifisches, B-lymphotropes Herpesvirus. Übertragung: Tröpfcheninfektion, oraler Schleimhautkontakt, Speichel; Eintrittspforte: Rachen. Durchseuchung Erwachsener 80 – 90% Inkubationszeit 4-6 Wochen.		

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Verlauf der akuten Infektion in der Kindheit symptomarm. Im Jugend- bzw. Erwachsenenalter in 30-50% „infektiöse Mononukleose“ (Pfeiffer'sches Drüsenfieber) mit Lymphknotenschwellung, Fieberschüben, Angina, Pneumonie, Hepatitis, eventuell: Exanthem, selten: Meningitis, Enzephalitis, Myokarditis. Auch bei schwerem Verlauf langfristige Prognose gut. Infektreaktivierung meist subklinisch, bei immungeschwächten bzw. immunsupprimierten Patienten (HIV, Malaria) geht eine hohe Viruslast häufig mit einer Proliferation der B-Lymphozyten einher.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion/ Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	lt. ASK 5324 [2010]
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 384 Eisen

Eisen/ Serum

LOINC-Code	2498-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Eisen
Referenzbereich	W: 50 - 170 µg/dl M: 65 - 175 µg/dl
Referenzbereich gültig ab	04/2010
Methode	Ferene-Methode ohne Enteiweissung
Messungenauigkeit	VK = 1,3% (64 µg/dl)
Literatur	Clin.Biochem. 1981;14: 311 - 315
Indikation	V.a. Eisenmangel, V.a. Eisenüberladung oder Eisenverwertungsstörung
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 3 Wochen -20°C: > 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	EDTA, Hämolyse und starke Lipämie
Klinische Info	Eisen dient dem Sauerstofftransport und ist für viele andere Zellfunktionen (z.B. Energiegewinnung) notwendig. Eisen wird mit der Nahrung aufgenommen. Eisen ist in den Erythrozyten (im Hämoglobin) und

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

in den Speicherorganen als Ferritin und Hämosiderin in Milz, Leber und Knochenmark zu finden. Im Muskel ist es als Myoglobin für die Sauerstoffspeicherung verantwortlich. Die Eisenkonzentration im Plasma unterliegt einem starken zirkadianen Rhythmus. Die Blutentnahme sollte deshalb immer zur gleichen Zeit erfolgen. Die Eisenbestimmung im Serum ist zur Abschätzung des Eisenstatus ungeeignet. Eisen unterliegt starken Tagesschwankungen und ist nahrungsabhängig. Deshalb ist der Eisenwert alleine nicht zur Diagnose „Eisenmangel“ geeignet - man sollte zusätzlich noch Ferritin, Transferrin, ev. die Transferrinsättigung mitbestimmen.

Der gesamte Eisengehalt des menschlichen Organismus beträgt beim Mann ca. 50 mg/kg Körpergewicht, bei der Frau ca. 35 mg/kg Körpergewicht (geringerer Körperbestand bei Frauen durch höhere Verluste bedingt: Menstruation, Schwangerschaft). Die Hauptmenge des Eisens befindet sich mit 67% im Hämoglobin, auf das Depoteisen vor allem Ferritin entfallen ca. 30% beim Mann und weniger bei der Frau. 3-4% sind im Myoglobin, ca. 0,1% in Enzymen und ca. 0,1 – 0,2% im Plasma an Transferrin gebunden.

Im Plasma wird Eisen vor allem an Transferrin gebunden transportiert, die Transportkapazität des Transferrins wird nur zum Teil genutzt, weniger als ein Drittel des Transferrins ist normalerweise mit Eisen gesättigt. Depot - Eisen wird intrazellulär in Ferritin und Hämosiderin gespeichert. Das Ausmaß der Eisenspeicherung ist vom Eisenangebot abhängig.

Eisen stimuliert die Apoferritinsynthese. Der intrazelluläre Eisengehalt besitzt einen regulatorischen Einfluss sowohl auf die Ferritinsynthese als auch wahrscheinlich auf die Sekretion ins Blut. Die Konzentration des Ferritins im Serum korreliert normalerweise gut mit der Gesamtmenge des mobilisierbaren Speichereisens im Organismus. Die Serumkonzentration des Ferritins bei Eisenmangelanämie ist gewöhnlich < 12µg/l, kann aber bei Hämochromatose oder Hämosiderose auf > 10.000 µg/l steigen

Erhöhte Eisenwerte:

- Hämochromatose (Erbkrankheit mit unregelmäßiger, zu großer Eisenaufnahme aus dem Darm)
- Anämien

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 384 Eisen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 363 von 845	

	• Hämolysen • Leberschäden <u>Erniedrigte Eisenwerte:</u> • Blutverluste über den Darm (z.B. Polypen, Tumore) • Blutverluste über den Harn (z.B. Nieren- oder Blasenentzündungen) • Ungenügende Eisenaufnahme mit der Nahrung • Verluste durch starke Monatsblutung • Eisenverteilungsstörungen • Erhöhter Eisenbedarf in der Schwangerschaft • Wachstumsschübe bei Jugendlichen <u>Typischer Eisenmangelbefund:</u> Ferritin und Eisen erniedrigt Transferrin erhöht
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	26.1.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5302
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 385 Elektrophorese

Elektrophorese/Serum

LOINC-Code

24351-9

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

Elektrophorese

Referenzbereich

Albumin:	53,1 – 66,4 %
< 60	35 – 50 g/l
> 60	34 – 48 g/l
α 1 Globulin:	3,2 – 5,7 %
< 60	2,0 – 4,7 g/l
> 60	1,9 – 4,6 g/l
α 2 Globulin:	7,5 – 12,4 %
< 60	4,8 – 10,2 g/l
> 60	4,6 – 10,0 g/l
β 1 Globulin:	5,2 – 8,1 %
< 60	3,3 – 6,7 g/l
> 60	3,2 – 6,5 g/l
β 2 Globulin	3,4 – 6,5 %
< 60	2,1 – 5,39 g/l
> 60	2,1 – 5,26 g/l
Gamma Globulin:	10,3 – 19,6 %
< 60	6,5 – 16,2 g/l
> 60	6,3 – 15,8 g/l

Referenzbereich gültig ab

09/2010

Methode

Kapillarelektrophorese

Messungenauigkeit

Gesamt - VK für alle Fraktionen < 6%

Literatur

Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 385 Elektrophorese Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 366 von 845	

	R. Lichtinghagen, D. Pietsch : Evaluation of an Automated Capillary Electrophoresis System for Serum Protein Electrophoresis ClinLab. 2010; 56:119 - 126
Indikation	Eiweissverlustsyndrome, monoklonale Gammopathien Diagnose und Verlauf von akuten und chronischen Entzündungsreaktionen
Präanalytik	Stabilität bei 20 -25° C 1 Woche 2 - 8° C 1 Monat
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	der Einsatz von Plasma statt Serum bewirkt die Bildung eines Fibrinogen Extragradients im beta-gamma Bereich
Klinische Info	Die Serumproteine werden im Rahmen dieser Methode in 6 Fraktionen (Albumin, α1-Globulin, α2-Globulin, β1-Globulin, β2-Globulin und Gammaglobulin) aufgetrennt. 1. Albumin: macht ca. 60 % der Gesamtproteinkonzentration des Serums aus und ist für ca. 80 % des kolloidosmotischen Drucks verantwortlich. Die Halbwertszeit von Albumin beträgt etwa 19 Tage. Die Synthese dieses Proteins ist durch Aminosäuremangel und durch die IL-6 vermittelte Stimulation der Akut-Phase-Reaktion gehemmt. Erniedrigte Werte finden sich daher bei akuten und chronischen Entzündungen, Verbrennungen, Malignomen, Leberzirrhose, nephrotischem Syndrom, monoklonalen Gammopathien und in der Gravidität. 2. Die alpha1-Globulinfraction setzt sich im Wesentlichen aus alpha1-Antitrypsin, alpha1-Lipoprotein und saurem alpha1-Glykoprotein zusammen. Erhöhte Werte finden sich im Rahmen einer Akut-Phase-Reaktion, bei akuten Entzündungen, Verbrennungen, Myocardinfarkt, post-operativ, Gravidität und Malignomen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 28.08.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 385 Elektrophorese Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 367 von 845	

	3. Die alpha2-Globulinfraktion besteht in der Hauptsache aus alpha2-Makroglobulin, Haptoglobin und Apolipoprotein B. Erhöhte Werte finden sich im Rahmen einer Akut-Phase-Reaktion, post-Operativ, in der Gravidität, bei Malignomen und nephrotischem Syndrom. Hämolytische Seren verursachen einen Extragradien 4. Die Beta Globulinfraktion präsentiert Transferrin , Hämoexin, Komplementfaktor beta Lipoproteine und Immunglobuline. Erhöhte Werte finden sich bei Eisenmangelanämie, Hyperlipoproteinämie, Cholestase, Gravidität und Hyperlipoproteinämie. Erniedrigte Werte korrelieren mit exsudativen Enteropathien und A-beta-Lipoproteinämien 5. Die Gammaglobulin Fraktion setzt sich im Wesentlichen aus Immunglobulinen zusammen. Diese Fraktion ist im Besonderen bei Verdacht auf Dys- und Paraproteinämien zu beurteilen. Erhöhte Werte sind bei monoklonalen Gammopathien, Leberzirrhose, chronischen Entzündungen und Malignomen zu finden. Erniedrigte Werte werden v.a. im Rahmen des nephrotischen Syndroms gemessen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Immunfixation, CRP
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5875
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 37378 Erythropoetin

LOINC-Code	4542-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	EPO
Referenzbereich	M: 0,4 -2,68 g/L F: 0,63-2,73 g/L
Referenzbereich gültig ab	11/2024
Methode	CLIA
Messgenauigkeit	VK- 5,52 %
Literatur	Erslev AJ. "Erythropoietin." N Engl J Med. 1991; 324(19):1339-44. Jelkmann W. "Physiology and pharmacology of erythropoietin." Transfus Med Hemother. 2013; 40(5):302–9. Cazzola M. "Erythropoietin: physiology, use and misuse." Curr Opin Hematol. 2000; 7(3):123–30.
Indikation	Anämien unklarer Genese Polyglobulien (z. B. Polycythaemia vera vs. sekundäre Polyglobulie) Niereninsuffizienz (verminderte EPO-Produktion) Verdacht auf EPO-Doping (im Sport)
Präanalytik	Schnelle Zentrifugation, tiefgefroren bei längerer Lagerung Stabilität bei Raumtemperatur (20-25°C) 7 Tage, bei 2-8°C 7 Tage, bei -20°C 2 Wochen
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 37378 Erythropoetin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 370 von 845	

Störfaktoren	Hämolyse, Lagerzeit, Medikamente
Klinische Info	Erythropoetin ist ein in der Niere (selten auch in der Leber) produziertes Glykoprotein-hormon. Es reguliert die Bildung der roten Blutkörperchen durch Stimulation der Erythropoese im Knochenmark. Die EPO-Konzentration ist nur im Zusammenhang mit der Erythrozytenzahl, dem Hämoglobinwert und der klinischen Situation interpretierbar. Bei Blutarmut sollte der EPO-Wert adäquat erhöht sein. Eine nicht-adäquate EPO-Antwort kann auf eine zugrundeliegende Störung der Nierenfunktion oder des Regulationsmechanismus hinweisen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11/2024
Verrechnungsinfo	-
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 28.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 387 Ferritin

Ferritin

LOINC-Code	2276-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Ferritin
Referenzbereich	w: 9 - 140 µg/l m: 18 - 360 µg/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	ChemiLumineszenz MikropartikelImmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK = 5,6 % (145 µg/l)
Literatur	Acta Pediat. Scand. 67: 741-751, 1978 L. Thomas : Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Eisenmangel, Anämien, Überwachung einer Eisentherapie, Verlaufskontrolle Eisenmobilisation
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2 - 8°C 7 Tage -10°C bis 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	starke Lipämie
Klinische Info	Ferritin besteht aus einer Hülle von 24 Proteinuntereinheiten und einem Kern aus Eisen. Ferritin ist das Speicherprotein für Eisen. Es befindet sich im Inneren der Zellen, besonders in der Leber, Milz und im Knochenmark. Nur ein kleiner Teil gelangt in die Blutflüssigkeit.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Eisen stimuliert die Apoferritinsynthese – der intrazelluläre Eisengehalt besitzt einen regulatorischen Einfluss sowohl auf die Ferritinsynthese, als (wahrscheinlich) auch auf die Sekretion ins Blut. Die Konzentration des Ferritins im Serum korreliert normalerweise gut mit der Gesamtmenge des mobilisierbaren Speichereisens im Organismus. Die Serumkonzentration des Ferritins bei Eisenmangelanämie ist gewöhnlich $< 12 \mu\text{g/l}$, kann aber bei Hämochromatose oder Häm siderose auf $> 10.000 \mu\text{g/l}$ steigen

Erhöhte Ferritinwerte:

- Eisenüberladung z. B. bei Eisentherapie bzw. multiplen Transfusionen
- erbliche Eisenüberladung z.B. Hämochromatose (Eisenablagerungen im Gewebe)
- Anämien, die nicht durch Eisenmangel verursacht sind, können zur Ferritinerhöhung führen.
- Lebererkrankungen z.B. Lebercirrhose (Zellnekrosen eisenspeichernder Organe)
- Infekte
- Entzündungen
- Rheuma
- Tumore (bei manchen malignen Tumoren ist das Ferritin unabhängig vom Speichereisen erhöht)
- Hämolysepatienten

Erniedrigte Ferritinwerte:

Eisenmangel:

- Häufige Ursachen sind chronische Blutungen, zu geringe Mengen in der Nahrung, Verdauungsstörungen
- Schwangerschaft
- Kindesalter

Bemerkung

-

Bereich

Corelabor, Akut/Routine

Folgeparameter

Im Rahmen der Diagnostik eines Eisenmangels ist es sinnvoll auch Transferrin und die Transferrinsättigung zu bestimmen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 387 Ferritin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 374 von 845	

Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5348
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 557 Fibrinogen Clauss

Fibrinogen

LOINC-Code	3255-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Fibrinogen
Referenzbereich	2,40 – 5,00 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Koagulometrische Methode nach Clauss
Messungenauigkeit	VK = 5,5% bei 3g/l
Literatur	Acta Haematol 1957, 17:237-246, Bovill EG et al, Williams Hematology, L36:L87-88, Clin Chem 1970;6:486-494. Halbmayer WM et al., Clin Chem Lab Med 2012; 50:1601-5.
Indikation	Hepatopathie, DIC, (Hyper)Fibrinolyse, Blutungsneigung (Vd.a. Dys-, A-, Hypofibrinogenämie), Akutphase, Thrombophilie
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Fibrin(ogen)spaltprodukte, Dysfibrinogenämie, Heparin oder andere Thrombinhemmer (z.B. Argatroban, Dabigatran,...)
Klinische Info	Fibrinogen (=Faktor I) wird in der Leber synthetisiert und hat eine Halbwertszeit von 3 - 5 Tagen. Mit dem Test wird das gerinnbare Fibrinogen erfasst
Bemerkung	Bei Anwesenheit von großen Mengen an Fibrin(ogen)spaltprodukten (z.B. bei DIC oder Fibrinolyse) sowie bei Patienten unter Pradaxa(Dabigatran) oder Argatroban können zu niedrige Werte gemessen werden.
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 557 Fibrinogen Clauss Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 377 von 845	

Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5353
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 388 Folsäure im Serum

Folsäure

LOINC-Code	2284-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Folsäure
Referenzbereich	4.6 – 18.7 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Ion capture Assay
Messungenauigkeit	VK 7% $\leq$ (7,88ng/ml)
Literatur	L. Thomas 6.Auflage/2005
Indikation	Verdacht auf Folsäure-Mangel
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Haltbarkeit bei 2 – 8°C 2 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Folsäure ist von Bedeutung für die Synthese von Nukleinsäuren und DNA und eine normale Reifung und Entwicklung der Erythrozyten. Mangel führt zur megaloblastären Anämie. Da sowohl Vitamin B12 – wie auch Folatmangel Ursache für eine megaloblastäre Anämie sein können, wird die Bestimmung sowohl der Vitamin B12 wie auch Folatkonzentration zur eindeutigen ätiologischen Diagnose empfohlen. Symptome eines Folatmangels sind Diarrhoe, Stomatitis,

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 388 Folsäure im Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 380 von 845	

	Wachstumsstörungen,herabgesetzte immunologische Reaktion, Störung der Fertilität,angeborene Missbildungen wie Neuralrohrdefekte sowie neurologische und psychiatrische Störungen. Weiters kommt es zur Beeinträchtigung des Methionin-Stoffwechsels (Akkumulation von Homocystein). Mängel ergeben sich durch Malabsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen oder Alkoholismus und einseitige Ernährungsgewohnheiten begleitet von unzureichender Zufuhr. <u>Erhöhte Folsäurekonzentrationen</u> findet man bei Hämolyse, da die Folatkonzentration der Erythrozyten um das 40fache höher ist als im Serum.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Vit B12, Homocystein
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5372
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 558 Freies Protein S Antigen (immunologisch)

Protein S Antigen freies

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Protein S Ag, freies
Referenzbereich	Männer:67 -139% , Frauen: 60-114%)
Referenzbereich gültig ab	04/2016
Methode	Turbidimetrischer Immunoassay mit an Polystyrol-Partikeln gebundenen monoklonalen Antikörpern gegen freies Protein S
Messungenauigkeit	<5%
Literatur	Thromb Haemost 2002, 88: 975-83 Blood Coag Fibrinolysis 1994, 5: 187-192, Biochem J 1983;209:847-856, Biochemistry 1997;36:3745-3754. Clin Invest 1992; 70:529-34. Arch Pathol Lab Med 2002; 126:1349-66.
Indikation	Thrombophilie mit Verdacht auf angeborenen oder erworbenen Protein S Mangel
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken, Protein S ist unter oraler Antikoagulation mit VKA vermindert
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Akutphase, Schwangerschaft, hormonelle Kontrazeption, Menopausensubstitution (HRT), orale Antikoagulanzen (VKA)
Klinische Info	Protein S wird Vitamin K abhängig v.a. in der Leber und im Endothel synthetisiert und hat eine Halbwertszeit von 2-3 Tagen. Protein S kommt gebunden an C4b bindendes Protein und in freier Form vor (funktionell aktive Form). Gemeinsam mit aktiviertem Protein C werden die Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa inaktiviert. Verminderungen können angeborene Mangelzustände sowie erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) als Ursachen haben.
Bemerkung	C4b bindendes Protein ist ein akut-Phasen-Protein welches bei Entzündungen erhöht sein kann und dadurch einen erworbenen Protein S Mangel verursachen kann. Protein S ist bei Raumtemperatur ca. 4 Stunden stabil.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 558 Freies Protein S Antigen (immunologisch) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 383 von 845	

Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	04/2016
Verrechnungsinfo	laut ASK 5872
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 389 Freies PSA

Freies PSA (Prostata spezifisches Antigen)

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, Analyse wird automatisch bei erhöhtem gesamt PSA durchgeführt
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Freies PSA
Referenzbereich	10 – 30% des Ges. PSA Ratio FrPSA/GesPSA / Cutoff: 0,26 < 0,26 Verdacht a.CA
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelenzymimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK= 2,6% bei 0,136 µg/l)
Literatur	J. Urolol. 145: 907- 923(1991) L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Therapie und Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom. Früherkennungsuntersuchung zur Vorhersage des Risikos über das Vorliegen eines Prostatacarcinoms.
Präanalytik	Rektale Prostatauntersuchung, Prostatamassage, Feinadelbiopsie, Ultraschall können zu einem erhöhten PSA Wert führen. Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial Bei 2-8°C bis 24 Stunden stabil
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hetrophile Antikörper können zu Interferenzen führen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 389 Freies PSA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 386 von 845	

Klinische Info	PSA ist eine Serinprotease und wird hauptsächlich im Drüsenepithel der Prostata produziert. In der Prostata gebildetes PSA wird in hohen Konzentrationen in die Samenflüssigkeit sezerniert während im Blut nur niedrige PSA Konzentrationen nachgewiesen werden können. Der Großteil des PSA im Blut kommt in gebundener Form vor. Eine weitere immunologisch nachweisbare Form des PSA im Serum ist ungebundenes, d.h. freies PSA. PSA wird als Test zu Früherkennung, Verlauf und Therapiekontrolle des Prostatacarcinoms eingesetzt. Erhöhte PSA-Konzentrationen im Serum können auch bei benigner Prostatahyperplasie und Prostatitis auftreten. Liegt die PSA-Konzentration in einem Bereich von 4-10ng/ml ist die Bestimmung von freiem PSA ein wertvoller Zusatzparameter in der differentialdiagnostischen Risikoabschätzung auf das Vorliegen einer benignen Prostatahyperplasie oder das Vorhandensein eines Prostatakarzinoms. Der Prozentsatz von freiem PSA ist bei benigner Prostatahyperplasie höher als bei Patienten mit Prostatakarzinom. Bei einem cut-off Wert von 26% des Quotienten freies PSA zu Gesamt-PSA wird die diagnostische Sensitivität für das Prostatakarzinom mit 90% angegeben.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5376
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 390 FSH

FSH

LOINC-Code	15067-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	FSH
Referenzbereich	Männer: 0,95 - 11,95 mU/ml Frauen Follikelphase 3,03 - 8,08 mU/ml Ovulationsphase 2,5 - 16,69 mU/ml Lutealphase 1,38 - 5,47 mU/ml Postmenopause 26,72 – 133,41 mU/ml
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenz – Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	CV ≤ 3,6% (5,08 mU/ml)
Literatur	Johnson MR et al. Act Endocr (1993) 129: 121, Labor und Diagnose L.Thomas 6. Auflage 2005
Indikation	Amenorrhoe, Hypogonadismus, Klimakterium, PADAM (partielle Androgendefizienz des alternden Mannes)
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Stabilität bei 2° - 8° C bis zu 7 Tagen
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hetrophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	FSH und LH sind gonadotrope Hormone, die im Hypophysenvorderlappen produziert werden. Die Bildung und Freisetzung unterliegen dem hypothalamischen Releasing-Hormon LHRH. Positive und negative Rückkoppelungsmechanismen der Sexualsteroiden (Östradiol [E2], Progesteron bei der Frau bzw. Testosteron [T] beim Mann) und Inhibin modulieren die

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	pulsatile Freisetzung. Die Gonadotropine stimulieren synergistisch die Funktion der Gonaden (Ovarien und Testes). Beim Mann kontrolliert FSH die Synthese des testikulären Androgen-bindenden-Proteins und induziert in den Sertoli-Zellen die Spermatogonienentwicklung. Während der Kindheit sind die FSH Spiegel niedrig (1-2 mU/ml), sie steigen erst während der Pubertät an. Wenn FSH und LH dauerhaft erhöht sind, liegt eine primäre Ovarialinsuffizienz vor. Sind die Werte von FSH (und LH) bei Amenorrhoe erniedrigt oder im unteren Referenzbereich, besteht eine sekundäre Ovarialinsuffizienz. Bei Verlust der gonadalen Steroidproduktion (Klimakterium, Gonadendysgenese) steigt FSH rascher und deutlicher als LH an. DD gonadale-hypophysäre/ hypothalamische Störungen, Abklärung einer Amenorrhoe, PCO (polyzystisches Ovar), PADAM
Bemerkung	Die Einnahme oraler Kontrazeptiva führt wegen des negativen Feedbacks dieser Steroidhormone zu einer Abnahme der Gonadotropinspiegel.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	LH, Sexualsteroid
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5371
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2361 fT3

Parameter: fT3

LOINC-Code	3051 - 0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	fT3
Referenzbereich	1,71 – 3,71 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	1.10.2014
Methode	Chemilumineszenz Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	bei MW 3,16pg/ml. VK 4,5% MW 10,01pg/ml VK 5,0%
Literatur	Lothar Thomas: Labor und Diagnose / 8. Auflage –TH-Books
Indikation	Schilddrüsenfunktionsstörung
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C 6 Tage bei -10°C > 6 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Das Schilddrüsenhormon Trijodthyronin (T3) zirkuliert im Blut in einer Gleichgewichtsmischung aus freiem und proteingebundenem Hormon.. Die freie Fraktion stellt das physiologisch aktive Schilddrüsenhormon dar. fT3 wird diagnostisch als zusätzlicher Parameter im Rahmen der DD: Eu-, Hyper-Hypothyreose erhoben.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2361 fT3 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 392 von 845	

Bereich	Core Labor
Folgeparameter	TSH, fT4
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6045
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2362 fT4

Parameter: fT4

LOINC-Code	3024 - 7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	FT4
Referenzbereich	0,7 – 1,48 ng/dl
Referenzbereich gültig ab	1.10.2014
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	bei MW 0,72ng/dl VK 6,0% MW 1,25ng/dl VK 5,2%
Literatur	Lothar Thomas, Labor und Diagnose - 8. Auflage /TH - Books
Indikation	Schilddrüsenfunktionsstörung
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C bis zu 6 Tage -10°C > 6 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Thyroxin zirkuliert im Blut in einer Mischung aus freiem und an Protein gebundenem Hormon. Der geringere Anteil an freiem T4 ist mit dem physiologisch aktiven Hormon gleichzusetzen. FT4 wird diagnostisch zur Bewertung des Schilddrüsenstatus, ob es sich um eine Eu-, Hyper- oder Hyperthyreose handelt, herangezogen.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2362 fT4 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 395 von 845	

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	TSH, fT3
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6011
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 392 Gamma GT

Gamma - GT

LOINC-Code	2324-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Gamma - GT
Referenzbereich	w: < 38 U/l m : < 55 U/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Enzymkinetischer Test (entsprechend IFCC Empfehlungen)
Messungenauigkeit	Gesamt VK < 4,8%, VK $\leq$ 2,9% (46,2 U/l)
Literatur	Clin. Chem. Acta 1976; 72:205
Indikation	Screening auf Differentialdiagnose und Verlaufskontrolle von Erkrankungen der Leber und Gallenwege
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: >1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Bei Hämolyse vermindert
Klinische Info	GGT ist ein Enzym, das den Transfer von Aminosäuren von einem Peptid zum anderen durchführt. Die im Blut messbare GGT-Aktivität entstammt primär dem hepatobiliären System, daher ist das Enzym bei nahezu allen Leber- und Gallenwegserkrankungen erhöht. Eine normalwertige GGT bedeutet mit großer Sicherheit, dass keine Leber- und Gallengangserkrankungen vorliegen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erhöhte GGT-Werte:

- Akute und chronische Hepatitis
- Lebercirrhose
- Fettleber
- Lebertumore und Metastasen
- Gallestauung (Tumore, Steine etc.)
- Erkrankungen des Pancreas
- Alkohol
- Medikamente, Gifte

Die GGT Werte können bei intra- und posthepatischer Gallengangsobstruktion des 5 – 30 fache des Referenzbereichs erreichen, sind aber bei infektiöser Hepatitis nur mäßig erhöht (2 -5 fache des Referenzbereichs) – hier sind die Transaminasen diagnostisch sinnvoller.

Bemerkung	Achtung neue Referenzbereiche gültig ab 20.3.03 (37° Enzyme)
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5388
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 395 Glucose

Glucose/Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial

LOINC-Code	S: 2345-7 PD: 12628-4 SM: 2344-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Glucose, Glucose/PD, Glucose/SM
Referenzbereich	Serum: < 60 70 - 105 mg/dl (12h nüchtern) > 60 80 – 115 mg/dl > 70 83 – 110 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Hexokinase-Methode
Messungenauigkeit	VK = 2,15 (79,6 mg/dl)
Literatur	Bergmeyer HU, eds Methodes of encymatic analyses. Weinheim: Verlag Chemie 1984 Vol. IV: 163-72
Indikation	Suchtest Diabetes Mellitus (DM), Therapiekontrolle DM, Beurteilung KH-Stoffwechsel
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Serum und Plasma 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 7 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Ascorbat >40 mg/dl, Novamin >40 mg/dl, Methyldopa >20 mg/dl -50% vermindert.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Die Bestimmung der Blutglucose wird vor allem in der Diagnose und Behandlung des Diabetes Mellitus eingesetzt. Glucose im Blut ist der wichtigste Energieträger für die Zellen.

Die Aufnahme der Glucose erfolgt entweder durch die Nahrung (in Kohlenhydraten ist Glucose enthalten, die bei der Verdauung frei wird) oder durch Abbau der Glucose aus dem Glucosespeichern (Glucose wird vor allem in der Leber und im Muskel in Form von Glycogen gespeichert, auf das bei Bedarf zurückgegriffen werden kann).

Das Hormon Insulin (im Pankreas gebildet) reguliert die Verwertung und Speicherung der Glucose und senkt die Glucosekonzentration im Blut.

Auch andere Hormone steuern die Glucosekonzentration im Blut z.B. Glucagon, das den Glucosespiegel erhöht.

Der Glucosespiegel wird im Rahmen des Blutbefundes meist routinemäßig miterhoben, um einen Diabetes mellitus zu erkennen und dessen Verlauf zu beobachten.

Gültig für venöses Nüchtern-Plasma: < 76 mg/dl: Abklärungsbedürftige Hypoglykämie (Diabetes, Insulinom, Tumore, Urämie, Medikamente, Alkohol), 76 - 105 mg/dl: Diabetes mell. unwahrscheinlich, 110 - 200 mg/dl: Diabetes mell. fraglich, weitere Abklärungen erforderlich, > 200mg/dl: Diabetes mell. sehr wahrscheinlich.

"Blutzucker"-Werte aus kapillärem Vollblut sind systematisch höher, als Werte aus parallel entnommenem venösen Plasma.

Abhängig von den unterschiedlichen Untersuchungsmaterialien werden bei derselben Person zum gleichen Untersuchungszeitpunkt unterschiedliche Glucosekonzentrationen bestimmt – das muss bei der klinischen Bewertung beachtet werden.

Hyperglykämie:

- Diabetes Mellitus
- Erkrankungen des Pankreas
- Hormonstörungen
- Stresssituationen

Hypoglykämie:

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 395 Glucose Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 402 von 845	

	• Im Rahmen der Diabetestherapie (Medikamente gegen Diabetes mellitus) • Alkohol
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	HbA1c
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5405
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 394 Glucose L

Glucose/Liquor

LOINC-Code	2342-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Glucose/L
Referenzbereich	40 – 70 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Hexokinase-Methode
Messungenauigkeit	VK= <1,6% (60,4 mg/dl)
Literatur	Bergmeyer HU, eds Methodes of Encymatic Analyses, Weinheim:Verlag Chemie 1984 Vol. IV: 163-72
Indikation	Verdacht auf Meningitis
Präanalytik	-
Probenmaterial	Liquor Stabilität der Proben: 20-25°C: 5 Stunden 2 -8°C: 1 Tag
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Keine bekannt
Klinische Info	Bei Verdacht auf Meningitis bestimmt man die Glucose im Liquor um differentialdiagnostisch zwischen bakterieller und viraler Meningitis unterscheiden zu können. Bei bakterieller Meningitis (Tuberkulöse Meningitis) ist die Glucose im Liquor meistens vermindert. Eine erniedrigte Glucosekonzentration wird auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen gefunden (Meningealtumore, Sarkoidose, Subarachnoidalblutung)

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 394 Glucose L Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 405 von 845	

Bemerkung	Stets auch die Serumglucose bestimmen lassen da die LiquorGlucose stark von der SerumGlucoseKonzentration beeinflusst wird.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5405
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 396 Glukose U

Glucose im Urin - Teststreifen

LOINC-Code	5792-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Glucose / U Teststr.
Referenzbereich	< 15 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	04/2010
Methode	Hexokinase-Methode
Messungenauigkeit	VK = 0.8% (49.86 mg/dL)
Literatur	Z.Klin.Chem.Klin.Biochem. 1970;8:613
Indikation	Diagnostik und Therapiekontrolle eines Diabetes mellitus, Gravidität
Präanalytik	24-Stunden-Urin mit Zusatz (Natriumfluorid 0,5g/L) sammeln, Menge auf dem Anforderungsbeleg notieren, davon ca. 10 ml im Urinbecher ins Labor bringen.
Probenmaterial	3 ml Urin
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Glucose wird glomerulär filtriert und im Tubulussystem vollständig rückresorbiert. Das Glucose-Transportmaximum im Tubulussystem liegt bei 180mg/dl (Nierenschwelle). Überschreitet die Glucosekonzentration im Blut diesen Wert wird Glucose im Urin detektiert. Bei Diabetikern findet sich eine etwas erhöhte Nierenschwelle. In der Gravidität ist die Schwelle herabgesetzt. Eine Glucosurie bei normalen Blutglucosewerten spricht für einen renalen Diabetes.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 396 Glukose U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 408 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6508
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 397 GOT, ASAT

Aspartat-Aminotransferase (ASAT, GOT)

LOINC-Code	1920-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ASAT (GOT)
Referenzbereich	w: < 35 U/l m: < 50 U/l
Referenzbereich gültig ab	12/2019
Methode	Enzym-kinetischer Test (IFCC, mit Pyridoxalphosphat)
Messungenauigkeit	VK $\leq$ 2,4 (23 U/l)
Literatur	Clin. Chem. Lab. Med. 2003; 41:218
Indikation	Bei Hepatopathie, hämolytischen Erkrankungen, Lungeninfarkten, Skelettmuskelerkrankungen, Herzmuskelschädigung, verschiedene Arzneimittel.
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 4 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Erhöht bei Hämolyse
Klinische Info	Die Aminotransferasen, auch als Transferasen bezeichnet, katalysieren die reversible Umwandlung von α Ketosäuren in Aminosäuren. Sie sind Enzyme, die am Aminosäuremetabolismus beteiligt sind. <u>Hohe Konzentrationen von AST</u> findet man in der Leber, in Herz- und Skelettmuskel und in der Niere.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 397 GOT, ASAT Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 411 von 845	

	<u>Hohe Konzentrationen von ALT</u> findet man in Leber und Niere. AST und ALT werden auch als „Leberenzyme“ bezeichnet und daher zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von Leberkrankheiten und Erkrankungen der Gallenwege eingesetzt. <u>Erhöhte AST– Werte:</u> • Bei akuter und chronischer Hepatitis, Lebercirrhose, Leberverfettung, Gallestauungen, Lebertumore und Metastasen • Hämolytische Erkrankungen • Bei Herzmuskelschädigung und Schädigung der Skelettmuskulatur ist vor allem die AST erhöht
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	12/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 5094
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 398 GPT, ALAT

Aktivierte Alanin-Aminotransferase (ALAT, GPT)

LOINC-Code	1742-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ALAT (GPT)
Referenzbereich	w: < 35 U/l m: < 50 U/l
Referenzbereich gültig ab	12/2019
Methode	Enzym-kinetischer Test (IFCC, mit Pyridoxalphosphat)
Messungenauigkeit	VK = 2,2% (23 U/L)
Literatur	Clin. Chem. Lab. Med. 2003; 41:218
Indikation	Leberzellschädigung, Lebererkrankungen, hereditäre Stoffwechselstörung z.B. Hämochromatose
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen. <u>Stabilität der Proben:</u> Serum: 30°C: 3 Tage 2-8°C: 7 Tage -40°C: 2 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse, Hb 2,5g/L erhöht um 10%.
Klinische Info	Die Aminotransferasen, auch als Transferasen bezeichnet, katalysieren die reversible Umwandlung von α Ketosäuren in Aminosäuren. Sie sind Enzyme, die am Aminosäuremetabolismus beteiligt sind. <u>Hohe Konzentrationen von AST</u> findet man in der Leber, in Herz- und Skelettmuskel und in der Niere.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 398 GPT, ALAT Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 414 von 845	

	<u>Hohe Konzentrationen von ALT</u> findet man in Leber und Niere. AST und ALT werden auch als „Leberenzyme“ bezeichnet und daher zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von Leberkrankheiten und Erkrankungen der Gallenwege eingesetzt. <u>Erhöhte ALT – Werte:</u> Bei akuter und chronischer Hepatitis, Lebercirrhose, Leberverfettung, Gallestauungen, Lebertumore und Metastasen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	12/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 5028
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 400 Haptoglobin

Haptoglobin

LOINC-Code	4542-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Haptoglobin
Referenzbereich	M: 0,4 -2,68 g/L F: 0,63-2,73 g/L
Referenzbereich gültig ab	11/2024
Methode	Immunoturbidimetrie
Messungenauigkeit	VK – 0,52%
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:958
Indikation	Diagnostik und Verlaufsbeurteilung hämolytischer Erkrankungen
Präanalytik	Serum rasch zentrifugieren
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2° - 8°C 7 Tage -20° C 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Haptoglobin ist ein in der Leber gebildetes α 2 Glykoprotein .Haptoglobin bindet Hämoglobin, das bei der Lyse von Erythrozyten freigesetzt wird. Der Haptoglobin/Hämoglobin-Komplex wird

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 400 Haptoglobin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 417 von 845	

	rasch aus der Zirkulation entfernt. Eine verstärkte Freisetzung von Hämoglobin durch intravaskuläre Hämolyse führt zu einer Konzentrationsabnahme des Haptoglobins, bei schweren Hämolysen zum völligen Verbrauch des Haptoglobins. Bei Kindern ist Haptoglobin aufgrund der physiologisch niedrigeren Serumkonzentration nicht zur Hämolysediagnostik geeignet. Haptoglobin ist aber auch ein Akut-Phase-Protein, dessen Serumkonzentration bei entzündlichen Zuständen stark erhöht sein kann. Sowohl erniedrigte als auch erhöhte Haptoglobinkonzentrationen können klinisch bedeutsam sein. Stark erniedrigte Werte sind Indikator einer Hämolyse und anhand des Haptoglobinwertes lässt sich der Schweregrad einer Hämolyse abschätzen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11/2024
Verrechnungsinfo	laut ASK 5437
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 402 Harnsäure

Harnsäure/Serum, Sondermaterial

LOINC-Code	3084-1 SM 12264-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Harnsäure
Referenzbereich	Serum: m 3, 5 – 7,2 mg/dl w 2, 6 – 6, 0 mg/dl Kinder 2,6 – 5,5 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Uricase-Methode
Messungenauigkeit	VK ≥ 1,7 % (4,9mg/dl)
Literatur	Kabasakalian P., Kallineys., Wescott A., Clin.Chem. 1973;19:522
Indikation	Gicht, internistische Erstuntersuchung, Verdacht auf Schwangerschaftsgestose
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 3 Tage 2 - 8°C: 7 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Die Harnsäure ist das Endprodukt des menschlichen Eiweißstoffwechsels. Sie entsteht beim Abbau von Purinkörpern. Purine sind Substanzen, die in der RNA, DNA sowie in Verbindungen die als direkte Energieübermittler wirken (ATP, AMP, GMP) vorkommen. Man unterscheidet körpereigene Purinkörper (sie entstehen z.B. beim Abbau von Zellen) und mit der Nahrung zugeführte Purinkörper (purinreiche Nahrung ist z.B. Fleisch, Innereien). Gebildet wird die Harnsäure in der Leber und im Dünndarm, der größte Teil wird über die Nieren in den Urin ausgeschieden (ca. zwei Drittel, ein Drittel Stuhl). Es kann nur ein kleiner Teil der Harnsäure verstoffwechselt werden, bei Erhöhungen der Harnsäure kommt es leicht zu Ausfällungen und damit zu Symptomen – etwa 25 % der Bevölkerung weisen erhöhte Harnsäurewerte im Blut auf (Hyperurikämie), allerdings zeigen nur ca. 1-2 % Erkrankungszeichen.

Gicht: Harnsäurekristalle werden im Körper abgelagert, besonders an den Gelenken, was zu schmerzhaften Gichtanfällen führen kann. Neben Fieber, erhöhten Leukozyten und erhöhtem CRP ist auch die Harnsäure erhöht. Betroffen sind mehr Männer als Frauen.

Ursachen einer Hyperurikämie:

- Niereninsuffizienz
- Nahrung zu purinreich, Alkoholzufuhr zu hoch
- Vermehrter Zellabbau (z. B. Leukämien)
- Bösartige Tumore
- Diäten

Hypourikämie:

- Medikamente z. B. Diuretika, Leberschäden)
- Schilddrüsenüberfunktion

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 402 Harnsäure Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 421 von 845	

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5440
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 401 Harnsäure U

Harnsäure/Urin

LOINC-Code	3086-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Harnsäure / U
Referenzbereich	250 – 750 mg/24h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Uricase-Methode
Messungenauigkeit	VK = 4.3% (1,04 mmol/l)
Literatur	Kabasakalian P., Kallineys., Wescott A., Clin.Chem. 1973;19:522
Indikation	Klinische Symptome einer Gicht, Erkrankungen mit sekundärer Hyperurikämie
Präanalytik	Spontanurin oder 24-Stunden-Urin, ohne Zusatz sammeln, Menge in Befundzeile eintragen, davon ca. 10 ml ins Labor schicken.
Probenmaterial	Urin Stabilität bei 2° - 8°C 4 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Harnsäure ist das Endprodukt des menschlichen Eiweißstoffwechsels. Sie entsteht beim

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Abbau von Purinkörpern. Purine sind Substanzen, die in RNA, DNA sowie in Verbindungen, die als direkte Energieübermittler wirken (ATP, AMP, GMP), vorkommen. Man unterscheidet körpereigene Purine (sie entstehen z.B. beim Abbau von Zellen) und mit der Nahrung zugeführte Purine (purinreiche Nahrung: z.B. Fleisch, Innereien). Gebildet wird die Harnsäure in der Leber und im Dünndarm. Der größte Teil wird über die Nieren in den Urin ausgeschieden (ca. zwei Drittel, ein Drittel Stuhl). Es wird nur ein kleiner Teil der Harnsäure verstoffwechselt. Bei erhöhten Konzentrationen der Harnsäure kommt es leicht zu Ausfällungen und Symptomen – etwa 25 % der Bevölkerung weisen erhöhte Harnsäurewerte im Blut auf (Hyperurikämie), allerdings zeigen nur ca. 1-2 % Erkrankungszeichen.

Gicht: Harnsäurekristalle werden im Körper abgelagert, besonders an den Gelenken, was zu schmerzhaften Gichtanfällen führen kann. Neben Fieber, vermehrter Leukozytenzahl und CRP-Anstieg ist auch die Harnsäure erhöht. Betroffen sind mehr Männer als Frauen.

Ursachen einer Hyperurikämie:

Niereninsuffizienz

- Nahrung zu purinreich, Alkoholzufuhr zu hoch
- Vermehrter Zellabbau (z. B. Leukämien)
- Bösartige Tumore
- Diäten

Ursachen einer Hypourikämie:

- Medikamente z. B. Diuretika, Leberschäden
- Schilddrüsenüberfunktion

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 401 Harnsäure U
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 425 von
845

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5440
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 403 Harnstoff U

LOINC-Code	3095-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Harnstoff - N/U
Referenzbereich	12 – 20 g / Tag
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Urease-GLDH-Methode
Messungenauigkeit	VK= ≤ 3,8 % (504,8 mg/dl)
Literatur	Eur.J.Clin.Chem.Clin.Biochem. 1992;30:881-899, Thalke H, Schubert GE, Klin Wschr 1965;43:174-5
Indikation	Differentialdiagnose Nierenversagen, Niereninsuffizienz
Präanalytik	-
Probenmaterial	Urin <u>Stabilität der Proben:</u> Harn 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 1 Monat
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Harnstoff wird in der Leber als Abbauprodukt des Eiweißstoffwechsels gebildet. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend renal durch glomeruläre Filtration. 40- 60 % des filtrierte Harnstoffs diffundieren unabhängig von der tubulären Flussrate im proximalen Tubulus zurück. Die Rückdiffusion ist vom Urinfluss abhängig und wird über ADH gesteuert. So diffundieren

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

bei Diurese etwa 40 % des distal angekommenen Harnstoffes zurück, bei Antidiurese steigt der Wert auf bis zu 70 % an.
Harnstoff wird in der Nierendiagnostik eingesetzt.

Harnstoff und Harnstoff-Stickstoff werden synonym in der medizinischen Diagnostik verwendet.

Zustände erhöhter Harnstoffkonzentrationen werden als Azotämie bezeichnet. Im Harnstoff/Kreatininquotient wird der Kreatininwert miteinbezogen. (Harnstofferhöhungen können viele verschiedene Ursachen haben, Kreatinin ist bei gestörter Nierenfunktion erhöht)

- Prärenale Azotämie: Harnstoff im Blut erhöht, Kreatinin meist normal,
Harnstoff/Kreatininquotient ist erhöht
- Renale Azotämie: Harnstoff und Kreatinin im Blut erhöht,
Harnstoff/Kreatininquotient
meist normal
- Postrenale Azotämie: Harnstoff und Kreatinin im Blut erhöht,
Harnstoff/Kreatininquotient
ist erhöht.

Indikation: DD – Akutes Nierenversagen, Beurteilung terminale Niereninsuffizienz. Beurteilung des metabolischen Status bei IntensivpatientInnen, DialysepatientInnen

Im Wesentlichen bestimmen daher drei Faktoren die Höhe des Harnstoffwertes im Serum:

1. Renale Perfusion und damit die Menge des ausgeschiedenen Wassers. Harnstoff wird im Urin ausgeschieden, deswegen ist er im Serum relativ niedrig, bei Antidiurese steigt er an.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 403 Harnstoff U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 429 von 845	

	2. Die Harnstoffbildungsrate: ist abhängig von der täglichen Eiweißzufuhr und der endogen abgebauten Eiweißmenge. 3. Größe der glomerulären Filtrationsrate: eine dauerhafte Erhöhung des Serumharnstoffes spricht für eine wesentliche Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5442
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 404 Harnstoff-N

BUN, Harnstoff-N/Serum, Dialysat, Punktat, Sondermaterial

LOINC-Code	S: 3094-0 PD 17757-6 SM 3093-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	BUN, Harnstoff-N/PD, Harnstoff-N/SM
Referenzbereich	Serum: w: < 50 7,0 – 18,7 mg/dl w: > 50 9,8 – 20,1 mg/dl m:< 50 8,9 – 20,6 mg/dl m:> 50 8,4 – 25,7 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Urease-GLDH-Methode
Messungenauigkeit	VK = $\leq$ VK 1,8 % (15,5 mg/dl)
Literatur	Eur.J.Clin.Chem.Clin.Biochem. 1992;30:881-899, Thalke H, Schubert GE, Klin Wschr 1965:43:174-5
Indikation	Differentialdiagnose Nierenversagen, Niereninsuffizienz
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20 25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Lipämie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Harnstoff wird in der Leber als Abbauprodukt des Eiweißstoffwechsels gebildet. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend renal durch glomeruläre Filtration. 40- 60 % des filtrierten Harnstoffs diffundieren unabhängig von der tubulären Flussrate im proximalen Tubulus zurück. Die Rückdiffusion ist vom Urinfluss abhängig und wird über ADH gesteuert. So diffundieren bei Diurese etwa 40 % des distal angekommenen Harnstoffes zurück, bei Antidiurese steigt der Wert auf bis zu 70 % an. Harnstoff wird in der Nierendiagnostik eingesetzt.

Harnstoff und Harnstoff-Stickstoff werden synonym in der medizinischen Diagnostik verwendet.

Zustände erhöhter Harnstoffkonzentrationen werden als Azotämie bezeichnet. Im Harnstoff/Kreatininquotient wird der Kreatininwert miteinbezogen. (Harnstofferhöhungen können viele verschiedene Ursachen haben, Kreatinin ist bei gestörter Nierenfunktion erhöht)

- Prärenale Azotämie: Harnstoff im Blut erhöht, Kreatinin meist normal, Harnstoff/Kreatininquotient ist erhöht
- Renale Azotämie: Harnstoff und Kreatinin im Blut erhöht, Harnstoff/Kreatininquotient meist normal
- Postrenale Azotämie: Harnstoff und Kreatinin im Blut erhöht, Harnstoff/Kreatininquotient ist erhöht.

Indikation: DD – Akutes Nierenversagen, Beurteilung einer terminalen Niereninsuffizienz. Beurteilung des metabolischen Status bei IntensivpatientInnen, DialysepatientInnen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 404 Harnstoff-N Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 433 von 845	

	Im Wesentlichen bestimmen daher drei Faktoren die Höhe des Harnstoffwertes im Serum: 4. Renale Perfusion und damit die Menge des ausgeschiedenen Wassers. Harnstoff wird im Urin ausgeschieden, deswegen ist er im Serum relativ niedrig, bei Antidiurese steigt er an. 5. Die Harnstoffbildungsrate: ist abhängig von der täglichen Eiweißzufuhr und der endogen abgebauten Eiweißmenge. 6. Größe der glomerulären Filtrationsrate: eine dauerhafte Erhöhung des Serumharnstoffes spricht für eine wesentliche Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5442
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 511 HAV Ak IgG

HAV-Antikörper

LOINC-Code	32018-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HAV-AK
Referenzbereich	< 0,9 positiv ; 0,9-1,1 grenzwertig ; $\geq 1,1$ negativ
Gültig ab	09/2011
Methode	Chemilumineszenz - (CLIA) qualitativer Nachweis / Gesamt AK gegen Hepatitis A Virus
Messungenauigkeit	Gesamt VK $\leq 10\%$
Literatur	Labor und Diagnose Edts L. Thomas. 6. Auflage Th-Books Verlagsgmbh 2005: 1685
Indikation	Diagnose und Verlauf Hep. A Infektion, zurückliegende Infektion bzw. Impfung, passiv bei Kleinkind von Mutter erworben bzw. durch IgG haltige Blutprodukte (Immunglobuline)
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Starke Hämolyse, Pat. mit hohen IgM (Myelom) Hamas heterophile AK
Klinische Info	Das Hepatitis A Virus (Picornaviridae Hepatovirus) ist der Erreger der klassischen infektiösen Gelbsucht, das Virus ist weltweit verbreitet und in Regionen mit schlechtem Hygienestandard endemisch. In westlichen Industrieländern sind die Erkrankung und die natürlich erworbene Immunität selten geworden, die Infektion wird meist auf Flugreisen erworben. Bisher werden sieben Genotypen beim Menschen definiert, es ist aber nur ein Genotyp bekannt. Das Virus wird im Stuhl ausgeschieden -> Schmierinfektion (schlechte Hygiene), kontaminiertes

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfrage
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Trinkwasser, kontaminierte, nicht ausreichend erhitzte Nahrungsmittel (Muscheln können HAV aus dem Meerwasser anreichern) Infektionen durch Transfusionen selten (kurze Virämie) Inkubationszeit 15 -50 Tage (Ø 30).

In Entwicklungsländern erfolgt Infektion bei Kleinkindern meist ohne Symptome, auch bei 25% der Erwachsenen kann die Infektion symptomlos verlaufen, allgemein nimmt aber die Schwere des klinischen Verlaufs mit dem Alter zu. Gewöhnlich heilt die Erkrankung innerhalb von 2 – 4 Wochen aus, protrahierte Verläufe über mehrere Monate sind beschrieben, chronische Verläufe sind aber nicht bekannt. Die Infektion hinterlässt lebenslange Immunität. Ein positiver Anti HAV IgG Test ohne Vorliegen einer klinischen oder subklinischen Hepatitis-Symptomatik beweist HAV-Immunität durch frühere Infektionen oder Impfung und damit Schutz vor Neuinfektion. Ein isolierter positiver IgM Test sollte durch Verlaufskontrolle bestätigt werden.

Verlauf der Hepatitis A-Infektion:

Die Hepatitis A-Infektion beginnt meist mit allgemeinen Symptomen wie Übelkeit, Müdigkeit, Fieber, dann wird die Gelbsucht an Haut und Augen sichtbar, heller Stuhl und dunkler Harn treten auf.

Die Hepatitis A heilt meist innerhalb von 3 Monaten aus.

Inkubationszeit: 2-6 Wochen

Eine aktive oder passive Impfung gegen das Hepatitis A-Virus ist möglich

Bemerkung

IgM Antikörper sind nach der akuten Infektion für einige Wochen bis Monate nachweisbar. Insbesondere Infektionen im erwachsenen Alter können protrahiert verlaufen und dann längere Zeit akut HAV IgM pos. bleiben

Bereich

Infektionsdiagnostik

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

02/2018

Verrechnungsinfo

laut ASK 5459

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 511 HAV Ak IgG
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 437 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 6
Gültig ab: 29.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 512 HAV Ak IgM

HAV-Antikörper IgM

LOINC-Code	22314-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HAV-AK IgM
Referenzbereich	< 0,9 negativ, 0,9 – 1,1 grenzwertig > 1,1 positiv
Gültig ab	11/2011
Methode	Chemilumineszenz – (CLIA)
Messungenauigkeit	Gesamt VK ≤ 10%
Literatur	Labor und Diagnose Edts L. Thomas. 6. Auflage Th-Books Verlagsgmbh 2005: 1685
Indikation	Diagnose akute oder kurz zurückliegende Hepatitis. A
Präanalytik	Stabilität: 7 Tage 2°-8°C, länger bei -20°C
Probenmaterial	Serum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Starke Hämolyse, Pat. Mit hohen IgM (Myelom) HAMAs heterophile AK
Klinische Info	Das Hepatitis A (Picornaviridae/Hepatovirus) Virus ist der Erreger der klassischen infektiösen Gelbsucht, das Virus ist weltweit verbreitet und in Regionen mit schlechtem Hygienestandard endemisch. In westlichen Industrieländern sind die Erkrankung und die natürlich erworbene Immunität selten geworden, die Infektion wird meist auf Fernreisen erworben. Bisher werden sieben Genotypen beim Menschen definiert, es ist aber nur ein Serotyp bekannt. Das Virus wird im Stuhl ausgeschieden -> Schmierinfektion (schlechte Hygiene), kontaminiertes Trinkwasser, kontaminierte, nicht ausreichend erhitzte Nahrungsmittel (Muscheln können HAV aus dem

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 512 HAV Ak IgM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 440 von 845	
	Meerwasser anreichern) Infektionen durch Transfusionen selten (kurze Virämie) Inkubationszeit 15 -50 Tage (Ø 30). In Entwicklungsländern erfolgt Infektion bei Kleinkindern meist ohne Symptome, auch bei 25% er Erwachsenen kann die Infektion symptomlos verlaufen, allgemein nimmt aber die schwere des klinischen Verlaufs mit dem Alter zu. Gewöhnlich heilt die Erkrankung innerhalb von 2 – 4 Wochen aus, protahierte Verläufe über mehrere Monate sind beschrieben, chronische Verläufe sind aber nicht bekannt. Die Infektion hinterlässt lebenslange Immunität. Die Übertragung der Erreger geschieht durch: • Verseuchte Lebensmittel • Verseuchtes Wasser • Bei infizierten Personen werden die Erreger im Stuhl ausgeschieden und durch Kontaktinfektion mit den Erkrankten übertragen. <u>Verlauf der Hepatitis A-Infektion:</u> Die Hepatitis A-Infektion beginnt meist mit allgemeinen Symptomen wie Übelkeit, Müdigkeit, Fieber, dann wird die Gelbsucht an Haut und Augen sichtbar, heller Stuhl und dunkler Harn treten auf. Die Hepatitis A heilt meist innerhalb von 3 Monaten aus. <u>Inkubationszeit:</u> 2-6 Wochen Eine aktive oder passive <u>Impfung</u> gegen das Hepatitis A-Virus ist möglich	
Bemerkung	IgM Antikörper sind nach der akuten Infektion für einige Wochen bis Monate nachweisbar. Insbesondere Infektionen im erwachsenen Alter können protahiert verlaufen und dann längere Zeit akut HAV IgM pos. bleiben	
Bereich	Infektionsdiagnostik	
Folgeparameter	HAV PCR (Virologie Med Uni wien)	

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 512 HAV Ak IgM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 441 von 845	

Letzte Änderung	08/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5461
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1932 HbA1c

Parameter: HbA1c

LOINC-Code	4548-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Hämoglobin A1c
Referenzbereich	3%- 6% NGSP/DCCT <42 mmol/mol IFCC
Referenzbereich gültig ab	1.5.2014
Methode	Enzymatische-Spektrophotometrische Methode
Messungenauigkeit	VK= 0,6% bei 46,4 mmol/mol
Literatur	Thomas L Hrsg Labor und Diagnose. Frankfurt/Main TH Books Verlagsgesellschaft mbH 2012 8.Auflage IFCC Standardization of HbA1c; 2007
Indikation	Langzeitkontrolle des Kohlehydratstoffwechsels, Diagnostik des Diabetes Mellitus
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 7 Tage
Probenmaterial	EDTA-Blut
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Anämien mit verkürzter Lebenszeit der Erythrozyten, Hämoglobinopathien
Klinische Info	Die Bestimmung der Blutglucosekonzentration erlaubt nur die Beurteilung der aktuellen Einstellung zum Zeitpunkt der Blutabnahme. HbA1c ermöglicht eine retrospektive Abschätzung der Glykämie. Der Anteil der glykierten Proteine ist weitgehend unabhängig von zirkadianen Rhythmen, diabetischen und sonstigen Variablen. Die Halbwertszeit der Hämoglobine ist durch die Erythrozytenlebenszeit definiert, die relativ stabil (100 – 120 Tage)

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 1932 HbA1c
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 444 von
845

	Ist. Das Ausmaß der Glykierung hängt zusätzlich vom Ausmaß der Blutglucoseerhöhung und deren Dauer ab. Die Glykierung ist eine irreversible Reaktion. Ein normaler HbA1c Wert schließt bei untherapierten Probanden einen manifesten Diabetes mellitus weitgehend aus. Erhöhte HbA1c Werte treten bei längerer Hyperglykämie während der vorangegangenen 6 – 8 Wochen auf.
Bemerkung	Bei Vorliegen einer Hämoglobinopathie oder hämolytischen Anämie wird ein Fructosamin – Test empfohlen.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	30/04/2014
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5410
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 513 HBV-PCR

HEPATITIS B Virus -DNA quant. PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code	wird automatisch nach pos. Screeningtest (HBVs-AG) durchgeführt
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HBV-DNA qn. PCR
Referenzbereich	Quantitative Analyse; normalerweise wird keine HBV DNA nachgewiesen = negativ Werte > 10 IU/ml werden quantitativ ausgegeben
Referenzbereich gültig ab	09/2019
Methode	Direkter Nachweis der HBV-DNA mittels RT-PCR
Messungenauigkeit	Linearität 10 IU/ml bis 10E9 IU/ml
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage,Th-Books Verlagsgmbh 2005:1688
Indikation	Bei chronisch persistierendem HBVs-AG, zur Unterstützung einer Indikationsstellung für eine antivirale Therapie, zur Verlaufskontrolle, bei unklarer Hepatitis.
Präanalytik	Stabilität bei Raumtemperatur 24h, bei 2-8° bis zu 7 Tage, bei -20° bis zu 3 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Hämolyse; Heparin als Antikoagulans
Klinische Info	Die quantitative Bestimmung der HBV-DNA ist wichtig für die Evaluierung und die Beobachtung auf das Ansprechen der Therapie von PatientInnen mit chronischer Hepatitis B. Ein Absinken der Viruslast deutet auf das Ansprechen auf die virostatistische Therapie hin. Eine persistierende hohe Viruslast wiederum deutet auf Resistenz gegenüber der Therapie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	bzw. einen Rückfall nach Therapie hin und hat sich auch als ein unabhängiger Risikofaktor für ein hepatozelluläres Karzinom erwiesen. Ein quantitativer DNA Nachweis ist auch deshalb von Bedeutung, weil HBV Infektionen mit sehr niedrigen aber auch extrem hohen Konzentrationen einhergehen können. Hohe Konzentrationen > 100 Mill./ml gehen mit erhöhter Infektiosität der Betroffenen einher.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion/Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	12/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 6395
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 514 HBVs Antigen

HBVs-Antigen

LOINC-Code	5195-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HBVs-AG
Referenzbereich	< 1 (negativ), >= 1 reaktiv (positiv)
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemiluminiszenz Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 4,1 (4,68 IE/ml)
Literatur	Labor und Diagnose Edts L. Thomas. 6. Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005:1686
Indikation	Diagnose und Verlauf Hep. B Virusinfektion
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 6 Tage -20°C oder kälter ab 6 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	HBV (Orthohepadnavirus, Fam. Hepadnaviridae) ist der Erreger der klassischen durch Blut übertragenen Hepatitis (Serumhepatitis) Verlauf der Hepatitis B Infektion: im Rahmen der akuten Infektion überwiegend transienter Verlauf mit Ausbildung einer mehr oder weniger deutlichen Leberzellschädigung. Meistens dauert die akute Hepatitis B ca. 3 Monate und

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 514 HBVs Antigen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 450 von 845	
	heilt bei 90 % der Patienten vollständig aus. Zurück bleiben die Antikörper im Blut und mit Ausheilen der Infektion verschwindet HBs-Ag. HBs-Ag ist nach dem Nukleinsäurenachweis der früheste serologische Marker der Infektion. Definitionsgemäß spricht der Nachweis von HBs-Ag über mehr als 6 Monate für eine chronische HBV Infektion. Die heutigen HBs-Ag Tests sind aber so empfindlich, dass auch bei ausheilender Infektion ein HBs-Ag Nachweis über 7 - 8 Monate möglich ist. Vor dem Auftreten von Anti HBs kann es eine Pause von einigen Tagen bis Wochen geben. Prävalenz: Niedrige Prävalenz und Inzidenz in Mittel-, Nordeuropa und Nordamerika. In Deutschland haben ca. 7% Zeichen einer durchgemachten HBV-Infektion, 0,5% sind chronische Träger. Innerhalb verschiedener ethnischen Gruppen ist die Durchseuchung sehr unterschiedlich. Hohe Verbreitung Afrika, Ostasien und Ozeanien fast alle Kontakt mit Virus ca. 10% infektiöse Träger. 8 Genotypen (A – H) 16 Subgenotypen mit typischer geographischer Verteilung. Genotyp A2 – Mittel – Nordeuropa, Genotyp D2 häufig Deutschland, naher Osten, Nordafrika. Übertragung: Dritte Welt perinatal oder im Kindesalter (dieser Übertragungsweg wird durch perinatale Simultanimpfung zurückgedrängt), Übertragung durch Transfusionen in Mitteleuropa sehr selten, dzt hier häufigster Übertragungsmodus sexuell. Perinatale Infektion – bei Infektion durch die HBV-positive Mutter verläuft die Infektion fast immer chronisch, ebenso bei immundefizienten PatientInnen	
Bemerkung	Die HBV Impfung erfolgt mittels genetisch hergestelltem HBs Ag. Dieses kann einige Tage im Blut nachweisbar sein und so eine Infektion vortäuschen. HBs Ag Tests zeichnen sich durch extreme Empfindlichkeit aus (<0,1 µg/ml). Der isolierte Nachweis von HBs Ag ist der erste serologische Marker einer HBV Infektion. Insbesondere schwach pos. Tests sind häufig falsch positiv. Bei derartigen Ergebnissen werden automatisch alle relevanten Folgeuntersuchungen (HBsAK, HBcAK ,PCR) durchgeführt.	
Bereich	Infektionsdiagnostik	
Folgeparameter	HBVsAG quantitativ, HBVsAK, HBV-PCR ; (Flexitest bei positivem HBVsAG ,wird automatisch vom Labor durchgeführt). Genotypisierung	
Letzte Änderung	03/2018	
Verrechnungsinfo	laut ASK 5468	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 514 HBVs Antigen
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 451 von
845



Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 7
Gültig ab: 29.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 864 HCV - Antikörper Screening

HCV-Antikörper

LOINC-Code	16128-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HCV-AK
Referenzbereich	< 1,00 negativ ≥ 1,00 positiv
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemolumineszenz Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 5,6
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose, Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1689
Indikation	Verdacht Hepatitis
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum Stabilität der Proben: 2- 8°C: 14 Tage - 20°C oder kälter ab 14 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	heterophile Antikörper
Klinische Info	Der HCV-AK Assay wird zum Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis C-Virus (HCV) eingesetzt. HCV (Flaviviridae, Hepacivirus) ist ein umhülltes Virus mit Einzelstrang RNA. Vor Identifizierung von HCV wurden Erkrankungen durch dieses Virus als Non-A, Non-B-Hepatitis bezeichnet – dieser Begriff ist heute obsolet. Laut WHO Schätzungen sind weltweit 170 Millionen Menschen mit HCV infiziert. In Österreich/Deutschland liegt die

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 864 HCV - Antikörper Screening Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 454 von 845	

	Durchseuchung bei ca. 0,7 %. In Ländern mit sehr hoher Prävalenz geht man unter anderem davon aus, dass diese auf unsaubere Injektionen zurückzuführen sind. Es gibt 6 Genotypen (1-6) und > 50 Subtypen (a-h) die für die Diagnostik und erfolgreiche Therapie von Bedeutung sind. Genotypen regional unterschiedlich verbreitet, Österreich vor allem 1b. In Mitteleuropa Verbreitung vor allem 3 Wege: • mangelnde Hygiene (vor Einmalartikel) • Transfusionen und Plasmaderivate • iv-Drogenkonsum Sexuelle Übertragung im Gegensatz zu HBV eher selten. Versteckte parenterale Ursachen: Piercing, Tätowierungen, Akupunktur, Ohrlochstechen und verschiedenste Formen invasiver und nicht invasiver alternativmedizinischer Behandlungen. HCV-Infektionen treten sehr selten klinisch in Erscheinung, Symptome oft unspezifisch Wird häufiger chronisch als Hep. B, die Fibrosierung der Leber die ohne eigentliche Leberentzündung möglich ist, führt nach Jahren bis Jahrzehnten zu Leberzirrhose und ev. auch Leberkrebs.
Bemerkung	Screeningtest: Jedes positive Ergebnis wird mittels PCR automatisch überprüft/bestätigt.
Bereich	Infektionsdiagnostik
Folgeparameter	PCR (Viruslast), Genotyp – werden im Falle eines pos. Screeningtests automatisch durchgeführt
Letzte Änderung	03/2018
Verrechnungsinfo	laut ASK 5477
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 516 HCV-PCR

HEPATITIS C Virus RNA / PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code	1101-4, wird bei pos. HCV-AK Screening Test automatisch durchgeführt, oder bei Verdacht auf frische Infektion (Spezialambulanz)
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HCV-RNA PCR qn.
Referenzbereich	Quantitative Analyse; normalerweise wird keine HCV RNA nachgewiesen Ab ≤ 12 IU/ml quantitative Auswertung LOD 12 IU/mL
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	In-vitro-Reverse-Transkription-Polymerasekettenreaktion (Real Time PCR); direkter Nachweis von Hepatitis-C-viraler Ribonukleinsäure
Messungenauigkeit	Linearität von 12 IU/ml bis 100 Millionen IU/ml (Messbereich)
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005: Hepatitis-Hepatitisfolgen Klaus-Peter Maier 5.Auflage ,Thieme 2000:
Indikation	Verdacht auf frische, akute oder chronische Infektion, Therapie und Verlaufskontrolle
Präanalytik	Stabilität bei Raumtemperatur 24h, bei 2-8° bis zu 3 Tage, bei -20° bis zu 30 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Hämolyse, Heparin als Antikoagulans
Klinische Info	Mit dem Quantitativen HCV-Test wird die Konzentration der viralen RNA im Blut gemessen (Viruslast). Die Bestimmung der Konzentration der HCV RNA erfolgt meistens vor dem Beginn und während einer antiviralen Therapie um die Wirksamkeit der antiviralen Medikation auf die Therapie zu überprüfen. Ziel der Behandlung ist eine nachhaltige Senkung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 516 HCV-PCR Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 457 von 845	

	der Virenlast. Diese wird fast immer durch ein frühes virologisches Ansprechen eingeleitet, das als eine mindestens 2 Log-Reduktion der HCV-Viruslast nach 12-wöchiger Therapie definiert ist. Bei positivem HCV- AK Test bestätigt der Nachweis der HCV-RNA die HCV-Infektion.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion/Molekularbiologie
Folgeparameter	HCV Genotyp, wird bei pos. PCR vor Therapiebeginn automatisch durchgeführt
Letzte Änderung	02/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5475
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 405 HDL Cholesterin

HDL-Cholesterin

LOINC-Code	2085-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HDL-Cholesterin
Referenzbereich	> 35 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzymatischer Farbstest
Messungenauigkeit	VK 5,5% bei 20,9 mg/dl
Literatur	Clin.Chem. 1998;44:1443-51 L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage; 2005
Indikation	Fettstoffwechselstörungen, Erfassung eines erhöhten KHK-Risikos, Erhöhung Gesamtcholesterin
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität der Probe: 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Cholesterin ist ein Bestandteil von Zellmembranen und eine Vorstufe der Steroidhormone und Gallensäure. Es wird von Körperzellen produziert und mit der Nahrung aufgenommen. Cholesterin wird im Plasma über Lipoproteine, Komplexe aus Lipiden und Apolipoproteinen transportiert. Es gibt 4 Klassen von Lipoproteinen: Lipoproteine hoher Dichte (HDL), niedriger Dichte (LDL), sehr geringer Dichte (VLDL) und Chylomikronen. Während LDL zum Cholesterintransport zu den

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

peripheren Zellen beiträgt, sind HDL für die Entfernung von Cholesterin aus den Zellen zuständig. LDL Cholesterin ist an der Bildung artherosklerotischer Plaques beteiligt und mit koronarer Herzkrankheit assoziiert – erhöhte LDL-Werte weisen auch bei normalem Cholesterin auf ein erhöhtes Risiko hin. HDL-Cholesterin hat einen schützenden Effekt. Die Senkung von Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin reduzieren das Risiko für KHK deutlich.

Bei erhöhtem Gesamtcholesterin mit hohem LDL steigt das Risiko für Artherosklerose, insbesondere das Risiko für Erkrankungen der Herzkranzgefäße (Angina Pectoris, Myocardinfarkt), aber auch Schlaganfall (Apoplexie), Nierenschädigungen und Durchblutungsstörungen.

Hypercholesterinämie: Gesamtcholesterin >200 mg/dl

- Genetisch bedingte Ursachen
- Ernährung
- Hypothyreose
- Stauung der Gallenflüssigkeit innerhalb der Leber (z.B. Gallensteine)
- Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Angeborene Stoffwechselstörungen
- Medikamente

Hypocholesterinämie:

- Tumore
- Polytrauma
- Schwere Operationen
- Chronische Infektionen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 405 HDL Cholesterin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 461 von 845	

	• Hyperthyreose • Lebererkrankungen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	20.4.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5444
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1908 Helicobacter pylori- Stuhl- Antigen

Parameter: Helicobacter pylori-Stuhl-Antigen

LOINC-Code	31843 - 6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Helicob.pyl.-AG/ST
Referenzbereich	negativ: ≤ 0,90 Index grenzwertig: >0,90 - <1,10 Index positiv: ≥1,10 Index
Referenzbereich gültig ab	03/2014
Methode	Chemilumineszenz-Immunassay (CLIA) ; qualitativer Antigennachweis
Messungenaugigkeit	Wiederholungspräzision: jeweils 48 Bestimmungen (6 Proben): MW 0,5 Index – 31,3 Index, sd 0,025 – 0,42; %VK 1 – 5 Reproduzierbarkeit: jeweils 48 Bestimmungen (6 Proben): MW 0,5 Index – 31,3 Index, sd 0,06 – 0,94; %VK 3 – 12
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas. 6.Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005: 665, 1615 Herbert Hof, Rüdiger Dörries, Medizinische Mikrobiologie. Verlag: Thieme 2009: 439
Indikation	Diagnose einer Helicobacter pylori Infektion und Therapiekontrolle
Präanalytik	Lagerung: max 72 Std bei 2 - 8°C, bei geplanter längerer Lagerung Proben <u>sofort tiefgefrieren</u> (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Stuhl
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Keine störenden Substanzen bekannt, keine Beeinflussung durch Kreuzreaktionen nachgewiesen
Klinische Info	Helicobacter pylori ist ein gramnegatives, spiralig gewundenes Stäbchenbakterium, das den menschlichen Magen besiedeln kann. Es verursacht chronische Gastritis oder eine Entzündung der Magenschleimhaut, Zwölffingerdarm- und Magengeschwüre und ist ein Risikofaktor für die Entstehung des Magenkarzinoms. Die Prävalenz der H. pylori Infektion

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 1908 Helicobacter pylori- Stuhl- Antigen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 464 von 845	

	ist in westlichen Industrienationen durch eine lineare Zunahme mit dem Alter charakterisiert. Der genaue Übertragungsweg ist nicht bekannt, jedoch wird allgemein von einem oral-oralen und/oder fäkal-oralen Weg ausgegangen (direkt oder indirekt über kontaminierte Speisen); je geringer der hygienische Standard, desto höher die Durchseuchung. Bei erfolgter Kolonisation des Magens verbleibt. H. pylori dort unbegrenzt, sofern keine Therapie erfolgt.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion - Spezial
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	03/2014
Verrechnungsinfo	laut ASK 6263
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1389 Hemoclot-Test

Technoclot DTI-Test: Gerinnungstest zur quantitativen Bestimmung von direkten Thrombin Inhibitoren

LOINC-Code Kurzbezeichnung	Antikoagulan	Kurzbezeichnung	LOINC-Code
	Argatroban	Argatra	Nicht vergeben
	Dabigatran	Pradaxa	Nicht vergeben
Referenzbereiche	Pradaxa®/Dabigatran Nicht ausreichend evidenzbasiert: Zur orientierenden Spiegelbestimmung: Erwartete Spitzenspiegel (2 Std. nach p.o.Einnahme von 100/200 mg Dabigatran bei Gesunden): ca. 0,07/0,12 µg/ml (bzw. 70/120 ng/ml) nach Stangier J, Br.J.Clin Pharmacol 2007;64:292-303. Nach Einnahme von 2 x150mg: Spitzenpiegel 117-275 ng/ml – Talspiegel: 61-143 ng/ml Nach Einnahme von 2 x 110mg: Spitzenpiegel 85-200 ng/ml – Talspiegel: 43-102 ng/ml (25-75 Perzentile, aus: Spannagl M et al. Hämostaseologie 4/2012: 294-305, Liesenfeld KH et al, J Thromb Haemost 2011;9:2168-2175) Laut Hersteller (Boehringer Ingelheim) ist mit erhöhter Blutungsneigung zu rechnen bei Überschreitung nachstehender Talspiegel (=Blutabnahme vor nächster Verabreichung): Einnahme 1 x 220 mg (Orthopädie): Talspiegel (20-24 Std nach letzter Einnahme): >0,07 µg/ml (>67 ng/ml) Einnahme 2 x 150 mg (VHF): Talspiegel (10-16 Std nach letzter Einnahme) : >0,20 µg/ml (>200ng/ml) Argatra®/Argatroban (iv Dauerinfusion) Nicht evidenzbasierte Erfahrungswerte der Universität Frankfurt als Interpretationshilfe: Prophylaxe (keine Zulassung): 0,3-0,5µg/ml, Therapie 0,5-1,0 µg/ml		
Referenzbereich gültig ab	01.01.2013		

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Pruefung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 4

Gültig ab: 29.08.2025

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 1389 Hemoclot-Test
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 467 von
845

Methode	Koagulometrischer Test (verdünnte Thrombinzeit) kalibriert mit der jeweiligen Substanz mit anti-IIa Hemmung.
Messungenaugigkeit	< 10%
Literatur	Thromb Haemost 2010;103:1116-27. Clin Chem Lab Med 2012;50(9):1601-5. Hämostaseologie 4/2012, Thromb Haemostas 2008;100:453-461
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken. Die Blutabnahme soll bei oral eingenommen Substanzen 2-4 Stunden nach Einnahme im Spitzen(peak) Spiegel erfolgen.
Probenmaterial	Citratplasma
Störfaktoren	Heparin(UFH, NMH), Hirudin oder andere anti-IIa aktive Substanzen werden miterfasst.
Bemerkungen	Zur Bestimmung des Wirkspiegels (Argatroban, Dabigatran) ist die Angabe welche Art von direktem Thrombininhibitor (Argatra/Pradaxa) dem/vom Patienten verabreicht/ eingenommen wurde, erforderlich. Ebenso der letzte Verabreichungs-/Einnahmezeitpunkt.
Bereich	Gerinnung Routine, Gerinnung Spezial und Akutlabor
Letzte Änderung	12.12.2012
Verrechnungsinfo	-
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Pruefung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 4

Gültig ab: 29.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 559 HFE-Genetik

HFE1- häufige hereditäre Hämochromatose

LOINC-Code	Schriftliche Anforderung notwendig, Einverständniserklärung des/der Patient*in notwendig
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HFE
Referenzbereich	Qualitative Analyse Zu erwartende Ergebnisse: H63D, S65C, C282Y, E168X: nicht / in heterozygoter Form / in homozygoter Form nachweisbar
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	PCR aus genomischer DNA, Allel-spezifische reverse Hybridisierung
Messungenauigkeit	-
Literatur	Feder et al. Nat Genet (1996) 13: 399; Mura et al. Blood (1999) 93:2502 Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Humangenetik, Medgen (2005) 17:32-35
Indikation	Bei erhöhtem Eisenspiegel, Verdacht auf Hereditäre Hämochromatose
Präanalytik	Keine Heparinbeimengungen im Untersuchungsgut (Polymerasehemmung)
Probenmaterial	Zitratblut oder EDTA Blut
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Höhere Heparinkonzentrationen (Polymerasehemmung), unzureichende Qualität und/oder Quantität des Probenmaterials
Klinische Info	Prävalenz der HH für homozygote Merkmalsträger in Nordeuropa ist 1: 2000 bis 1:400

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Mutation	Gesamtbevölkerung	HH-Patienten
C282Y heterozygot	4-9%	1%
C282Y homozygot	0,20%	80-90%
H63D heterozygot	17%	?
H63D homozygot	3%	?
C282D/H63D compound-heterozygot	2%	4-5%
S65C heterozygot	1%	?
S65C homozygot	?	?
E168X heterozygot	1%	?
E168X homozygot	?	?

Bemerkung

Ohne Vorliegen einer vom Patienten und zuweisendem Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen Zwecken sind nach Gentechnikgesetzes § 65 keine Genanalysen von Keimbahnmutationen wie z.B. F V-Leiden oder PT20210A möglich!

Bereich

Humangenetik

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5416

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 560 HIT II

Heparin - PF4 - Induzierte Antikörper (HIT-II)

LOINC-Code	34701-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HIT-II
Referenzbereich	< 1 U/ml. Ergebnisse > 1,0 U/ml sind als „positiv“ zu bewerten, Ergebnisse < 1,0 U/ml als „negativ“
Referenzbereich gültig ab	03/2015
Methode	Turbidimetrischer Immunagglutinationstest mit an Latexpartikeln gebundenen monoklonalen Antikörpern, die humane HIT-Antikörper imitieren.
Messungenauigkeit	VK < 12%
Literatur	Warkentin TE. N Engl J Med 2009; 332:1330-5. Greinacher A. J Thromb Haemost 2009;7:9-12. Greinacher A. Thromb Haemost 1994;71:247-51. Amiral J. Br J Haematol 1996;92:954-9. Arepally GM. Blood 2000; 95:1533-40.
Indikation	Verdacht auf eine Heparin-assoziierte Thrombopenie Typ II
Präanalytik	Citrat - Röhrchen unmittelbar nach der Abnahme schwenken
Probenmaterial	Frisches Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse; Analysendauer: ca. 1-3 Stunden
Störfaktoren	Lipämie, Hämolyse,
Klinische Info	Nachweis von Antikörper die gegen einen Heparin-Plättchenfaktor 4-Komplex gerichtet sind. Nur eine kleine Subgruppe von Patienten mit positivem Testresultat entwickelt auch klinische Symptome. Ein "Screening" erscheint daher nicht

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 560 HIT II Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 473 von 845	

	sinnvoll. Die Diagnose „HIT-II“ ergibt sich nur aus der Gemeinsamkeit von klinischen Kriterien und einem positiven Labortestergebnis.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	03/2015
Verrechnungsinfo	laut ASK 5456
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/801110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 517 HIV WB

HIV Westernblot

LOINC-Code	44873-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HIV 1+2 Immunoblot
Referenzbereich	negativ
Referenzbereich gültig ab	1.9.2010
Methode	Line - Immunoassay, spezifische Antigene sgp 120 und gp41, sowie p31, p24 und p17 für HIV-1; die auch mit Antikörpern gegen HIV-2 kreuzreagieren können. Die Antigenbanden gp36 und sgp 105 dienen zum Nachweis von Antikörpern gegen HIV-2
Messungenauigkeit	-
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas. 6.Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005:1699 Medizinische Virologie Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich ; 2.Auflage 2010
Indikation	Bestätigungstest bei positivem Screeningtest
Präanalytik	Vor der Lagerung müssen die Proben zentrifugiert werden, um unlösliche Bestandteile abzutrennen. Lagerung bei 2-8° für 1 Woche. Länger als 1 Woche Aliquots bei -20°, wiederholtes auftauen und einfrieren ist zu vermeiden.
Probenmaterial	Serum, EDTA -Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	-
Klinische Info	Der HIV Immunoblot (Westernblot) ist ein Line-Immunoassay zur Bestätigung der Präsenz von Antikörpern gegen das humane Immundefizienzvirus Typ1 (HIV-1) einschließlich Gruppe O und Typ 2 (HIV-2). In humanem Serum oder Plasma.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 517 HIV WB Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 476 von 845	

	Zusätzlich differenziert INNO-LIA HIV I / II Score zwischen Infektionen mit HIV-1 und HIV-2. Der Test dient als Bestätigungstest für Proben, die mit einem HIV-Screeningtest als positiv befundet wurden. Antikörper können 4-6 Wo nach Infektion im Westernblot nachgewiesen werden. Siehe auch HIV AG/AK
Bemerkung	-
Bereich	Infektion /Molekularbiologie
Folgeparameter	HIV PCR
Letzte Änderung	05/2012
Verrechnungsinfo	lt. ASK 5507
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 863 HIV-AG/AK Screening

HIV AG/AK

LOINC-Code	51866-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HIV AG/AK (1+2AK p24AG)
Referenzbereich	≤ 1,0 gilt als nicht reaktiv, Ergebnis negativ bzw. positiv
Referenzbereich gültig ab	09/2019
Methode	Chemoluminiszenzpartikelimmunoassay (CMIA) Antigen/Antikörper-Assay qualitativer Nachweis von Antikörper gegen HIV-1/HIV-2 und Nachweis von HIV-p24-Antigen
Messungenauigkeit	Ges VK ≤ 14 % (Proben 3facher Grenzwert)
Literatur	Labor und Diagnose Edt L. Thomas 6. Auflage TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1696
Indikation	Screeningtest für Diagnose HIV1/HIV2 Infektion, Screeningtest Spenderblut Plasma
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum / Plasma Stabilität der Proben: 2- 8°C: 14 Tage Tiefgekühlt bei -20°C oder kälter ab 14 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	heterophile Antikörper können bei Immunoassays zu Interferenzen führen
Klinische Info	HIV Humanes Immundefizienz Virus Typ 1 und Typ 2, HIV-1, HIV-2 Das diploide Virusgenom besteht aus zwei einzelnen RNA-Kopien. Die HIV-Infektion beginnt mit der Absorption des Virus an bestimmten Rezeptoren und Korezeptoren von Lymphozyten und Zellen des Retikuloendothelial Systems (RES) und speziell des Mononukleär phagozytären Systems.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

HIV-Antigene sind möglicherweise kurz nach der Infektion mit HIV und vor der Serokonversion in Serum und Plasmaproben nachweisbar. Das HIV-Strukturprotein, das zumeist als Marker einer Antigenämie verwendet wird, ist das Core-Protein p24. Beim Alinity HIV Ag/Ab combo Assay wird anti-HIV-p24 in den Reagenzien zum Nachweis des HIV-p24-Antigens vor der Serokonversion verwendet. Damit wird das Serokonversionsfenster verringert und der frühzeitige Nachweis einer HIV-Infektion verbessert. Der Alinity HIV Ag/Ab Combo Assay dient zum gleichzeitigen qualitativen Nachweis von HIV-p24-Antigen und Antikörpern gegen das HIV TYP 1 und/oder TYP 2 (HIV-1/HIV-2).

HIV-1 wird in 3 Untergruppen unterteilt (M, O,N). In Gruppe M fallen 90 % aller Infektionen, sie wird in genetische Subtypen unterteilt (A-J) und in zahlreiche rekombinanten Formen. In Amerika und Europa dominiert HIV-1-Subtyp B.

HIV-2 wird in 5 Subtypen unterteilt (A-E). Es ist weniger pathogen als HIV-1.

Übertragung des Virus durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten auf nicht intakte Haut- und Schleimhautstellen. Zu den größten Risikogruppen gehören homosexuelle Männer, drogenabhängige Männer und Frauen und der Kontaktpersonen.

Das HI-Virus verursacht die Immunschwächekrankheit AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome):
Akut Phase: 2-4 Wochen nach der Infektion kommt es zu einem mehr oder weniger ausgeprägten grippalen Syndrom. In dieser Zeit entwickelt sich eine massive Virämie, in deren Verlauf bis zu 50 % der CD4-Zellen zerstört werden. (mit zunehmender Zerstörung der CD4-Zellen nimmt die Immunantwort des Körpers ab). Der Organismus reagiert auf die Infektion mit einer starken Immunreaktion (Lymphknotenschwellung), auch die Blut-Hirnschranke wird überwunden. Nach 4-8 Wochen gelingt es dem Organismus, die HIV-Infektion zunächst zu unterdrücken.
Latenzzeit: Für einige Jahre bis zu Jahrzehnten bleibt die HIV-Infektion in subklinischem Zustand. Die Effizienz des Immunsystems nimmt aber nach und nach ab.

AIDS: Durchschnittlich nach 8-10 Jahren fällt die Zahl der CD4-Lymphozyten stark ab, es kommt zum Zusammenbruch des Immunsystems.

Die Vorboten der Aids-Erkrankung sind subfebrile Temperatur, Nachtschweiß, Hautveränderungen, Diarrhoen, Atemwegserkrankungen.

Das Vollbild von Aids ist durch Pneumonie, Tumorerkrankungen (Lymphom, Kaposi-Hauttumor), Zytomegalie und Infektion des ZNS gekennzeichnet.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 863 HIV-AG/AK Screening Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 480 von 845	

	Zur Zeit gibt es noch <u>keine Impfung</u> gegen AIDS, es gibt aber die Möglichkeit der Kombination verschiedener HI-Virostatiker, um die Infektion zu unterdrücken.
Bemerkung	Bei Zuweisungen aus dem Bereich KHR wird bei einem positiven Testergebnis automatisch ein Westernblot und eine PCR-Untersuchung durchgeführt, um eine endgültige Testaussage treffen zu können bzw. den Patienten gleich einer Behandlung zuzuführen, d.h. für Patientinnen im Haus kann nur der HIV AG/AK Assay direkt angefordert werden. Status als Bestätigungslabor: Da das Institut den Status eines Bestätigungslabors hat, ist es für externe Zuweiser möglich, ihre positiven Screeningergebnisse mittels Westernblot bestätigen zu lassen und diesen einzeln anzuordern.
Bereich	Infektionsdiagnostik
Folgeparameter	HIV-Westernblot, quantitative PCR
Letzte Änderung	07/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 5501
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 518 HIV-PCR

Human Immunodeficiency Virus Typ 1 (HIV1 RNA) PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code	20447-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	HIV 1 RNA / PCR
Referenzbereich	Quantitative Analyse -Viruslast (normalerweise wird keine HIV RNA nachgewiesen)
Referenzbereich gültig ab	08/2019
Methode	In-vitro-Reverse-Transkription-Polymerasekettenreaktion (Real Time PCR) zur quantitativen Bestimmung von HIV 1 RNA Konzentrationen
Messungenaugigkeit	1,3 log bis 7,00 log [Kopien/ml], das entspricht 20 bis 10 ⁷ Kopien/ml Standardabweichung zwischen den einzelnen Tests höchstens 0,19 log Kopien bei Konzentrationen zw 500 und 5 Millionen Kopien/ml.
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005:1696 Medizinische Virologie Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich ; 2.Auflage 2010
Indikation	Erkennung einer Virämie in der Frühphase einer akuten Infektion (10-20 Tagen nach HIV – Exposition). Überwachung der Wirkung einer antiretroviralen Therapie
Präanalytik	Vor der Lagerung müssen die Proben zentrifugiert werden, um unlösliche Bestandteile abzutrennen. Lagerung bei 2-8° für 3 Tage, -20° 30 Tage. Länger als 1 Monat bei -70° lagern (wiederholtes auftauen und einfrieren ist zu vermeiden).
Probenmaterial	EDTA- Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heparin als Antikoagulans, unzureichende Qualität und /oder Quantität des Probenmaterials
Klinische Info	Der RealTime HIV1 Assay dient zur Detektion von HIV 1 Subtypen der Gruppen M, O und N.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 518 HIV-PCR Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 483 von 845	

	Siehe HIV AG/AK
Bemerkung	Die Viruslast wird am Befund in Kopien/ml und gleichzeitig in Log [Kopien/ml] angegeben. The limit of dedection (LOD) of HIV-1 beträgt 20 Kopien/ml). Bei Serumproben erfolgt eine Interpretation positiv/negativ, es erfolgt keine quantitative Viruslastbestimmung
Bereich	Infektion / Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2023
Verrechnungsinfo	lt. ASK 6286
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 406 Homocystein

Homocystein

LOINC-Code	13965-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Homocystein
Referenzbereich	5 – 15 µmol/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Immunnephelometrie
Messungenauigkeit	VK 7,4% bei 11,8µmol/l
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Cardiovaskulärer Risikofaktor, Anämie Differenzierung
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8°C 7 Tage
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Homocystein ist ein Intermediärprodukt im Stoffwechsel der essentiellen Aminosäure Methionin und benötigt zur weiteren Metabolisierung Folsäure und die Vitamine B6 und B12. Erhöhte Homocystein – Konzentrationen finden sich in der Hauptsache bei manifesten Folat - Vitamin B6 – und Vitamin B12 – Mangelzuständen. Weiters führt Hyperhomocysteinämie zu einem Verlust der antithrombotischen Endothelfunktion.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 406 Homocystein Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 486 von 845	

Folgeparameter	Folsäure, Vitamin B12
Letzte Änderung	10. 2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5518
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 519 HSV_DNA_SM

Herpes-simplex-Viren Typ1 und Typ 2, Varicella-Zoster-Virus / PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code

HSV1-DNA /SM: 16130-7
 HSV2 -DNA /SM: 16131-5
 VZV-DNA /SM: 11483-5
 HSV1-DNA/Liquor: 16952-4
 HSV2-DNA/Liquor: 16960-7
 VZV-DNA/Liquor: 21598-8
 Enterovirus- RNA/Liquor: 29558-4
 Im Liquor im Block Neurotope Viren: LNVN anforderbar

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

HSV1-DNA/ SM PCR SM= Sondermaterial (BAL,Abstrich)
 HSV2-DNA/ SM PCR
 VZV-DNA/ SM PCR
 HSV1-DNA/Liquor
 HSV2-DNA/Liquor
 VZV-DNA/Liquor
 Enterovirus- RNA/Liquor

Referenzbereich

Qualitative Analyse (normalerweise wird keine Virus-DNA nachgewiesen)

Referenzbereich gültig ab

09/2010

Methode

Real Time PCR

Messungenauigkeit

Nachweisgrenze <50 Kopien/ml

Literatur

Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage, Th-Books Verlagsgmbh 2005:1693
 Medizinische Virologie Hans W. Doerr, Wolfram H. Gerlich ; 2.Auflage 2010

Indikation

Differentialdiagnose, Therapiemonitoring

Präanalytik

Abnahme mit Entnahme u. Transportsystem Copan (ESwab) enthält flüssiges Transportmedium das frei von Enzymen und Hemmstoffen ist.
 Haltbarkeit bei Raumtemperatur 2 Tage, bei 2-8°C bis 7 Tage, länger bei -20°C

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 519 HSV_DNA_SM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 489 von 845	

Probenmaterial	Abstriche , BAL (bronchoalveoläre Lavage),
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	-
Klinische Info	HSV1, HSV2 und VZV gehören zur Familie der Herpesviren, die beim Menschen für ein großes Spektrum an Infektionen verantwortlich sind. Die Primärinfektion ist im Allgemeinen auf Schleimhaut und Haut limitiert. Nach der Primärinfektion existiert das Virus beim Infizierten latent weiter und kann, begünstigt durch eine chronische oder vorübergehende Immunsuppression, reaktiv werden und wieder Infektionen hervorrufen, die auch ernsthafte klinische Formen wie Encephalitis, Meningitis, Retinitis nach sich ziehen können.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion /Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2013
Verrechnungsinfo	HSV je Virus lt. ASK 6283 VZV lt. ASK 6067
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 6
Gültig ab: 29.08.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 408 IgA

IgA

LOINC-Code	2458-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	IgA
Referenzbereich	12-60: m: 0,63 – 4,84 g/l w: 0,65 – 4,21 g/l > 60: m: 1,01 – 6,45 g/l w: 0,69 – 5,17 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Turbidimetrie
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,0 (206 mg/l)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:963
Indikation	Verdacht auf Antikörpermangel, Dys- und Paraproteinämie
Präanalytik	Serum rasch zentrifugieren
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> Nach Möglichkeit frische Proben analysieren. Serum 2-8°C: 3 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämie
Klinische Info	Immunglobuline werden von Plasmazellen als humorale Immunantwort auf einen Kontakt des Immunsystems mit Antigenen gebildet. Diese Antikörper werden an das Blut und andere Körperflüssigkeiten abgegeben und bewirken die Abwehr von Infektionen. Jeder Antikörper hat ein bestimmtes Ziel. Treffen AK auf einen bestimmten Erreger, wird

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Produktion des passenden Antikörpers veranlasst. AK können sich auch gegen den eigenen Organismus richten (Autoimmunkrankheiten z.B rheumatologische Erkrankungen)
 Unterschieden werden 5 Haupt Ig-Klassen. Im Serum Gesunder sind die Ig-Klassen IgG, IgA, IgM, IgD und IgE in abnehmender Konzentration vorhanden.

Bei Erstkontakt werden als Primärreaktion zunächst Antikörper der Klasse IgM erzeugt, diesen folgt die Bildung von IgG- und auch IgA-Antikörpern.

IgA-Antikörper kommen als Serum-IgA oder als sekretorisches IgA vor. Es wird davon ausgegangen, dass IgA bei der Neutralisierung von Viren eine wichtige Rolle spielt. Serum IgA liegt zu 90 % als Monomer und ca. 10 % in polymerisierter Form vor. In der Serumproteinelektrophorese wandert IgA im kathodischen Teil der β und im anodischen Teil der γ Fraktion. Das sekretorische IgA befindet sich in Körpersekreten wie Speichel, Tränenflüssigkeit, Gastrointestinal- und Bronchialsekreten, Muttermilch, Kolostrum und wird von den Plasmazellen in den gastrointestinalen- und bronchialen Schleimhäuten und in den Milchgängen synthetisiert. Eine wichtige Funktion des sekretorischen IgA besteht im Schutz der Gewebe des Respirations-, Urogenital- und Verdauungstraktes vor Infektionen.

Die quantitative Bestimmung von IgA im Serum ist angezeigt bei wiederholt auftretenden Infektionen, insbesondere des unteren Respirations- und Gastrointestinaltraktes, sowie bei anaphylaktischen Reaktionen und zur Differenzierung und Verlaufskontrolle bestimmter Myelome.

Erhöhte IgA-Werte im Serum:

- Chronische Lebererkrankungen (Lebercirrhose)
- Chronische Infektionen (insbesondere Verdauungs- und Respirationstrakt)
- Entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn)
- Autoimmunerkrankungen (rheumatoide Arthritis)
- Multiples Myelom (Monoklonal erhöhte IgA-Werte)

IgA-Mangel: Immunschwächekrankheiten

1. Primäre Verminderung von IgA: Ein IgA Mangel kann angeboren oder im späteren Leben erworben worden sein. kann vermehrt zu Infektionen kommen.

Patienten mit verminderten IgA-Werten dürfen keine IgA-haltigen Infusionen erhalten (anaphylaktische Reaktion)

2. Sekundäre Verminderung von IgA (durch eine Krankheit verursachter Mangel)

- Maligne Tumorerkrankungen (multiples Myelom, Lymphome)
- Eiweißverluste über den Darm
- Eiweißverluste über die Niere (nephrotisches Syndrom)
- Großflächige Verbrennungen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 408 IgA Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 493 von 845	

	• Medikamente • Bestrahlungen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	IgG, IgM
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5552
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 409 IgE Gesamt

IGE - Gesamt

LOINC-Code	19113-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	AL- tIgE
Referenzbereich	< 87 U/ml
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Elektrochemilumineszenz-Immunoassay
Messungenauigkeit	VK 6,7 % bei 107 IU/ml
Literatur	L.Thomas. / Immunglobuline / Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Allergiediagnostik
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8°C 3 Tage bei – 20° C 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Immunglobulin E wird überwiegend in den Plasmazellen der Schleimhaut des Darms und des Respirationstraktes gebildet und ins Blut abgegeben. Wenn sich nun IgE mit seinem Fc-Teil an Rezeptoren auf der Oberfläche von Mastzellen und basophilen Leukozyten anlagert wird die allergische Reaktion in Gang gesetzt. Bei Kontakt mit spezifischen Allergenen, die vom IgE erkannt werden, setzen diese Zellen vasoaktive Amine frei, die eine Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp auslösen.
Bemerkung	Erhöhte IgE Werte finden sich auch bei Myelomen, pulmonaler Aspergillose und Parasitenbefall

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer: 409 IgE Gesamt
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 496 von
845

Bereich	Immunologie
Folgeparameter	Einzelallergene
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 3223
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 410 IgG

IgG

LOINC-Code	2465-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	IgG
Referenzbereich	m 5,4 – 18,22 g/l w 5,52 – 16,31 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Turbidimetrie
Messungenauigkeit	VK $\leq$ 1,4 (2264 mg/l)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:963
Indikation	Verdacht auf Antikörpermangel, Dys- und Paraproteinämie
Präanalytik	Serum rasch zentrifugieren
Probenmaterial	Serum <u>Haltbarkeit der Proben:</u> 2-8°C: 3 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämie
Klinische Info	IgG ist die dominierende Immunglobulinklasse im Blut. Die Hälfte des Gesamt-IgG des Organismus ist im

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Serum, die andere Hälfte in den Körperflüssigkeiten verteilt. IgG sind bei Erstinfektion (primäre Immunantwort) gewöhnlich die Zweit-Antikörper (nach IgM), und die Erst-Antikörper bei wiederholter Infektion mit dem gleichen Erreger (sekundäre Immunantwort). In der Serumelektrophorese ist IgG in der γ Fraktion gelegen. IgG- Ak sind die einzigen Antikörper, die von der Mutter auf den Fötus übertragen werden können. Die Fähigkeit von IgG, die Plazenta passieren zu können, ist während der ersten Lebenswochen des Kindes von besonderer Bedeutung für den Infektionsschutz.

Es können 4 IgG Subklassen unterschieden werden IgG₁, IgG₂, IgG₃, IgG₄. Die IgG Subklasseantwort wird durch Interleukine moduliert. Bei Gesunden dominieren im Blut IgG₁ und IgG₂, in den Tonsillen B-Zellen mit IgG₁ und IgG₃.

Das Fc-Fragment des IgG-Moleküls hat durch Bindung an Fc-Rezeptoren von Immunzellen eine wichtige Funktion in der Immunantwort – es vermittelt die Aufnahme zB. von IgG beladenen Bakterien durch Makrophagen, die Clearance von IgG hältigen Immunkomplexen sowie die Vermittlung zytotoxischer Reaktionen durch Monozyten, Makrophagen, Granulozyten und Lymphozyten.

Erhöhte IgG-Werte im Serum:

- Längerandauernde Entzündungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa)
- Chronische oder rezidivierende Infektionen
- Autoimmunerkrankungen
- Chronische Erkrankungen der Leber (Lebercirrhose)
- Multiples Myelom
- Lymphom etc.

Erniedrigte IgG Werte:

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 410 IgG Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 500 von 845	

	<u>Primäre</u> Immunschwäche (angeboren) <u>Sekundäre</u> Immunschwäche (durch eine andere Krankheit verursacht) • Maligne Tumorerkrankungen (multiples Myelom) • Eiweißverluste über den Darm • Eiweißverluste über die Niere (nephrotisches Syndrom) • Medikamente • Bestrahlungen • Großflächige Verbrennungen
Bemerkung	-
Bereich	Immunologie
Folgeparameter	IgA, IgM
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5557
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 411 IgM

IgM

LOINC-Code	2472-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	IgM
Referenzbereich	m: 0,22 – 2,4 g/l w: 0,33 – 2,93 g/l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Turbidimetrie
Messungenauigkeit	Gesamt VK $\leq$ 4,4 % , 1,6 (2,19 g/l)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:963
Indikation	Verdacht auf Antikörpermangel, Dys- und Paraproteinämie
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum: 2 – 8 °C 3 Tage - 20 °C 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämie
Klinische Info	Immunglobuline der Klasse IgM sind für die primäre Immunantwort relevant und sind Antigenrezeptoren auf nicht-aktivierten B-Zellen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

75-80 % der IgM sind intravaskulär. In der Serumproteinelektrophorese wandert IgM zwischen der γ und der α 2 Region. IgM zirkuliert im Serum als Pentamer, es gibt aber auch kleine Mengen von Monomeren und Hexameren. Es werden zwei IgM-Subklassen unterschieden:

Wie bei IgA gibt es im Körpersekret sekretorisches IgM. Wesentliche Aufgabe ist die Infektionsabwehr von Krankheitserregern und die Komplementaktivierung.

Mütterliches IgM passiert nicht die Plazentaschranke. Nach der Geburt nimmt die IgM-Synthese stark zu da der Fetus ab der SSW 20 IgM produzieren kann

IgM Werte > 0,2 g/l im Nabelschnurblut sind ein Hinweis auf intrauterine Infektion.

Erhöhte IgM-Werte im Serum:

- Infektionen besonders in der Akutphase
- Erkrankungen der Leber
- Maligne Lymphome
- Verschiedene Tumore etc.

IgM-Mangel:

- Maligne Tumorerkrankungen
- Multiples Myelom
- Großflächige Verbrennungen
- Medikamente
- Bestrahlungen
- Eiweißverluste über den Darm

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	IgG, IgA
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinformation	laut ASK 5564

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 411 IgM
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 504 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 412 IL-6

Interleukin - 6

LOINC-Code	26881 - 3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Interleukin - 6
Referenzbereich	< 5,9 ng/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Sequentieller Festphasen – Chemilumineszenz - ImmunoAssay
Messungenauigkeit	bei 89ng/l VK 4%
Literatur	L. Thomas – Labor und Diagnose – 6. Auflage 2005
Indikation	Prognose bei Sepsis und Trauma
Präanalytik	Stabilität: 24 Stunden bei 2 – 8° C bei – 20° C 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können Interferenzen verursachen
Klinische Info	Interleukin - 6 wird von Immunzellen, vor allem Monozyten, Makrophagen und nicht-immunologischen Zellen wie z.B. Epithel und Endothelzellen produziert. Hohe Serumwerte von IL-6 bei Sepsis oder SIRS sprechen für eine Überaktivierung von Monozyten/Makrophagen. Diese Zellen sezernieren IL-6 innerhalb von 6 Stunden nach Kontakt mit Bakterien bzw. Bakterientoxinen und behalten diese Aktivität über einen etwas prolongierten Zeitraum von 24 – 48 Stunden bei. Gewebhypoxie und Trauma führen ebenfalls zu einer massiven Freisetzung von IL-6 aus nicht-immunologischen Zellen. Dadurch ist IL-6 auch als Marker für das Ausmaß einer Organschädigung bzw. peripheren Hypoxie von Bedeutung.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer: 412 IL-6
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 507 von
845

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	LBP
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6366
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 413 Immunfixation im Serum

Immunfixation im Serum

LOINC-Code	25700-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	IMMFIK - S
Referenzbereich	-
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Kapillarelektrophorese / Immunsubtraktion
Messungenauigkeit	-
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	V.a. monoklonale Gammopathie (Multiples Myelom, MGUS)
Präanalytik	Hämolyse
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Positive Befunde ergeben sich bei Multiplem Myelom (Plasmozytom), Morbus Waldenström und MGUS. Untersucht werden Immunglobuline der schweren sowie der leichten Ketten in der Kapillarelektrophorese.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 413 Immunfixation im Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 510 von 845	

Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5550
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2964 Infliximab (Remicarde)

Parameter: Infliximab (Remicarde)

LOINC-Code	39803-2 Infliximab, 72623-2 Infliximab- AK
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Infliximab , Infliximab AK
Referenzbereich	0,5 – 6 µg/ml Serumkonzentration von Infliximab; Infliximab - AK Messbereich :10 - 200 ng/mL
Referenzbereich gültig ab	05/2015
Methode	quantitativer ELISA
Messungenauigkeit	Intra-run: 1,8 -5,4 CV% , Inter-runs: 6,5- 13,6 CV%
Literatur	RxList ,Drugs A-Z, Pharmacokinetics
Indikation	Monitoring unter Therapie mit TNF-alpha Hemmer
Präanalytik	Serum sollte nur 1x eingefroren/aufgetaut werden .Eingefroren 6 Monate haltbar
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Lipämische Seren dürfen nicht verwendet werden.
Klinische Info	Infliximab ist ein monoklonaler Antikörper gegen TNF-alpha und wird zur Therapie chronisch entzündlichen Autoimmunerkrankungen (RA, Mb.Bechterew, cutaner Psoriasis, Mb.Crohn und Colitis ulcerosa)eingesetzt.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2964 Infliximab (Remicarde) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 513 von 845	

	Ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn und Wiederholung nach 2 und 6 Wochen mit Dosen von 3mg/kg oder 5mg/kg sind Serumkonzentrationen von 0,5 – 6 µg/mL zu erwarten. Patienten die Antikörper gegen Remicade entwickeln haben Serumkonzentrationen die unter der Nachweisgrenze (<0,1µg/mL) liegen und erhöhte AK Spiegel.
Bemerkung	Gefahr einer Hepatitis B Reaktivierung, Abklärung vor Therapiebeginn: HBVsAg und HBVc Ak
Bereich	Immunologie
Folgeparameter	Hepatitis B Screening vor Therapiebeginn, Verlaufskontrolle CRP, IL-6
Letzte Änderung	29 .4.16
Verrechnungsinfo	Lt. ASK 6185
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2660 Insulin

Parameter: Insulin

LOINC-Code	47668-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Insulin basal, Insulin stim. , Hungerversuch
Referenzbereich	3,21 – 16,32 µU/ml
Referenzbereich gültig ab	7/14
Methode	CLIA (Chemilumineszenzimmunoassay)
Messungenauigkeit	VK <6%
Literatur	Labor und Diagnose L.Thomas.10.Auflage, (www.labor-und-diagnose.de)
Indikation	Diabetes Typ I und II, Insulinom, Hyperinsulinismus
Präanalytik	Nüchternabnahme, Hämolyse unbedingt vermeiden
Probenmaterial	Serum , 48h bei 2-8 °, länger bei -20°
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Bestimmung des Insulin für die Diagnose von Diabetes mellitus und weiteren Störungen des Metabolismus von Zucker und Fett, nur in Zusammenhang mit weiteren Untersuchungen zb Glukosetoleranztest bei DM. Eine Zunahme der Insulinwerte wird bei Akromegalie, Fettsucht Cushing und unter oralen Kontrazeptiva beobachtet, bei Diabetes eine Verminderung der Insulinwerte. Diagnose des Insulinoms mittels Hungerversuch.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2660 Insulin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 516 von 845	

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	c-peptid, Glukosetoleranztest
Letzte Änderung	7/2023
Verrechnungsinfo	ASK 5584
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 414 Kalium s

Kalium/Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial

LOINC-Code	Kalium S: 2823-3, Kalium PD: 39785-1, Kalium SM 2821-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Kalium, Kalium/PD, Kalium/SM
Referenzbereich	Serum: Neugeb.: 5,6 -12,0 mmol/l Kinder <12a: 3,4 - 4,7 mmol/l Jugendliche und. Erw. 3.5 - 5.1 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit Ionenselektiven Elektroden
Messungenauigkeit	VK = 1,4% (4,2 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Störungen im Elektrolyt-, Säure-Basen- und Wasserhaushalt, Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial <u>Haltbarkeit der Proben:</u> Serum und Plasma 20-25°C: 1 Woche 2-8°C: 1 Woche -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse, alte Blutprobe Hämolyseindex < 50: Wert wird an die Station verschickt

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Hämolyseindex 50-100: Wert wird mit Vorbehalt an die Station verschickt
Hämolyseindex > 100: Wert wird im Befund gestrichen

Kalium ist das wichtigste intrazelluläre Kation. Es wird vor allem über die Niere ausgeschieden, deshalb ist die Kaliumkonzentration ein wichtiger Parameter in der Diagnose und Verlaufsbeobachtung von Nierenkrankheiten. Der Organismus reguliert den K-Haushalt durch eine verminderte bzw. vermehrte Ausscheidung über die Nieren,

- das Nebennierenhormon Aldosteron fördert die K-Ausscheidung, der K-Spiegel sinkt,
- das Fehlen von Aldosteron hemmt die Kaliumausscheidung, der K-Spiegel steigt,
- Verschiebungen von K in oder aus den Zellen,
- Einstrom in die Zellen werden u.a. vom Insulin gesteuert.

Die Kaliumkonzentration in den Erythrozyten beträgt ~ das 23-fache der Konzentration im Serum/Plasma, aus diesem Grund ist die Hämolyse ein wichtiger Störfaktor

Hyperkaliämie: Die Hyperkaliämie ist definiert als eine Kaliumerhöhung im Serum oder Plasma von > 5,1 mmol/l. Zur Aufrechterhaltung der K-Balance wird zugeführtes K renal eliminiert. Die Hyperkaliämie ist immer ein Zeichen eines Versagens der K-Balance. Bei normaler Nierenfunktion kommt es selten zur Ausbildung einer Hyperkaliämie, da die Niere mit einer Erhöhung der K-Ausscheidung reagiert. Die klinischen Symptome der Hyperkaliämie sind kardiovaskulärer und neuromuskulärer Natur. Die kardiovaskulären Symptome führen im EKG zu Veränderungen.

Ursachen einer Hyperkalämie.

- Es wird zu wenig K ausgeschieden (z.B. Nierenschaden, Nierenversagen, Medikamente).
- Dem Organismus wird zu viel K zugeführt (z.B. Tabletten, Infusionen).
- K-Verteilungsstörung: K tritt aus den Zellen aus (Azidose, Insulinmangel, Zellzerstörung).
- Medikamente

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 414 Kalium s Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 520 von 845	

	<u>Hypokaliämie:</u> Definiert durch eine Kalium-Konzentration im Plasma oder Serum von unter 3,5 mmol/l. Konzentrationen < 2,5 mmol/l verursachen praktisch immer klinische Symptome (Herzrhythmusstörungen bis zum Herzstillstand) Ursachen einer Hypokalämie: • Zu viel K wird über die Nieren ausgeschieden (Medikamente). • K geht über den Darm verloren (Diarrhoe). • K-Verteilungsstörung (selten) • Dem Organismus wird zu wenig K zugeführt (selten).
Bemerkung	Auch im Harn bestimmbar.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5593
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 415 Kalium U

Kalium/ Urin

LOINC-Code	2828-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Kalium/U
Referenzbereich	25 - 125 mmol/24h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit ionenselektiver Elektrode
Messungenauigkeit	VK = 1,4% (31 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Unterscheidung zwischen renaler und extrarenaler Ursache bei Zuständen mit Hyper- oder Hypokalämie, Verdacht auf Einnahme nicht-K-sparender Diuretika
Präanalytik	24-Stunden-Urin ohne Zusatz sammeln, Menge in Diagnosezeile eingeben
Probenmaterial	Urin Haltbarkeit: 20-25°C: 45 Tage 2-8°C: 2 Monate -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Sammelfehler
Klinische Info	Kalium ist das wichtigste intrazelluläre Kation. Es wird vor allem über die Niere ausgeschieden, deshalb ist die Kaliumkonzentration ein wichtiger Parameter in der Diagnose und Verlaufsbeobachtung von Nierenkrankheiten.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Der Organismus reguliert den K-Haushalt durch eine verminderte bzw. vermehrte Ausscheidung über die Nieren,

Hyperkaliämie: Die Hyperkaliämie ist definiert als eine Kaliumerhöhung im Serum oder Plasma auf $> 5,1 \text{ mmol/l}$. Zur Aufrechterhaltung der K-Balance wird zugeführtes K renal eliminiert. Die Hyperkaliämie ist immer ein Zeichen eines Versagens der K-Balance. Bei normaler Nierenfunktion kommt es selten zur Ausbildung einer Hyperkaliämie, da die Niere mit einer Erhöhung der K-Ausscheidung reagiert. Die klinischen Symptome der Hyperkaliämie sind kardiovaskulärer und neuromuskulärer Natur. Die kardiovaskulären Symptome führen im EKG zu Veränderungen.

Ursachen einer Hyperkalämie.

- Es wird zu wenig K ausgeschieden (z.B. Nierenschaden, Nierenversagen, Medikamente)
- Dem Organismus wird zu viel K zugeführt (z.B. Tabletten, Infusionen)
- K-Verteilungsstörung: K tritt aus den Zellen aus (Azidose, Insulinmangel, Zellzerstörung)
- Medikamente

Hypokaliämie: Definiert durch eine Kalium-Konzentration im Plasma oder Serum von unter $3,5 \text{ mmol/l}$. Konzentrationen $< 2,5 \text{ mmol/l}$ verursachen immer klinische Symptome (Herzrhythmusstörungen bis zum Herzstillstand)

Ursachen einer Hypokalämie:

- Zu viel K wird über die Nieren ausgeschieden (Medikamente)
- K geht über den Darm verloren (Diarrhoe)
- K-Verteilungsstörung (selten)
- Dem Körper wird zu wenig K zugeführt (selten)

Bei Kaliummangel hilft die Bestimmung von Kalium im Spontanurin die Verluste zu lokalisieren

- Eine Konzentration $< 10 \text{ mmol/l}$ bei bestehender Hypokalämie = Hinweis auf extrarenale Verluste

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 415 Kalium U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 524 von 845	

	• Eine Konzentration > 10 mmol/l weist auf renale Verluste hin Die Bestimmung von Kalium im Harn hat besonders als ergänzende Information beim Vorliegen eines zu hohen oder zu niedrigen Kaliumspiegels im Blut Bedeutung, z.B: • K ist im Serum erhöht, verminderte Ausscheidung von K im Harn spricht dafür, dass die Nieren zu wenig K ausscheiden. • K ist im Serum zu niedrig und hohe Ausscheidung von K im Harn spricht dafür, dass das K über die Nieren verloren geht.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte relevante Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5593
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3246 Kollagenose assoz. AK (ANA)

Parameter: Kollagenose assoz. AK (ANA)

LOINC-Code	Muster: 13068-2 Titer: 5048-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	ANA Titer IF, ANA Muster IF,
Referenzbereich	1:80 – 1:160 suspekt, > 1:160 positiv
Referenzbereich gültig ab	02/2016
Methode	Indirekter Immunfluoreszenztest
Messungenauigkeit	-
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 8.Auflage; 2012 Seite 1446
Indikation	V.a.Kollagenosen: SLE, Sjögren-Syndrom, Mischkollagenosen (MCTD), Sklerodermie, Crest-Syndrom, Polymyositis. Verdacht auf Autoimmune Hepatitis und rheumatoide Arthritis.
Präanalytik	Lagerung: 1 Tag bei RT, max 7 Tage 2 - 8°C, bei längerer Lagerung Proben einfrieren (-20°C oder kälter)
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämische, Hämolytische oder kontaminierte Proben
Klinische Info	Antinukleäre Antikörper (ANA) sind eine Gruppe von Autoantikörpern die gegen im Zellkern lokalisierte Antigene gerichtet sind und wichtige Diagnose und Klassifikationskriterien von Autoimmunerkrankungen darstellen. Bei einer positiven Reaktion auf der Hep2-Zelle wird auf Grund der Titerhöhe und des Fluoreszenzmusters eine Differenzierung (ENA

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00 | Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00 | Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang | Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang | Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3246 Kollagenose assoz. AK (ANA) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 527 von 845	

	Subsets und dsDNA) durchgeführt. Mit spezifischen Immunoassays (Luminex) werden folgende Antigene im Rahmen der Stufendiagnostik bestimmt. SS-A/Ro60, SS-A/Ro52, SS-B/La, RNP/Sm, Sm, Scl70, Jo1, Histone, X-Ribosomale AK und bei entsprechendem Fluoreszenzmuster auch CENP-B bei zentromerem Muster und DSF70 bei dicht fein gesprenkeltem Muster. Negative ANA schließen einen SLE mit 95% Wahrscheinlichkeit aus. Unspezifisch positive ANA können auch nach Virusinfektionen und nach Einnahme bestimmter Medikamente aber auch bei Gesunden ohne Krankheitswert vorkommen.
Bemerkung	Sh. www.anapatterns.org
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	ENA, dsDNA, Immunoblot
Letzte Änderung	10/2023
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5109
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 148 Komplettes Blutbild

Komplettes Blutbild

LOINC-Code

Kurzbezeichnung
(Analysenbezeichnung am Befund)

Blutbild mit Differentialblutbild

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 7

Gültig ab: 02.09.2025

Referenzbereich

Alter/Geschlecht	Referenz- bereich	Einheit	Alter/Geschlecht	Referenz- bereich	Einheit	Alter/Geschlecht	Referenz- bereich	Einheit
Leukozyten			Hämoglobin			Mittleres Zellvolumen (MCV)		
bis 1 Tag	13-38	G/L	bis 1 Tag	14-25	g/dl	bis 3 Tage	95-121	fl
bis 1 Monat	5-20	G/L	bis 1 Woche	14-22	g/dl	bis 1 Woche	88-126	fl
bis 1 Jahr	6-17	G/L	bis 1 Jahr	10-15	g/dl	bis 2 Wochen	86-124	fl
bis 6 Jahre	5-15	G/L	bis 14 Jahre	11,5-15	g/dl	Bis 1 Monat	85-123	fl
bis 14 Jahre	4,3-12	G/L	über 14 Jahre, weiblich	12-16	g/dl	bis 2 Monate	77-115	fl
über 14 Jahre	4-10	G/L	über 14 Jahre, männlich	13-17	g/dl	bis 6 Monate	74-108	fl
Erythrozyten			Hämatokrit			bis 2 Jahre	70-86	fl
bis 3 Tage	4,0-6,6	T/L	bis 3 Tage	45-67	%	bis 12 Jahre	80-95	fl
bis 1 Woche	3,9-6,3	T/L	bis 1 Woche	42-66	%	über 12 Jahre	80-96	fl
bis 2 Wochen	3,6-6,2	T/L	bis 2 Wochen	39-63	%	Mittleres Zellhämoglobin (MCH)		
Bis 1 Monat	3,0-5,4	T/L	Bis 1 Monat	31-55	%	bis 3 Tage	31-37	pg
bis 2 Monate	2,7-4,9	T/L	bis 2 Monate	28-42	%	bis 2 Wochen	28-40	pg
bis 6 Monate	3,1-4,5	T/L	bis 6 Monate	29-41	%	Bis 1 Monat	28-38	pg
bis 2 Jahre	3,7-5,3	T/L	bis 2 Jahre	33-39	%	bis 2 Monate	26-34	pg
bis 14 Jahre	3,9-5,3	T/L	bis 14 Jahre	37-49	%	bis 6 Monate	25-35	pg
über 14 Jahre, männlich	4,5-5,5	T/L	über 14 Jahre, weiblich	38-44	%	bis 2 Jahre	23-31	pg
über 14 Jahre, weiblich	4,0-5,0	T/L	über 14 Jahre, männlich	43-50	%	bis 4 Jahre	22-32	pg
Thrombozyten			Mittl. Korp. HB Konz. (MCHC)			bis 14 Jahre	23-33	pg
bis 1 Tag	80-190	G/L	bis 12 Jahre	30-36	g / dl	über 14 Jahre	26-34	pg
bis 2 Wochen	80-250	G/L	über 12 Jahre	32-36	g / dl	Retikulozyten relativ		
bis 14 Jahre	140-440	G/L	RDW-CV			alle	0,7-2,0	%
über 14 Jahre	150-400	G/L	alle	11,5-14,5	%	Retikulozyten absolut		
IPF (Retikulierte Thrombozyten)						alle	32-110	G/L
alle	2-10	%				Unreife Retikulozyten relativ (IRF)		
Mittleres Plättchenvolumen (MPV)						alle	1-17	%
alle	9,4-12,5	fl				Retikulozyten-Hämoglobingehalt		
						alle	27-38	pg

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 7

Gültig ab: 02.09.2025

Alter/Geschlecht	Referenz- bereich	Einheit	Alter/Geschlecht	Referenz- bereich	Einheit
Neutrophile Granulozyten absolut			Neutrophile Granulozyten relativ		
bis 1 Tag	5-28	G/L	bis 1 Tag	50-85	%
bis 2 Monate	1-10	G/L	bis 6 Monate	20-50	%
bis 6 Monate	1-9	G/L	bis 6 Jahre	35-55	%
bis 6 Jahre	1,5-8,5	G/L	bis 12 Jahre	30-60	%
bis 12 Jahre	1,8-8	G/L	über 12 Jahre	50-70	%
über 12 Jahre	1,9-8	G/L			
Lymphozyten absolut			Lymphozyten relativ		
bis 1 Tag	2-11,5	G/L	bis 1 Tag	15-45	%
bis 2 Monate	2,5-13	G/L	bis 6 Monate	40-80	%
bis 6 Monate	3,5-12	G/L	bis 6 Jahre	40-60	%
bis 2 Jahre	3-10	G/L	bis 12 Jahre	30-50	%
bis 6 Jahre	1,5-7,5	G/L	über 12 Jahre	20-40	%
bis 12 Jahre	1,2-6,5	G/L			
über 12 Jahre	0,8-3,5	G/L			
Monozyten absolut			Monozyten Relativ		
bis 1 Tag	0,2-3,1	G/L	bis 1 Tag	5-13	%
bis 2 Monate	0,2-2,2	G/L	bis 14 Tage	5-15	%
bis 6 Monate	0,2-1,5	G/L	bis 2 Monate	5-20	%
über 6 Monate	0,2-0,7	G/L	bis 6 Monate	5-15	%
			über 6 Monate	2-10	%
Eosinophile absolut			Eosinophile Relativ		
bis 1 Tag	0-1	G/L	alle	1-4	%
bis 6 Monate	0-0,8	G/L			
bis 6 Jahre	0-0,7	G/L			
bis 12 Jahre	0-0,6	G/L			
über 12 Jahre	0-0,4	G/L			
Basophile absolut			Basophile Relativ		
bis 1 Tag	0-0,5	G/L	alle	0-1,5	%
alle	0-0,2	G/L			
Unreife Granulozyten absolut			Unreife Granulozyten relativ		
alle	0-0,03	G/L	alle	0-0,5	%

Referenzbereich gültig ab

08/2018

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 7

Gültig ab: 02.09.2025

Methode

Sysmex XN-3000

Automatische hämatologie Analyseeinheit. System mit 2 Analyseeinheiten (XN-10/XN-20), einem Ausstrich- und Färbeautomat für die Hämatologie (SP-50) und einem Sampler (SA-30).

100 Tests/Stunde, 83 Tests/Stunde BB mit Retikulozyten

Messungengenauigkeit

Leistungsdaten Sysmex XN-3000		Präzision im Lauf	
Analytische Bereiche (Modus Vollblut)		Modus Vollblut	
Leuko	0,00 - 440,00 x 10 ³ /µl	Leuko	3,0% oder weniger
Ery	0,00 - 8,60 x 10 ⁶ /µl	Ery	1,5% oder weniger
Thrombo	0,00 - 5000 x 10 ³ /µl	HB	1,0% oder weniger
HB	0,00 - 26,0 g/dl	MCV	1,0% oder weniger
Reti%	0,00 - 30,00%	Thrombo	4% oder weniger
Analytische Bereiche (Modus Vorverdünnung)		Reti%	15% oder weniger
Leuko	0,00 - 100,00x10 ³ /µl		
Ery	0,00 - 8,60 x 10 ⁶ /µl		
Thrombo	0,00 - 1000 x 10 ³ /µl		
HB	0,00 - 26,0 g/dl		
Reti			

Präzision:

Die Werte werden als Variationskoeffizienten angegeben (95 % Zuverlässigkeit), wenn die Analyse des peripheren Bluts oder Kontrollbluts zehnmal in Folge oder häufiger wiederholt wird.

Literatur

Wintrobe's Clinical Hematology, 10th Edition; Williams Hematology 7th Edition; Thomas, Labor und Diagnose 8.Auflage

Indikation

Leukozytosen, Zytopenien, Infektionen, Intoxikationen, Verdacht auf Hämatologische Erkrankungen wie Anämien, Leukämien, Lymphome. Ein mikroskopisches Differentialblutbild wird nach im Labor vorgegebenen Kriterien erstellt und kann von den Stationen nicht extra angefordert werden, ein maschinelles Differentialblutbild erfolgt bei jeder Anforderung automatisch.

Präanalytik

EDTA -Blut

Stabilität der Proben: 20-25°C: 48 h

Für die Mikroskopische Untersuchung sollte der Blutaussstrich im Labor innerhalb von 8 h erfolgen.

Erstellung:

Belegschaft (Koord.)

Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:

Oberste Leitung

Freigabe:

Q-Administration

VersionNr. 7

Gültig ab: 02.09.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 148 Komplettes Blutbild Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 533 von 845	

Probenmaterial	EDTA –Blut, alternativ Citratblut bei Verdacht auf EDTA-induzierte Pseudothrombozytopenie
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Angeronnene Probe, Kälteagglutinine, Lyseresistenz der Erythrozyten, Plättchenaggregate
Klinische Info	Die Erythrozytenzahl (rote Blutkörperchen) ist eine Basisuntersuchung zur Erfassung von Störungen der Erythropoese. Sie transportieren den Sauerstoff von der Lunge ins Gewebe und CO₂ in die Lunge. Sie werden gemeinsam mit der Hämoglobinkonzentration, dem MCV (mittleres Zellvolumen) und der Erythrozytenverteilungsbreite von den Hämatologiegeräten (ADVIA 1220) gemessen. Daraus werden Hämatokrit (Zellpackungsvolumen), MCH und MCHC berechnet. Leukozyten (weiße Blutkörperchen) üben ihre Funktion in den Geweben aus und werden im Blut transportiert. Man unterscheidet neutrophile Granulozyten, die in den Geweben mikrobielle Erreger phagozytieren und diese zerstören, eosinophile Granulozyten, die an inflammatorischen Reaktionen teilnehmen und basophilen Granulozyten, die bei immun- vermittelten Sofortreaktionen zu finden sind. Monozyten werden nach Stimulierung zu Makrophagen, deren Funktion die Phagozytose und Freisetzung von Zytokinen ist. Lymphozyten sind Immunzellen und sind für die zellvermittelte und humorale Immunantwort verantwortlich. Sie teilen sich in T-, B-, und NK Zellen. Thrombozyten (Blutplättchen) sind kernlose Zellen, die für die Aufrechterhaltung der Hämostase und für die Gewebereparatur nach Gefäßverletzungen und Entzündungen verantwortlich sind.
Bemerkung	-
Bereich	Hämatologie
Folgeparameter	Mikroskopisches Diff. (Ausstrichspräparat), Durchflusszytometrie
Letzte Änderung	09/2018

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 7
Gültig ab: 02.09.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 148 Komplettes Blutbild Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 534 von 845	

Verrechnungsinfo	laut ASK 5139
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 416 Kreatinin

Kreatinin/ Serum, Urin. Peritonealdialysat, Sondermaterial

Kreatinin/ Serum, Urin. Peritonealdialysat, Sondermaterial	
LOINC-Code	S: 2160-0, PD: 49004-5, SM: 12190-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Kreatinin, Kreatinin/U, Kreatinin/PD, Kreatinin/SM
Referenzbereich	Serum: w: 0,6 – 1,1 mg/dl m: 0,7 – 1,25 mg/dl Urin : w: 710 -1650 mg/24h m: 950 – 2490 mg/24h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Jaffe Reaktion, kinetisch
Messungenauigkeit	VK = 7.7% (1.34mg/100ml)
Literatur	Soldin S., Henderson L., Hill G., Clin.Biochem 1978:82-6 L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Überprüfung der Nierenfunktion
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial <u>Stabilität der Proben:</u> Serum: 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate Urin: 2° - 8° C 6 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Störfaktoren	Harnsäure, Cephalosporine, Proteine
Klinische Info	Das in Leber, Pankreas und Nieren gebildete Kreatin wird im Muskelgewebe in energiereiches Kreatinphosphat umgewandelt. Kreatinphosphat dient als Energiespeicher und – Carrier. Beim Zerfall von Kreatin und Kreatinphosphat entsteht auf nichtenzymatischem Wege Kreatinin, das vollständig durch glomeruläre Filtration eliminiert wird. Es eignet sich daher als Clearance-Parameter, denn es wird weitgehend konstant aus den Muskeln freigesetzt. Kreatinin im Harn ist wie die Kreatinin-Konzentration im Blut von der Muskelmasse und der Ernährung abhängig. Zur genauen Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (= wie viel Flüssigkeit die Nieren pro Minute durch die Glomeruli abfiltern) dient die Kreatinin-Clearance, diese definiert das Volumen an Blutflüssigkeit, das von der Niere pro Minute von Kreatinin gereinigt wird. Kreatinin-Clearance = $\frac{\text{Kreatininkonzentration im Harn} \times \text{Harnvolumen}}{\text{Kreatininkonzentration im Blut} \times \text{Sammelzeit des Harnes}}$ Um Größe und Gewicht der PatientInnen zu berücksichtigen, kann man die durchschnittliche Körperoberfläche berechnen und diese in die Formel integrieren. Auch Geschlecht und Alter können in die Formel eingebracht werden. <u>Ursachen erhöhter Kreatininwerte:</u> • Akutes Nierenversagen z.B: durch Schock, Sepsis, Medikamente, Gifte • Chronische Niereninsuffizienz z. B: durch Diabetes Mellitus oder Entzündungen der Niere

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Muskeltraumen, Muskeldystrophien <u>Erniedrigte Kreatininwerte</u> sind von geringer diagnostischer Bedeutung
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	GFR (CKD-EPI)– wird automatisch berechnet
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5629
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 38303 Kreatinin-Clearence

LOINC-Code	2164-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	CREA_C
Referenzbereich	Serum: w: 0,6 – 1,1 mg/dl m: 0,7 – 1,25 mg/dl Urin : w: 710 -1650 mg/24h m: 950 – 2490 mg/24h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Jaffe Reaktion, kinetisch
Messungenauigkeit	VK = 7.7% (1.34mg/100ml)
Literatur	Soldin S., Henderson L., Hill G., Clin.Biochem 1978:82-6 L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Überprüfung der Nierenfunktion
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial <u>Stabilität der Proben:</u> Serum: 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 3 Monate Urin: 2° - 8° C 6 Tage

Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Harnsäure, Cephalosporine, Proteine
Klinische Info	Das in Leber, Pankreas und Nieren gebildete Kreatin wird im Muskelgewebe in energiereiches Kreatinphosphat umgewandelt. Kreatinphosphat dient als Energiespeicher und – Carrier. Beim Zerfall von Kreatin und Kreatinphosphat entsteht auf nichtenzymatischem Wege Kreatinin, das vollständig durch glomeruläre Filtration eliminiert wird. Es eignet sich daher als Clearance-Parameter, denn es wird weitgehend konstant aus den Muskeln freigesetzt. Kreatinin im Harn ist wie die Kreatinin-Konzentration im Blut von der Muskelmasse und der Ernährung abhängig. Zur genauen Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (= wie viel Flüssigkeit die Nieren pro Minute durch die Glomeruli abfiltern) dient die Kreatinin-Clearance, diese definiert das Volumen an Blutflüssigkeit, das von der Niere pro Minute von Kreatinin gereinigt wird. Kreatinin-Clearance = $\frac{\text{Kreatininkonzentration im Harn} \times \text{Harnvolumen}}{\text{Kreatininkonzentration im Blut} \times \text{Sammelzeit des Harnes}}$ Um Größe und Gewicht der PatientInnen zu berücksichtigen, kann man die durchschnittliche Körperoberfläche berechnen und diese in die Formel integrieren. Auch Geschlecht und Alter können in die Formel eingebracht werden.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 38303 Kreatinin-Clearence Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 542 von 845	

	<u>Ursachen erhöhter Kreatininwerte:</u> • Akutes Nierenversagen z.B: durch Schock, Sepsis, Medikamente, Gifte • Chronische Niereninsuffizienz z. B: durch Diabetes Mellitus oder Entzündungen der Niere • Muskeltraumen, Muskeldystrophien <u>Erniedrigte Kreatininwerte</u> sind von geringer diagnostischer Bedeutung
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	GFR (CKD-EPI)– wird automatisch berechnet
Letzte wesentliche Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5629
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 149 Kryoglobuline

Kryoglobuline

LOINC-Code	5117-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Kryoglobuline
Referenzbereich	Das Ergebnis wird als positiv oder negativ abgelesen
Referenzbereich gültig ab	01/2011
Methode	Präzipitation der Immunkomplexe (Kryoglobuline)
Messungenauigkeit	-
Literatur	Labor und Diagnose, Lothar Thomas (6. Auflage)
Indikation	Purpura, Neurologische Störungen, renale Störungen, Raynaud Phänomen, Arthritis, Sicca- Syndrom, chron.-agress. Hep. C
Präanalytik	Die Blutabnahme erfolgt in ein vorgewärmtes großes Serumröhrchen.ohne Trenngel Richtige Einsendetemperatur der Probe zwischen 36-40 Grad Celsius. Rascher Probentransport ins Labor.
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Vorwiegend präanalytisch (werden bei einer Temperatur unter 37°C unlöslich!)
Klinische Info	Klassifikation der Kryoglobuline: <u>Typ I (ca. 15%)</u> : Es handelt sich um monoklonale Immunglobuline, meistens IgM oder IgG. Typ 1 Kryoglobuline treten bei malignen B-Zell-Erkrankungen auf z.B.: M. Waldenström, Multiples Myelom. <u>Typ 2 (ca. 65%)</u> : Es handelt sich um ein gemischtes Kryoglobulin. Polyklonale und monoklonale Immunglobuline,

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	häufig IgM, mit Rheumafaktoraktivität binden an den Fc- Teil von IgG. Typ 2 Kryoglobuline sind Idiopathischer Natur werden in Assoziation mit lymphoproliferativen, Autoimmun,- oder infektiösen Erkrankungen (z.B.:in Zusammenhang langjährige Hep.C.) beobachtet. <u>Typ 3 (ca. 20%)</u>: Es handelt sich um polyklonale IgM bzw. IgG, die mit anderen Immunglobulinen Komplexe bilden. Häufig bei infektiösen Erkrankungen. Die klinischen Symptome wie Purpura, Schwäche, Arthralgie, Glomerulonephritis, vaskulitische Neuropathie werden durch die vaskuläre Occlusion durch Präzipitate verursacht
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	7/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5633
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 417 Laktat

Laktat/Serum, Liquor, Aszites

LOINC-Code	S: 2524-7, L 2520-5, A: 2523-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Laktat, Laktat/L, Laktat/A
Referenzbereich	Serum: 0.5 - 2.2 mmol/l Liquor: 1,2 – 2,1 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Lactat-Oxidase/Peroxidase
Messungenauigkeit	VK = 1,3% (1,6 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: 975-6
Indikation	Prognose und Beurteilung bei Kreislaufschock und Vergiftungen, DD bakterielle und virale Meningitiden
Präanalytik	Möglichst ohne Stauung entnehmen und sofort ins Labor bringen, Stabilität ist sehr begrenzt!
Probenmaterial	KF-EDTA-Plasma <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 14 Tage -20°C: 4 Wochen
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Längere Stauung und/oder längere Lagerung verfälschen das Resultat
Klinische Info	In den meisten Geweben werden die mit der Nahrung aufgenommenen Kohlehydrate im Zytoplasma der Zellen über den Weg der Glycolyse zu Pyruvat metabolisiert. Pyruvat wird entweder in den Zitronensäurezyklus eingeschleust und zu CO ₂ und

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 417 Laktat Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 548 von 845	
H₂O abgebaut, oder <u>bei hoher Belastungsintensität</u>, wenn mehr Pyruvat als im Zitronensäurezyklus verarbeitet werden kann entsteht, zu <u>Laktat umgewandelt</u>. Laktatbildner sind die Muskulatur- (insbesondere bei intensiver Arbeit), das Gehirn, der Darm und die Erythrozyten. Organe, die Laktat metabolisieren, sind Leber, Nieren und Herz. Die Laktatbestimmung ermittelt deshalb nicht den Laktatumsatz eines bestimmten Organs, sondern die gemessene Konzentration ist das Ergebnis aus Bildung und Verbrauch des gesamten Organismus. <u>Erhöhte Laktatwerte:</u> • Sepsis • Verbrennungen • Vergiftungen • Schock • Herz-Kreislaufversagen • Herzinsuffizienz • Angeborene Stoffwechselstörungen (z.B. Fruktoseintoleranz) • Hohe körperliche Belastungen (z.B. Leistungssport) etc. <u>LAKTAT im LIQUOR</u> Laktat im Liquor wird zur <u>Differenzierung zwischen bakterieller und abakterieller Meningitis</u> bestimmt. Eine hohe Laktatkonzentration im Liquor bei gleichzeitiger Vermehrung der Leukozyten deutet auf eine bakterielle Meningitis hin. Geringere Erhöhungen von Laktat sind zu finden bei: • tuberkulöser Meningitis • generalisierten epileptischen Anfällen • Hirnschlag durch Gefäßverschluss		
Bemerkung		-

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 417 Laktat
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 549 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5641
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 561 Laktose-Intoleranz-Genetik

Genetisch bedingte Laktoseintoleranz - Nachweis des -13910T>C und -22018A>G Polymorphismus

LOINC-Code	Analyse kann nur schriftlich angefordert werden, Einverständniserklärung des/der Patient*in notwendig
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	LCT
Referenzbereich	Qualitative Analyse Zu erwartende Ergebnisse: LCT 13910C und LCT 22018G nicht / in heterozygoter Form / in homozygoter Form nachweisbar
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Multiplex-Amplifikation, PCR aus genomischer DNA, Allel-spezifische reverse Hybridisierung
Messungenauigkeit	-
Literatur	Hum Genet. 2009; 124:579-91, Nature Genet. 2002; 30:233.
Indikation	Verdacht auf Laktoseintoleranz
Präanalytik	Keine Heparinbeimengungen im Untersuchungsgut (Polymerasehemmung)
Probenmaterial	Zitratblut oder EDTA Blut
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Höhere Heparinkonzentrationen (Polymerasehemmung), unzureichende Qualität und/oder Quantität des Probenmaterials
Klinische Info	LCT-139010 TT: Kein Hinweis auf genetische Laktose Intoleranz LCT-139010 TC: Kein Hinweis auf genetische Laktose Intoleranz

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 561 Laktose-Intoleranz-Genetik Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 552 von 845	

	LCT-139010 CC: Genetische Anlage für Laktose Intoleranz LCT-22018 AA: Kein Hinweis auf genetische Laktose Intoleranz LCT-22018 GA: Kein Hinweis auf genetische Laktose Intoleranz LCT-22018 GG: Genetische Anlage für Laktose Intoleranz Die -13910TT Variante im Intron 13 des MCM6 Gens (in homozygoter Form bei ca. 40% der europäischen Bevölkerung nachweisbar) bewirkt, dass Laktase, das Milchzucker abbauende Enzym (OMIM 603202), auch im Erwachsenenalter produziert wird. Bei heterozygoten Trägern der MCM6 -13910T>C Variante (ca. 45% der europäischen Bevölkerung) wird meist eine ausreichende Menge Laktase produziert, sodass keine oder nur milde klinischen Symptome einer Laktoseunverträglichkeit auftreten. Die MCM6 -13910CC Variante ist in homozygoter Form bei ca. 10-15% der europäischen Bevölkerung nachweisbar. Sie ist mit adulter, durch Laktasemangel verursachter Laktoseunverträglichkeit (OMIM 22300) assoziiert und manifestiert sich meist im Kindes- und Jugendalter mit Oberbauchbeschwerden.
Bemerkung	Ohne Vorliegen einer vom Patienten und zuweisenden Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen sind nach Gentechnikgesetzes § 65 keine Genanalysen von Keimbahnmutationen wie z.B. F V-Leiden oder PT20210A möglich! FAX-Befundübermittlung ist laut GTG nicht gestattet.
Bereich	Humangenetik
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6139
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 418 LDH

LDH/Serum, Sondermaterial

LOINC-Code	S: 2532-0, SM: 2529-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	LDH, LDH/SM
Referenzbereich	Serum: 125 - 243 U/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzym-kinetischer Test (IFFC)
Messungenauigkeit	Gesamt VK ≤ = 4,7 % VK: 1,7 % (162,6 U/l)
Literatur	Clin Lab Med 2002;40:643-8
Indikation	Verlaufsbeurteilung bei Anämien, Leberschäden, Organschäden, Krankheitsaktivität, Lymphomen, Leukämien
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 3 Tage 2-8°C: 3 Tage -20°C: 8 Wochen
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse <u>Interferenzen:</u> Für die LDH-Bestimmung sollte kein <u>hämolisches Serum verwendet werden</u> , da Erythrozyten eine circa 150mal höhere LDH-Aktivität aufweisen als Serum.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Hämolyseindex < 50: Wert wird an die Station verschickt
Hämolyseindex 50-100: Wert wird mit Vorbehalt an die Station verschickt
Hämolyseindex > 100: Wert wird im Befund gestrichen

Klinische Info

LDH ist ein Enzym, das in den meisten Zellen des Organismus zu finden ist. Besonders hohe Konzentrationen findet man in der Leber, in der Herzmuskulatur, im (Skelett)Muskel, in der Niere und in den Erythrozyten. Zur Erhöhung der LDH im Blut kommt es vor allem bei Erkrankungen dieser Organe. Erhöhte Werte ergeben sich bei jeder Zellschädigung (sogar nach starker körperlicher Arbeit).
Im Labor wird meist die Gesamt-LDH gemessen, diese besteht aus 5 Isoenzymen. Mit der Bestimmung der Isoenzyme lässt sich der Ort der Schädigung eingrenzen, z. B. Herz und Erythrozyten: LDH-1 und LDH-2.

Erhöhung der LDH-Aktivität:

- Lebererkrankungen wie Virushepatitis, Vergiftungen (z. B. Knollenblätterpilz), Lebertumore und Metastasen, Lebercirrhose, Gallengangsverschluss
- Hämolysen z.B. bei Malaria
- Pfeiffersches Drüsenfieber
Leichte Erhöhung von AST und ALT, LDH stark erhöht
- Vitamin B12 und Folsäuremangel, es kommt zu Störungen der Bildung der Erythrozyten, diese werden dann größtenteils im Knochenmark, wo sie gebildet wurden, wieder abgebaut, die LDH im Blut ist erhöht.
- Herzerkrankungen wie Herzinfarkt, Entzündungen, aber auch Operationen am Herzen.
- Muskelerkrankungen
- Körperliche Anstrengung

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 418 LDH Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 556 von 845	

	<u>LDH/AST Quotient:</u> ist ein Indikator zur Unterscheidung von hämolytischem- (= prähepatischen) und hepatischem Ikterus. Ist die Leber beteiligt, ist neben der LDH auch die AST erhöht und deshalb der Quotient relativ niedrig, wenn die LDH durch Abbau von Erythrozyten erhöht ist und die Leber nicht erkrankt, ist der Quotient LDH/AST erhöht.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5642
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 419 LDL Cholesterin

LDL Cholesterin

LOINC-Code	2089-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	LDL-Cholesterin
Referenzbereich	< 160 mg/dl
Referenzbereich gültig ab	4/2012
Methode	Enzymatischer Test
Messungenauigkeit	VK = 2,2% (88,8 mg/dl)
Literatur	Clin.Chem. 1992; 38:150 Österreichischer Lipidkonsensus/ 2010
Indikation	Fettstoffwechselstörungen, Erfassung eines erhöhten KHK-Risikos, Erhöhung Gesamtcholesterin
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2° -8°C 5 Tage -80°C: 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Triglycerid – Konzentrationen >1200 mg/dl

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Cholesterin ist ein Bestandteil von Zellmembranen und eine Vorstufe von Steroidhormonen und Gallensäuren. Es wird von Körperzellen produziert und mit der Nahrung aufgenommen. Cholesterin wird im Plasma als Komplex mit Apolipoproteinen transportiert. Es gibt 4 Klassen von Lipoproteinen: Lipoproteine hoher Dichte HDL, niedriger Dichte LDL, sehr geringer Dichte VLDL und Chylomikronen. Während LDL zum Cholesterintransport zu den peripheren Zellen beiträgt, sind HDL für die Entfernung von Cholesterin aus den Zellen zuständig, LDL Cholesterin ist an der Bildung artherosklerotischer Plaques beteiligt und mit koronarer Herzkrankheit assoziiert. Erhöhte LDL-Werte weisen auch bei normalem Cholesterin auf ein erhöhtes Risiko hin. HDL-Cholesterin hat einen schützenden Effekt. Die Senkung von Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin reduziert das Risiko für KHK deutlich.

Bei erhöhtem Gesamtcholesterin mit hohem LDL steigt das Risiko für Artherosklerose, insbesondere das Risiko für Erkrankungen der Herzkranzgefäße (Angina Pectoris, Myocardinfarkt), aber auch Schlaganfall (Apoplexie), Nierenschädigungen und Durchblutungsstörungen.

Hypercholesterinämie: Gesamtcholesterin >200 mg/dl

- Genetisch bedingte Ursachen
- Ernährung
- Hypothyreose
- Stauung der Gallenflüssigkeit innerhalb der Leber (z.B. Gallensteine)
- Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Angeborene Stoffwechselstörungen
- Medikamente

Hypocholesterinämie:

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 419 LDL Cholesterin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 560 von 845	

	• Tumore • Polytrauma • Schwere Operationen • Chronische Infektionen • Hyperthyreose • Lebererkrankungen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	04/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5646
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 420 Legionella pneumophila-Antigen Urin

Legionella Pneumophila-Antigen/Urin

LOINC-Code	31870-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Legionella pn.-AG/U
Referenzbereich	Qual.Ergebnis pos/neg
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chromatographischer Immunoassay
Messungenauigkeit	-
Literatur	Kohler, R.B. et al J.clin.Microbiol.1984
Indikation	Verdacht auf Pneumonie im Risikokollektiv
Präanalytik	Stabilität der Proben: RT: 24 Stunden -2-8 °C 14 Tage - 20°C bis zu 6 Monate
Probenmaterial	Urin
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	unbekannt
Klinische Info	Die Legionärskrankheit wird durch Legionella pneumophila verursacht. Symptomatisch ist eine akute fieberartige Atemwegserkrankung mit mildem Verlauf bis hin zur tödlichen Lungenentzündung. Die Sterblichkeitsrate von 25-40 % lässt sich durch eine rasche Diagnostik und Therapie verringern. Bekannte Risikofaktoren sind Immunsuppression, Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und bestehende Lungenerkrankungen. Alte Menschen sind besonders gefährdet. 80-90 % aller bekannten Fälle von Legionelleninfektionen gehen auf Legionella pneumophila zurück. 70 % davon sind Serogruppe 1 positiv.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 420 Legionella pneumophila-Antigen Urin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 563 von 845	

Bemerkung	Bei initial positiven Testergebnissen erfolgt eine Retestung der Probe nach entsprechender Hitzebehandlung. Bei Verdacht auf Lungenentzündung unbedingt auch Kultur anfordern!
Bereich	Notfall
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	05/2015
Verrechnungsinfo	laut ASK
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 421 LH

LH/ Luteinisierendes Hormon

LOINC-Code	10501-5			
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	LH			
Referenzbereich	Kinder	0,2 - 1,4	mIU/ml	
	Männer	1.14 - 8.75	mIU/ml	
	Frauen	Follikelphase	2.39 – 6.60	mIU/ml
		Ovulationsphase	9.06 – 74.24	mIU/ml
		Lutealphase	0.9 – 9.33	mIU/ml
		Postmenopause	10.39 – 64.57	mIU/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010			
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay (CMIA)			
Messungenauigkeit	VK ≤ 3.4% (5.07mU/ml)			
Literatur	Scott MG et al. Clin. Chem (1989) 35: 620 Johnson MR et al. Act Endocr (1993) 129: 121			
Indikation	Zyklusüberwachung, Amenorrhoe, Hypogonadismus, Hyperandrogenämie, Leydig-Zell Insuffizienz			
Präanalytik	Stabilität bei 2°-8° C bis 7 Tage			
Probenmaterial	Serum			
Analysendauer/Frequenz ¹	Routine			
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen			
Klinische Info	LH und FSH sind gonadotrope Hormone, die reaktiv auf die Sekretion von hypothalamischem Releasing-Hormon GNRH im Hypophysenvorderlappen gebildet werden. Die Sexualsteroiden in der Hauptsache Östradiol/E2 bei der Frau bzw.			

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 421 LH Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 566 von 845	

	Testosteron beim Mann modulieren und steuern die Freisetzung von LH. LH ist zusammen mit FSH und Prolactin an der Regulation der generativen Gonadenfunktion beteiligt. LH induziert im Ovar die Ovulation (Mittzyklusgipfel) und die Bildung des Corpus Luteum . Beim Mann kontrolliert LH die Synthese des Testosterons in den Leydig-Zellen des Hodens. Bei Kindern sind die LH Spiegel extrem niedrig und steigen erst während der Pubertät an. Der charakteristische Mittzyklusgipfel des LH zeigt einen ovulatorischen Zyklus an. Bei andauernd erhöhten präklimakterischen Werten ist an eine primäre Ovarialinsuffizienz (Turner – Syndrom, Swyer – Syndrom, Klimakterium praecox, therapiebedingte Ovarschädigung) zu denken. Im Klimakterium finden sich dauerhaft erhöhte LH- Serumwerte. Verminderte Fertilität in Kombination mit polyzystischen Ovarien zeigen isoliert erhöhte LH- Serumwerte. Amenorrhoe und erniedrigte LH-Werte sprechen für eine sekundäre Ovarialinsuffizienz wie z.B. bei Hyperprolaktinämie oder Tumorschädigung der hypothalamisch – hypophysären Achse.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	FSH, Sexualsteroid
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5694
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 671 Lipase im Serum

Lipase /Serum

LOINC-Code	3040-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Lipase
Referenzbereich	8 - 87 U/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzym-kinetischer Test
Messungenauigkeit	VK = 3,5% bei 42,7 U/l
Literatur	Clin.Chem. 1992; 38:211 – 215 L.Thomas Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Akutes Abdomen, V.a. Pankreatitis
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 7 Tage. bei - 20°C 1 Jahr
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Das Enzym Lipase wird im Pankreas synthetisiert und hydrolisiert Triglyceride zu Diglyceriden und Fettsäuren. Bei akuter Pankreatitis steigt die Lipasekonzentration im Serum 4 – 8 Stunden nach Schmerzbeginn an und bleibt bis zu 14 Tage erhöht. Erhöhte Werte finden sich auch bei Ileus, Cholecystitis, Niereninsuffizienz, Virushepatitis, Typhus abdominalis , Sarkoidose und nach ERCP
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 671 Lipase im Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 569 von 845	

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5687
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 422 Lipase SM

Lipase /Sondermaterial

LOINC-Code	15212-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Lipase/ SM
Referenzbereich	-
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzym-kinetischer Test
Messungenauigkeit	VK = 1,2% (60 U/l)
Literatur	Clin.Chem. 189;35:1126
Indikation	Nachweis Pankreasbeteiligung
Präanalytik	.-
Probenmaterial	Sondermaterial
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Die Bestimmung in Sekreten, Ergüssen, Zysten gelingt mit diesem Verfahren zuverlässig und dient dem Nachweis einer Pankreasbeteiligung.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 422 Lipase SM Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 572 von 845	

Verrechnungsinfo	laut ASK 5687
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 423 Liquor Basisbefund

Liquor Basisbefund

LOINC-Code	26465-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Zellzahl (Leuko)/L
Referenzbereich	< 4 Leukozyten/ μ l
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Sysmex XN-3100 – Diff. Analyzer mit integrierter Liquor-Software
Messungenauigkeit	-
Literatur	L. Thomas; Labor und Diagnose 6. Auflage 2005:1743
Indikation	Diagnostik neurologischer Erkrankungen insbesondere entzündlicher ZNS-Erkrankungen
Präanalytik	Liquor sollte möglichst rasch analysiert werden
Probenmaterial	Liquor
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	antifizielle Blutbeimengungen
Klinische Info	Bei klinischem Verdacht auf eine ZNS-Erkrankung und fehlenden Kontraindikationen ist eine Lumbalpunktion zur Liquordiagnostik indiziert. Das Differentialblutbild am ADVIA ermöglicht mittels der zugrundliegenden Peroxidasetechnologie eine optimale Differenzierung von mononukleären und granulozytären Zellen. Bereits die makroskopische Inspektion des Liquors kann unter Umständen wichtige Hinweise liefern. So ist bei trübem Liquor an eine eitrige Meningitis zu denken, während ein blutiger oder xanthochromer Liquor auf eine Subarachnoidalblutung hinweist.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 423 Liquor Basisbefund Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 575 von 845	

	Weiters entscheidend ist die Liquorzytologie (lymphozytäre vs. granulozytäre Meningitis) da sie damit Therapie relevante Informationen liefert. Dies gilt auch für die Parameter Glucose-Quotient, Laktat und Analyten wie Gesamteiweiß und Albumin, die die Blut-Liquor Schranke erfassen. Der Erregernachweis gelingt bei bakteriellen Meningitiden teilweise bereits am mikroskopischen Präparat.
Bemerkung	Bei einer Leukozytenzahl > 4/µl erfolgt eine PCR-Untersuchung (neurotrope Viren) in der Serologie
Bereich	Notfall
Folgeparameter	Liquor Proteinprofil / Reiber Diagramm
Letzte Änderung	03/2023
Verrechnungsinfo	-
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 424 Liquor Proteinprofil

Liquor Proteinprofil / Reiber Diagramm

LOINC-Code	V00136
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Liquor Proteinprofil
Referenzbereich	s. Interpretation Prof. Reiber
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Nephelometrie / Berechnung
Messungenauigkeit	-
Literatur	Reiber H., Liquordiagnostik in: Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:
Indikation	Diagnostik neurologischer Erkrankungen insbesondere entzündlicher ZNS-Erkrankungen
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum / Liquor
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Die von Prof. Reiber entwickelten Quotienten und deren grafische Darstellung ermöglicht die Beurteilung ob eine Störung der Blut-Hirnschranke und/oder eine intrathekale Immunglobulinsynthese vorliegt. Dazu werden im Serum und Liquor Albumin, IgG, IgA und IgM bestimmt. Die daraus errechneten Liquor-Serum-Quotienten werden in ein doppeltlogarithmisches Diagramm eingetragen. Einteilung der Schrankenstörung: Albuminquotient: leicht (QUALB bis 10×10^3) <u>Mögliche Erkrankung:</u>

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

- Multiple Sklerose
- chronische HIV-Enzephalitis
- Zoster-Gangliositis
- alkoholische Polyneuropathie
- Amyotrophe Lateralsklerose

Albuminquotient: mittelgradig (QUALB bis 20×10^{-3})

Mögliche Erkrankung:

- Virale Meningitis
- Opportunistische Meningoenzephalitiden
- Diabetische Polyneuropathie
- Hirninfarkt
- Großhirnatrophie

Albuminquotient: schwer (QUALB 10 bis 50×10^{-3})

Mögliche Erkrankung:

- Guillain-Barre-Polyneuritis
- Herpes-simplex Enzephalitis
- Meningopolyneuritis
- Eitrige Meningitis
- Tuberkulöse Meningitis

Übersicht der Befundkonstellationen und zugehörigen Erkrankungen:

Reaktionstyp:

IgG, IgA, IgM:

Mögliche Erkrankungen

- frühe bakterielle Meningitis und Virusenzephalitis
- Guillain-Borre-Polyradiculitis

IgG-Dominanz

- Multiple Sklerose

IgA-Dominanz

- Neurotuberkulose
- Hirnabszess
- Adrenoleukodystrophie

Ig-M Dominanz

- Neuroborreliose
- Mumps-Meningoenzephalitis
- Non-Hodgkin-Lymphom mit ZNS Befall
- Neurotrypanosomiasis

IgG+IgA-IgM ohne Dominanz

- opportunistische Infektionen bei Immunschwäche

Bemerkung	-
Bereich	Notfall
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11.02.2020
Verrechnungsinfo	laut ASK 5691
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 425 Lithium im Serum

Lithium/Serum

LOINC-Code	14334-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Lithium
Referenzbereich	1.0 – 1,2. mmol/l
Referenzbereich gültig ab	10. 2010
Methode	Kolorimetrie
Messungenauigkeit	VK 3,98% bei 0,83 mmol/l
Literatur	L. Thomas, Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Drug-Monitoring, V.a. Intoxikation
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 7 Tage -20° C 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Lithium wird renal eliminiert und besitzt eine Halbwertszeit von 15 – 30 Stunden. Erhöhte Werte finden sich bei Überdosierung, Niereninsuffizienz, Hyponatriämie und Dehydratation. Toxische Nebenwirkungen einer Lithiumtherapie sind Muskelschwäche, Tremor, Anorexie, Ataxie, Gewichtsverlust und Übelkeit. Bei Konzentrationen von 3 mmol/l können Krämpfe und Koma auftreten.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 425 Lithium im Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 582 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5692
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 426 Magnesium

Magnesium/Serum, Peritonealdialysat

LOINC-Code	S: 2601-3, PD: 49007-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Magnesium, Magnesium/PD
Referenzbereich	0.66 – 1.07 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzymatisches Verfahren/Isocitratdehydrogenase
Messungenauigkeit	VK 1,3 % bei 0,73 mmol/L
Literatur	Anal.Chem. 1956;28:202
Indikation	Verdacht auf Magnesiummangel, Verdacht auf Magnesiumintoxikation
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum; <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 7 Tage -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Magnesium ist an vielen wichtigen biochemischen Funktionen beteiligt. Es spielt eine strukturelle Rolle in der DNA/ RNA und wird als Aktivator für viele Enzyme benötigt. Mg ist an der energieerzeugenden oxidativen Phosphorylierung sowie an der Regulation der Zellpermeabilität und dadurch an der neuromuskulären Erregung beteiligt.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 426 Magnesium Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 585 von 845	
	Der größte Teil kommt in den Knochen, in der Skelettmuskulatur und nur zu einem ganz geringen Teil in der Blutflüssigkeit vor. Deshalb schließt eine normale Magnesiumkonzentration in der Blutflüssigkeit einen Magnesiummangel in den Zellen nicht aus. Magnesium wird über die Nahrung aufgenommen, im Dünndarm resorbiert und über die Nieren in den Harn ausgeschieden. Ca. 20 % des Serum-Magnesiums sind an Albumin gebunden. <u>Ursachen erhöhter Magnesiumwerte:</u> • Akutes und chronisches Nierenversagen • Einnahme von Antazida (magnesiumhaltige Medikamente), magnesiumhaltige Abführmittel • Dehydratation • Diabetische Azidose (Übersäuerung des Organismus bei Diabetes mellitus) Symptome sind Muskelschwäche, Bewusstseinsstörungen bis zum Koma <u>Ursachen erniedrigter Magnesiumwerte:</u> • Niedrige Albuminwerte reduzieren die Magnesiumkonzentration ohne dass ein Magnesiummangel vorliegt (Pseudo-Hypomagnesiämie) • Zu geringe Aufnahme mit der Nahrung • Zu geringe Absorption im Darm (Aufnahmestörung bei Darmentzündungen) • Ausscheidung über die Nieren zu groß (Entwässerungsmittel, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz) • Starkes Erbrechen, starke Durchfälle Symptome sind Reizbarkeit, Depressionen, (Muskel)Krämpfe, Herzrhythmusstörungen.	
Bemerkung	-	
Bereich	Klinische Chemie	

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 426 Magnesium Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 586 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	4/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5705
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3265 Malaria

Parameter: Malaria - in Bearbeitung

LOINC-Code	51865-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Plasmodien-AG Interpretation
Referenzbereich	negativ/positiv (qualitativ)
Referenzbereich gültig ab	Dezember 2015
Methode	immunochromatographisch
Messungenauigkeit	Kontrollbande muss deutlich sichtbar sein
Literatur	s.Beipacktext (Fa.BIORAD)
Indikation	V.a. Malaria
Präanalytik	Schnelltest kühl und trocken aufbewahren (nicht einfrieren)
Probenmaterial	EDTA-Blut oder Kapillarblut aus der Fingerbeere
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	zu hohe Lagerungstemperatur (s.Präanalytik)
Klinische Info	Test beinhaltet monoklonale Ak in 2 Gruppen: 1) Spezifische Ak gegen P.falciparum 2) Panspezifische Ak gegen P.falciparum,P.vivax,P.ovale,P.malariae
Bemerkung	Test ist nur dann positiv wenn lebende Parasiten im Blut vorhanden sind
Bereich	Notfall

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 3265 Malaria
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 589 von
845

Folgeparameter	manuelles Diff. – BB / dicker Tropfen
Letzte Änderung	10.12.2015
Verrechnungsinfo	5838 (ASZK)
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 427 MDRD

MDRD = Modification of Diet in Renal Disease

LOINC-Code	33914-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	MDRD
Referenzbereich	> 60ml/min
Gültig ab	10.2010
Methode	Berechnung
Messungenauigkeit	-
Literatur	Levey; MDRD Study Group: Simplified equation to predict glomerular rate from serum creatinine; J.Am Soc Nephrol 2000, 11: A0828
Indikation	V.a. Niereninsuffizienz, Proteinurie
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	In den 90iger Jahren wurde an einem großen Patientenkollektiv mit Nierenfunktionseinschränkungen die Auswirkung einer proteinarmen Kost auf den Verlauf einer chronischen Nierenerkrankung untersucht (Modification of Diet in Renal Disease Study). Anhand der Daten von allen Studienteilnehmern wurde 1999 die MDRD Formel entwickelt. Es gibt seitdem mehrere Varianten der MDRD-Formel zur Einschätzung der glomerulären Filtrationsrate bei Patienten mit Niereninsuffizienz. Als Standard hat sich allerdings in Europa eine vereinfachte MDRD-Formel durchgesetzt in die Alter, Geschlecht und Serum-Kreatinin-Konzentration eingehen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 427 MDRD
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 592 von
845

Bemerkung	Für die Berechnung der MDRD ist die elektronische Anforderung von Kreatinin im Serum notwendig
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5629
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 428 Met - Hämoglobin neu

Methämoglobin

LOINC-Code	2614-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Methämoglobin
Referenzbereich	<1%
Referenzbereich gültig ab	09.2010
Methode	Oximetrie
Messungenauigkeit	-
Literatur	J.Umbreit, Methemoglobin: a concise review. Am J Hematol.82, 134 (2007)
Indikation	V.a.toxische,therapeutisch – induzierte Methämoglobinämie
Präanalytik	Instabilität bei Lagerung von mehr als 2 Stunden
Probenmaterial	Li Heparin Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Eisen Fe ²⁺ des Hämoglobins wird laufend zu Fe ³⁺ oxidiert. Damit entsteht Methämoglobin. Unter physiologischen Bedingungen wird das Met – Hb durch das Enzym Diaphorase wieder zu Oxyhämoglobin reduziert. Nach Aufnahme starker Oxidationsmittel (z. B. Intoxikation mit Nitriten oder Nitrosegasen oder der Therapie mit Phenylhydrazin, Natriumnitroprussid) ist dieser enzymatische Reduktionsvorgang massiv behindert. Klinische Symptome wie Kopfschmerzen und Benommenheit treten bereits bei einem Met – Hb – Anteil von 15 – 20% auf. Werte >70% Met – Hb sind mit dem Leben unvereinbar.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 428 Met - Hämoglobin neu Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 595 von 845	

Bereich	Notfall
Folgeparameter	pO ₂ ,pCO ₂ ,pH
Letzte Änderung	09.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5725
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 429 Methadon U

Methadon/ Urin

LOINC-Code	3774-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Methadon/U
Referenzbereich	Entscheidungsgrenze (Cut off): < 299 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	homogener Elisa (Multigent)
Messungenauigkeit	Gesamt VK $\leq$ 7,5%
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Substitutionstherapie, Abusus
Präanalytik	Spontanurin
Probenmaterial	Urin <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 5 Tage -5°C: ab 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Es ist bei der Probennahme darauf zu achten, dass es zu keinerlei Manipulationen des Urins kommen kann.
Klinische Info	Methadon, ein synthetisches Opioid dient zur Behandlung der Heroinabhängigkeit. Die Methadon Compliance ist für die wirksame Behandlung unerlässlich und kann durch Untersuchungen des Harns auf Methadon oder seine Metaboliten gut

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

kontrolliert werden. Die Droge wird nach Einnahme rasch in der Leber metabolisiert. Der primäre Metabolit ist Normethadon der weiter zu EDDP (2-Ethyliden – 1,5 Dimethyl – 3,3 Dipenyl Pyrrolidin) dehydriert wird. Sowohl Methadon als auch EDDP können bei PatientInnen unter Erhaltungstherapie nachgewiesen werden.

In der Medizin wird Methadon als Schmerzmittel verwendet für prä- oder postoperative Schmerzen oder für Tumorpatienten, die ein länger wirksames Mittel benötigen.

Methadon hat eine lange Halbwertszeit von 10-25 Stunden.

Bemerkung

Der Assay ist ein Screeningtest. Das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahren (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektrometrie GC/MS) bestätigt werden.

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

Bestätigungstest

Letzte Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5970

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3266 Mononukleose

Parameter: Mononukleose - in Bearbeitung

LOINC-Code	31418-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Mononukleose Test
Referenzbereich	negativ/positiv (qualitativ)
Referenzbereich gültig ab	10.12.2015
Methode	chromatographischer Schnelltest-Immunoassay
Messungenauigkeit	< 1 %
Literatur	–
Indikation	V.a. Pfeiffersches Drüsenfieber
Präanalytik	(2-30°C); nicht einfrieren
Probenmaterial	Serum (od.Plasma)
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Feuchtigkeit, zu hohe Temperatur
Klinische Info	Pfeiffersches Drüsenfieber wird durch das Epstein-Barr-Virus (zählt zu den Herpes-Viren) ausgelöst
Bemerkung	Heterophile IgM- AK gegen EBV sind bei 80-90% aller akuten Fälle von Pfeiff.Drüsenfieber vorhanden
Bereich	negativ - positiv
Folgeparameter	–
Letzte Änderung	10.12.2015

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3266 Mononukleose Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 601 von 845	

Verrechnungsinfo	–
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 562 MTHFR

MTHFR-677C>T Mutation

LOINC-Code	Nur schriftlich anforderbar, Einverständniserklärung des/der Patient*in notwendig
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	MTHFR
Referenzbereich	Qualitative Analyse Ergebnisse Normal (wildtyp) / heterozygot / homozygot
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	PCR aus genomischer DNA, Allel-spezifische reverse Hybridisierung
Messungenauigkeit	
Literatur	Semin. Thromb. Hemost 2006; 32: 716-23. Clin. Chem. Lab. Med 2003; 41:1404-7. Thromb Haemost 1998; 79:254. Blood Coag Fibrinolysis 1999;10:101
Indikation	Bei erhöhten Homocysteinspiegel bei Thrombophilie und bei arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), arteriellen Thrombosen und KHK.
Präanalytik	-
Probenmaterial	Citratblut oder EDTA Blut
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Höhere Heparinkonzentrationen (Polymerasehemmung), unzureichende Qualität und/oder Quantität des Probenmaterials
Klinische Info	Hyperhomozysteinämie ist ein wichtiger Risikofaktor für arterielle Thrombosen (PAVK, Schlaganfall, Herzinfarkt) und ein milder Risikofaktor für venöse Thromboembolien. Neben verschiedenen exogenen Ursachen sind auch genetische Veränderungen für erhöhte Homozysteinspiegel verantwortlich sind. Bei einer dieser genetischen Veränderungen handelt

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 562 MTHFR Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 604 von 845	
	es sich um eine Mutation im Gen der thermolabilen Methylentetrahydrofolat Reduktase (MTHFR) (Basenaustausch von C (Cytosin) nach T (Thymidin) an Position 677 mit Änderung der Aminosäuresequenz durch Austausch von Alanin durch Valin). Durch die Mutation wird die Aktivität des Enzyms MTHFR, das die Umsetzung von Homozystein zu Methionin katalysiert, auf etwa 50% der Aktivität des Wildtyp-Enzyms reduziert. Die verminderte Enzymaktivität führt zu höheren Werten für Homocystein. Der Genotyp 677CC entspricht der Normalvariante (Wildtyp) mit einer Häufigkeit von ca. 45%, die heterozygote Mutation 677C>T kommt mit ca. 43% in Österreich vor. Die Bedeutung des heterozygoten Genotyps für das Thromboserisiko ist umstritten. Die homozygote Mutation 677TT kommt in der österreichischen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von ca.12% vor und ist oft – v.a. in Kombination mit Folsäure- und Vitamin B6/B12-Mangel - mit erhöhten Homocysteinspiegel verbunden. Das Vorliegen einer homozygoten MTHFR 677TT Mutation ist per-se nicht automatisch mit erhöhter Thromboseneigung assoziiert.	
Bemerkung	Ohne Vorliegen einer vom Patienten und zuweisendem Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen Zwecken sind nach Gentechnikgesetzes § 65 keine Genanalysen von Keimbahnmutationen wie z.B. F V-Leiden oder PT20210A möglich! FAX- Befundübermittlung ist laut GTG nicht erlaubt.	
Bereich	Humangenetik	
Folgeparameter	-	
Letzte Änderung	06/2010	
Verrechnungsinfo	laut ASK 5740	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36975 Multiplate Adenosindiphosphat

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombozytenfunktion
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Thr.aggr.ADP-ind./B
Referenzbereich	41 - 99 U
Referenzbereich gültig ab	01/2024
Methode	Thrombozyten Impedanzaggregometrie
Messungenauigkeit	<10%
Literatur	Thromb Haemost 2015; 113:221-230 Thromb Haemost 2009; 102:397-403 J Am Coll Cardiol 2009; 53:849-56 Am J Cardiol 2009; 104:227-233 Thromb Haemost 2008; 99:121-126
Indikation	Das Multiplate dient zur Bestimmung der Thrombozytenaggregation im Vollblut und eignet sich für die Überwachung der Therapie von Aggregationshemmern. Dieser Test dient zur Erfassung von Patienten, welche auf eine Therapie mit ADP-Inhibitoren, wie Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, vermindert ansprechen. Der ADP-Test ist sensitiv gegenüber einer Inhibierung des ADP-Rezeptors und gegenüber der Hemmung des GpIIb/IIIa Rezeptors. Der TRAP-Test wird immer als interne Reaktionskontrolle mitbestimmt und erfasst die Hemmung des GPIIb/IIIa-Rezeptors.
Präanalytik	Abnahme mit kurzer Venenstauung. Nach der Blutabnahme darf das Blut nicht mehr gekühlt werden und das Material muss sofort ins Labor transportiert werden. Das Blut darf nicht mit der Rohrpost verschickt werden, um eine Voraktivierung der Thrombozyten zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 3 Stunden analysiert werden. Die Thrombozytenzahl des Patienten beeinflusst die Aggregation. Eine regelrechte Klassifikation der Thrombozytenaggregationshemmung ist bis 100.000 Thrombozyten/µl möglich; zwischen 50.000 und 100.000 ist die Durchführung der Tests möglich, es ist aber eine etwas niedrigere AUC (area under the curve) zu erwarten.
Probenmaterial	Lithium-Heparin

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36975 Multiplate Adenosindiphosphat Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 607 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Thrombopenie; siehe Präanalytik
Klinische Info	Laut Studien zeigen ca. 1-45% der Patienten ein vermindertes Ansprechen auf ADP-Inhibitoren.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	11/2024
Verrechnungsinfo	Laut ASK 6424
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 02.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36979 Multiplate ASPI

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombozytenfunktion
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Thr.aggr.ARA-ind./B
Referenzbereich	79 – 141 U
Referenzbereich gültig ab	01/2024
Methode	Thrombozyten Impedanzaggregometrie
Messungenauigkeit	< 10%
Literatur	Thromb Haemost 2015; 113:221-230 Thromb Haemost 2009; 102:397-403 J Am Coll Cardiol 2009; 53:849-56 Am J Cardiol 2009; 104:227-233 Thromb Haemost 2008; 99:121-126
Indikation	Das Multiplate dient zur Bestimmung der Thrombozytenaggregation im Vollblut und eignet sich für die Überwachung der Therapie von Aggregationshemmern. Dieser Test dient zur Erfassung von Patienten, welche auf eine Therapie mit Cyclooxygenasehemmer wie z.Bsp. Azetylsalicylsäure vermindert ansprechen. Der ASPI-Test ist sensitiv gegenüber einer Inhibierung der Thrombozyten-Cyclooxygenase und gegenüber der Hemmung des GpIIb/IIIa Rezeptors. Der TRAP-Test wird immer als interne Reaktionskontrolle mitbestimmt und erfasst die Hemmung des GPIIb/IIIa-Rezeptors.
Präanalytik	Abnahme mit kurzer Venenstauung. Nach der Blutabnahme darf das Blut nicht mehr gekühlt werden und das Material muss ins Labor transportiert werden. Das Blut darf nicht mit der Rohrpost verschickt werden, um eine Voraktivierung der Thrombozyten zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 3 Stunden analysiert werden. Die Thrombozytenzahl des Patienten beeinflusst die Thrombozytenaggregation. Eine regelrechte Klassifikation der Thrombozytenaggregationshemmung ist bis 100.000 Thrombozyten/ μ l möglich, zwischen 50.000 und 100.000 ist die Durchführung der Tests möglich, es ist aber eine etwas niedrigere AUC (area under the curve) zu erwarten.
Probenmaterial	Lithium-Heparin

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36979 Multiplate ASPI Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 610 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Thrombopenie; siehe Präanalytik
Klinische Info	Laut Studien zeigen ca. 1-45% der Patienten ein vermindertes Ansprechen auf Cyclooxygenasehemmer.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte wesentliche Änderung	11/2024
Verrechnungsinfo	Laut ASK 6424
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 02.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 37004 Multiplate RISTO

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombozytenfunktion
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Thr.aggr.Ristoc-ind./B
Referenzbereich	65 – 116 U
Referenzbereich gültig ab	01/2024
Methode	Thrombozyten Impedanzaggregometrie
Messungenauigkeit	<10%
Literatur	Blood 2014; 124:3991-3995 Blood 2006; 108:2596-2603 Thromb Haemost 2015; 113:221-230 Thromb Haemost 2009; 102:397-403
Indikation	Die Ristocetin-induzierte Thrombozytenaggregation (RIPA) wird unter anderem bei Verdacht eines von-Willebrand-Syndroms oder eines Bernard-Soulier-Syndroms verwendet. Dabei wird die Affinität des GPIb-V-IX Rezeptor und von-Willebrand-Faktor dargestellt.
Präanalytik	Abnahme mit kurzer Venenstauung. Nach der Blutabnahme darf das Blut nicht mehr gekühlt werden und das Material muss ins Labor transportiert werden. Das Blut darf nicht mit der Rohrpost verschickt werden, um eine Voraktivierung der Thrombozyten zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 3 Stunden analysiert werden. Die Thrombozytenzahl des Patienten beeinflusst die Aggregation. Eine regelrechte Klassifikation der Thrombozytenaggregationshemmung ist bis 100.000 Thrombozyten/ μ l möglich. Zwischen 50.000 und 100.000 ist die Durchführung der Tests möglich, es ist aber eine etwas niedrigere AUC (area under the curve) zu erwarten.
Probenmaterial	Lithium-Heparin

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 37004 Multiplate RISTO Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 613 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Thrombopenie; siehe Präanalytik
Klinische Info	-
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11/2024
Verrechnungsinfo	Laut ASK 6424
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 02.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 36982 Multiplate TRAP

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombozytenfunktion
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Thr.aggr.TRAP-ind./B
Referenzbereich	92 – 151 U
Referenzbereich gültig ab	01/2024
Methode	Thrombozyten Impedanzaggregometrie
Messungenauigkeit	<10%
Literatur	Thromb Haemost 2015; 113:221-230 Thromb Haemost 2009; 102:397-403 J Am Coll Cardiol 2009; 53:849-56 Am J Cardiol 2009; 104:227-233 Thromb Haemost 2008; 99:121-126
Indikation	Das Multiplate dient zur Bestimmung der Thrombozytenaggregation im Vollblut und eignet sich für die Überwachung der Therapie von Aggregationshemmern. Der TRAP-Test wird unter anderem als interne Reaktionskontrolle mitbestimmt und erfasst die Hemmung des GPIIb/IIIa-Rezeptors.
Präanalytik	Abnahme mit kurzer Venenstauung. Nach der Blutabnahme darf das Blut nicht mehr gekühlt werden und das Material muss ins Labor transportiert werden. Das Blut darf nicht mit der Rohrpost verschickt werden, um eine Voraktivierung der Thrombozyten zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 3 Stunden analysiert werden. Die Thrombozytenzahl des Patienten beeinflusst die Aggregation. Eine regelrechte Klassifikation der Thrombozytenaggregationshemmung ist bis 100.000 Thrombozyten/µl möglich. Zwischen 50.000 und 100.000 ist die Durchführung der Tests möglich, es ist aber eine etwas niedrigere AUC (area under the curve) zu erwarten.
Probenmaterial	Lithium-Heparin
Analysendauer/Frequenz¹	Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 36982 Multiplate TRAP Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 616 von 845	

Störfaktoren	Thrombopenie; siehe Präanalytik
Klinische Info	Laut Studien zeigen ca. 1-45% der Patienten ein vermindertes Ansprechen auf Cyclooxygenasehemmer.
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	-
Verrechnungsinfo	Laut ASK 6424
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 02.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 25414 Mycoplasma pneumoniae

Parameter: Mycoplasma pneumoniae

LOINC-Code	46198-8 für Mykop. pneum. AK IgG 21406-4 für Mykop. pneum. AK IgM 29257-3 für Mykop. pneumoniae DNA/ SM PCR
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Mykop. qn. AK IgG Mykop. qn. AK IgM
Referenzbereich	<10 negativ, ≥10 positiv
Referenzbereich gültig ab	11.12.19
Methode	CLIA
Messungenauigkeit	Intra-Assay: 3,9-7,9 VK% Inter-Assay: 5,7-12,5 VK%
Literatur	-
Indikation	Atypische Pneumonie
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum, Plasma, SM-Sondermaterial: Nasenrachenabstrich, BAL, Sputum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Laut Herstellerangaben keine Interferenzen mit potenziell störenden Substanzen
Klinische Info	M. pneumoniae ist Erreger einer primär atypischen Pneumonie. Diese beginnt nach einer relativ langen Inkubationszeit von 12 - 20 Tagen mit Fieber, Kopfschmerzen und einem hartnäckigen, meist wenig

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 25414 Mycoplasma pneumoniae Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 619 von 845	

	produktiven Husten. Komplikationen wie Tracheobronchitis, Erkrankungen der oberen Atemwege oder Asthma sind möglich, insbesondere bei älteren Menschen.
Bemerkung	IgM ist ein zuverlässiger Marker für eine akute Infektion bei Kindern, kann jedoch bei Erwachsenen verschiedene Einschränkungen aufweisen. IgM kann bis zu einem Jahr persistieren und weist daher nicht immer auf eine akute Infektion hin. Ungefähr 20% der Erwachsenen, insbesondere ältere Menschen, zeigen keine IgM-Reaktion (vor allem im Fall einer Reinfektion). Aufgrund der späten Erhöhung des IgG und der hohen Seroprävalenz bei Erwachsenen ist es ratsam, gleichzeitig auf IgG und IgM zu testen. Ein signifikanter Anstieg des IgG-Titers im Abstand von 2-3 Wochen spricht für eine frische Infektion.
Bereich	Infektion Spezial
Folgeparameter	Chlamydia/Mycoplasma pneumoniae PCR (Material: Sputum, BAL, Nasenrachenabstrich)
Letzte Änderung	02/2020
Verrechnungsinfo	laut ASK 6038
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3249 Myositis AK

Parameter: Myositis AK - in Bearbeitung

LOINC-Code	V00127
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Jo-1 Ak ,PL-7-Ak , PL-12 Ak, Mi-2-Ak,Ku-Ak , PM-ScI-Ak, SRP-Ak,
Referenzbereich	negativ
Referenzbereich gültig ab	03/2016
Methode	Immunoblot
Messungenauigkeit	Qualitativer Test, Bandenintensität gute Reproduzierbarkeit
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.8 Auflage Th-Books Verlagsmbh 2012:1462
Indikation	Inflammatorische Myopathien (IMM)
Präanalytik	Lagerung bis 14 Tage bei 2-8°
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Starke Hämolyse
Klinische Info	Idiopathische autoimmune Myositiden sind seltene (Inzidenz ca. 1:100.000) entzündliche Erkrankungen der Skelettmuskulatur. Als Leitsymptom stehen die proximal betonte Muskelschwäche und Atrophie im Vordergrund. Bei der Dermatomyositis tritt zusätzlich eine Hautbeteiligung auf. Als Zeichen des systemischen Charakters der Erkrankungen sind nicht selten extramuskuläre Manifestationen u. a. an der Lunge (fibrosierende Alveolitis, Pleuritis), am Herzen (Kardiomyopathie, Myokarditis), an den Gelenken (Arthralgien, Arthritis) und an den Gefäßen (Vaskulitis, Raynaud-Phänomen) zu beobachten. Das gemeinsame Auftreten einer idiopathischen Myositis mit anderen systemischen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3249 Myositis AK Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 622 von 845	

	entzündlichen Bindegewebserkrankungen (systemischer Lupus erythematoses (SLE), Mischkollagenose (MCTD), Sklerodermie, Sjögren-Syndrom u. a.) wird als Overlap-Syndrom bezeichnet. Die Bestimmung von Autoantikörper ist ein wichtiges Kriterium zur Diagnose und Differenzierung der IMM. Bestimmt werden Myositis spezifische Antikörper (Jo1, Mi-2, PL-7,PL-12,EJ,OJ, SRP)und Myositis assoziierte Ak(PmScl,U1-RNP,Ku)sie sind beim Overlap-Syndrom nachweisbar. Die Ak sind generell wenig sensitiv aber sehr spezifisch. Jo-1-Ak gelten als diagnostischer Marker einer idiopathischen autoimmunen Myositis mit einer diagnostischen Spezifität von nahezu 100 % und einer diagnostischen Sensitivität von ca. 24 - 30 %. Mi-2-Ak sind bei der Dermatomyositis in 15 - 31 % der Fälle mit einer Spezifität von 99 % zu finden. Bei der Polymyositis sind sie jedoch nur sehr selten (<1 %) nachweisbar. Bei der juvenilen Dermatomyositis treten sie in 10 - 15 % auf. PM-Scl-Antikörper gelten als diagnostischer Marker einer Kollagenose mit Myositis und Sklerodermie. PM-Scl-Antikörper-positive Patienten haben in 43 - 88 % der Fälle eine Polymyositis/ Sklerodermie-Overlap-Syndrom Ku-Antikörper sind in 1-7 % bei Patienten mit Myositis zu finden. Bei einem Polymyositis/Sklerodermie-Overlap-Syndrom sind sie in 5 - 25 % nachweisbar. SRP-Antikörper gelten als diagnostischer Marker einer Polymyositis mit einer Spezifität von ca. 100 % und einer sehr niedrigen Sensitivität von 4-6 %
Bemerkung	Aufgrund der niedrigen Sensitivität schließt ein negativer Antikörperbefund eine Myositis nicht aus!
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	ANA werden immer mitbestimmt, ENA ,erweitertes Myositis AK-Profil (EJ,OJ)
Letzte Änderung	03/2016
Verrechnungsinfo	Laut ASK5107
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 430 Natrium im Serum

Natrium /Serum, Peritonealdialysat, Sondermaterial

LOINC-Code	Serum: 2951-2 , Sondermaterial: 2950-4, Peritonealdialysat: 39787-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Natrium, Natrium/SM, Natrium/PD
Referenzbereich	Serum: Kinder, Erw.: 136 – 145 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit Ionenselektiver Elektrode
Messungenauigkeit	VK $\leq$ 0,7% (131 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: 1354 – 74 Thomas L, Labor und Diagnose Indikation und Bewertung von Laborbefunden für die medizinische Diagnostik, Th-Books, 6. Auflage 2005: 1779
Indikation	Störungen der Flüssigkeits- und Elektrolytbilanz
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial, Peritonealdialysat Stabilität im Serum bei 2° - 8° C 2 Wochen Bei – 20°C 12 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Natrium ist das wichtigste Kation der Extrazellulärflüssigkeit. Es spielt eine wesentliche Rolle bei der normalen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Verteilung von Wasser und bei der Aufrechterhaltung des osmotischen Drucks in den verschiedenen Kompartimenten der Extrazellulärflüssigkeit.
Die renale Salz und Wasserausscheidung stellt sich auf die tägliche diätetische Aufnahme ein, sodass ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Aufnahme und Ausscheidung besteht und als Ergebnis die Natriumkonzentration des Extrazellulärtraumes (EZR) konstant erhält.
Die Hauptaufgabe ist die Regulation des Wasserhaushalts des Körpers. Wasser ist frei permeabel durch Zellmembranen, deshalb ist die Osmolalität im Extra- und Intrazellulärtraum gleich. Die absolute Menge von extrazellulärem Natrium und intrazellulärem Kalium bestimmt die Verteilung des Körperwassers zwischen den beiden Flüssigkeitsräumen. Wenn dem Körper Wasser fehlt, steigt die Natriumkonzentration, in der Folge steigt ADH (antidiuretisches Hormon) an, das bewirkt ein Durstgefühl, und reduziert die Wasserausscheidung über die Niere.
Bei niedrigem Natrium-Spiegel sinkt der ADH-Spiegel und Wasser wird über den Harn ausgeschieden.

Hyponatriämie: häufigste Elektrolytentgleisung Natriumspiegel $< 136 \text{ mmol/l}$.
Wasser dringt in die Zellen ein und verursacht Störungen im zentralen Nervensystem mit Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Krämpfe, Koma.

Ursachen einer Hyponatriämie:

- Wasseraufnahme zu groß
- Wasserausscheidung zu gering: z.B. Nierenversagen
- Natriumausscheidung ist zu hoch (z. B. Diuretika)
- Natriumverluste außerhalb der Niere (z. B. starkes Erbrechen, Diarrhoe,
- Verbrennungen)

Hypernatriämie: kommt gehäuft bei alten PatientenInnen und bei kleinen Kindern vor, klinisch relevant sind Natriumkonzentrationen über 150 mmol/l . Hypernatriämien führen zu Bewusstseinsstörungen, neurologischen Symptomen bis zu Krämpfen und Koma.

Ursachen einer Hypernatriämie:

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 430 Natrium im Serum Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 626 von 845	

	• Zu geringe Wasseraufnahme (z. B. vermindertes Durstgefühl) • Austrocknung durch verminderte Flüssigkeitszufuhr oder durch starke Flüssigkeitsverluste. Die absolute Menge an Natrium ist nicht erhöht, sondern durch den Mangel an Flüssigkeit findet sich pro Volumeneinheit Flüssigkeit eine größere Menge Natrium. • Niere scheidet zu viel Wasser aus, zu wenig ADH wird ausgeschüttet • Übermäßige Zufuhr von Kochsalz (Na Cl) oder zu geringe Ausscheidung von Na
Bemerkung	Auch im Urin, Dialysat und Punktat bestimmbar.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5768
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 431 Natrium U

Natrium /Urin

LOINC-Code	2955-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Natrium/U
Referenzbereich	40 - 220 mmol/24h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Indirekte Potentiometrie mit Ionenselektiver Elektrode
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,6% (0,80 mmol/l)
Literatur	Burtis C.A., Ashwood E.R., Editors, Tietz Textbook of Clinical Chemistry, 2nd Ed. Philadelphia: PA: WB Saunders 1994: 1345-74
Indikation	Abklärung Hypernatriämie
Präanalytik	24-Stunden-Urin ohne Zusatz sammeln, Menge in Diagnosezeile eingeben oder Spontanurin.
Probenmaterial	Urin Das Untersuchungsmaterial ist 24-Stunden Sammelharn in Röhrchen ohne Zusätze. Haltbarkeit: 2-8°C: 45 Tage -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Sammelfehler
Klinische Info	Natrium ist das wichtigste Kation der Extrazellulärflüssigkeit. Es spielt eine wesentliche Rolle bei der normalen Verteilung von Wasser und bei der Aufrechterhaltung des osmotischen Drucks in den verschiedenen Kompartimenten der Extrazellulärflüssigkeit. Die renale Salz und Wasserausscheidung stellt sich auf die tägliche diätetische Aufnahme ein, sodass ein dynamisches

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 431 Natrium U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 629 von 845	

	Gleichgewicht zwischen Aufnahme und Ausscheidung besteht und als Ergebnis die Natriumkonzentration des Extrazellulärtraumes (EZR) konstant erhält. Die Hauptaufgabe ist die Regulation des Wasserhaushalts des Körpers. Wasser ist frei permeabel durch Zellmembranen, deshalb ist die Osmolalität im Extra- und Intrazellulärraum gleich. Die absolute Menge von extrazellulärem Natrium und intrazellulärem Kalium bestimmt die Verteilung des Körperwassers zwischen den beiden Flüssigkeitsräumen. Wenn dem Körper Wasser fehlt, steigt die Natriumkonzentration, in der Folge steigt ADH (antidiuretisches Hormon) an, das bewirkt ein Durstgefühl, und reduziert die Wasserausscheidung über die Niere. Bei niedrigem Natrium-Spiegel sinkt der ADH-Spiegel und mehr Wasser wird über den Harn ausgeschieden. Die Bestimmung von Natrium im Harn ist als ergänzende Information beim Vorliegen eines erhöhten oder erniedrigten Natriumspiegels im Blut von Bedeutung. Renalbedingte Natriumverluste sind an einer Ausscheidung von > 20 mmol/l im Spontanurin erkennbar. Zustände mit Verminderung des EZR durch extrarenale Flüssigkeitsverluste (Erbrechen) und Natriumverluste durch Ödeme gehen mit Ausscheidungen < 20 mmol/l einher.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5768
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 521 NeurotropeV_L

Neurotrope Viren im Liquor/ PCR molekularbiologischer Nachweis

LOINC-Code	V00250
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Cytomegalievirus DNA/Liquor PCR, Enteroviren RNA/Liquor PCR, Herpes Simplex Virus 1-DNA/Liquor PCR, Herpes Simplex Virus 2 DNA/Liquor PCR, Varizella Zoster Virus DNA/Liquor, Humanes Herpes Virus 6 DNA/Liquor PCR, Humanes Parechovirus RNA/Liquor PCR, Haemophilus influenzae/Liquor PCR, Listeria monocytogenes DNA/Liquor PCR, Streptococcus agalactiae DNA/Liquor PCR, Streptococcus pneumoniae DNA/Liquor PCR, Neisseria meningitidis rRNA/Liquor PCR, Cryptococcus neoformans rRNA/Liquor PCR, Escherichia coli K1.
Referenzbereich	Qualitative Analyse (normalerweise wird keine Virus-DNA nachgewiesen)
Referenzbereich gültig ab	07/2019
Methode	Biofire FilmArray Multiplex-PCR-Testsystem
Messungenauigkeit	--
Literatur	Labor und Diagnose Edts L.Thomas.6.Auflage,Th-Books Verlagsgmbh 2012: 2157-2159
Indikation	Diagnostik und Therapiemonitoring von bakteriellen und viralen Erkrankungen des ZNS
Präanalytik	Innerhalb von 24 h bei -20° einfrieren Längere Lagerung bei -70°C Extrahierte DNA bei -20°C
Probenmaterial	Liquor Cerebrospinalis
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Mehr als 1,2 Millionen Menschen erkranken jährlich weltweit an einer Meningitis , wovon die bakterielle Meningitis jedes Jahr 120.000 Todesfälle fordert ¹ . Oft sind Gesunde betroffen, Umweltfaktoren und eine Schwächung des

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 521 NeurotropeV_L Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 632 von 845	

	Immunsystems (z. B. durch eine HIV-Infektion oder eine Chemotherapie) stellen jedoch ein erhebliches Risiko dar. Die Meningitis kann zu Hirnschädigungen, Hörverlust, Blindheit und Tod führen. Die Symptome können plötzlich auftreten und sich rasch verschlimmern, weshalb eine schnelle Diagnostik entscheidend zum Therapieerfolg beiträgt. Aufgrund der sich überlagernden Symptome ist jedoch eine schnelle Identifizierung des ursächlichen Erregers allein aufgrund der klinischen Anzeichen nicht möglich
Bemerkung	-
Bereich	Infektion /Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	-
Verrechnungsinfo	HSV je Virus lt. ASK 6283 VZV lt. ASK 6067 EV lt. ASK 5310
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 432 NSE

Neuronenspezifische Enolase (NSE)

LOINC-Code	15060-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	NSE
Referenzbereich	< 17 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Elektrochemilumineszenzimmunoassay
Messungenauigkeit	VK= 4,4% (2,58 µg/l)
Literatur	Ebert W. Monitoring of Therapie in inoperable Lung cancer patients by measurment of NSE Anticancer Res. 1997 17:2875-2878 , L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005 Elecsys NSE Multicenter Evaluierung; Studie B99P005, 7/2001
Indikation	Therapie und Verlaufskontrolle bei Patienten mit Kleinzelligem Bronchialkarzinom und Neuroblastom
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8°C 24 Stunden bei -20°C 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse -> falsch hohe Werte
Klinische Info	Die Neuronen spezifische Enolase (NSE) wird als Marker der Wahl bei der Verlaufskontrolle des kleinzelligen Bronchialkarzinoms beschrieben. Für nicht kleinzellige Bronchialkarzinome ist CYFRA 21 – 1 der NSE überlegen. Im

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 432 NSE
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 635 von
845

	Verlauf einer Chemotherapie kommt es bei Ansprechen infolge Zytolyse der Tumorzellen zu einem temporären NSE-Anstieg 24- 72 Stunden nach dem ersten Therapie – Zyklus. Danach erfolgt ein rasches Absinken prätherapeutisch erhöhter Serumwerte innerhalb einer Woche. In der Remission finden sich 80 – 96% normale und beim Rezidiv ansteigende NSE – Werte. Für das Neuroblastom besteht eine signifikante Korrelation zwischen der Höhe und Häufigkeit pathologischer NSE – Werte und dem Stadium sowie umgekehrt zum krankheitsfreien Überleben.
Bemerkung	Heterophile Antikörper im Serum des Patienten können zu Interferenzen führen.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5775
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 24334 NT-pro-BNP

NT-pro-BNP (N-Terminal pro B-type Natriuretic Peptide)

LOINC-Code	33762-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	NT-pro-BNP
Referenzbereich	<125 ng/L
Referenzbereich gültig ab	06/2018
Methode	ElektroChemiLumineszenz Immunoassay
Messungenauigkeit	VK = 1,18-4,2 %
Literatur	Luchner, Andreas; et al.; Bedeutung der Herzinsuffizienzmarker BNP und NT-proBNP für die Klinik; Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 50 vom 12.12.2003, Seite A-3314 / B-2757 / C-2577 Scharhag, Jürgen; et al.; Bedeutung der Herzinsuffizienzmarker BNP und NT-proBNP für die Klinik: Herzinsuffizienzmarker beim (hypertrophierten) Sportler; Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 16 vom 16.04.2004, Seite A-1105 / B-918 / C-893 Thomas, Lothar; Labor und Diagnose; 8. Auflage 2012; Teil 1 / S. 174 Expertendiskussion mit Prof. Dr. Markus Haass, Kardiologie, Theresienkrankenhaus Mannheim
Indikation	-Diagnose (vor allem der Frühstadien) einer Herzinsuffizienz -Therapiekontrolle der Herzinsuffizienz -Prognose des Langzeitriskos nach akutem Koronarsyndrom -Screening auf Herzinsuffizienz, insbesondere bei Risikogruppen wie z.B. Diabetes, Dialyse, Chemotherapie -Risikobewertung einer Herzinsuffizienz im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen -Differentialdiagnose der Atemnot (kardial - pulmonal)
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 – 8°C 6 Tage, bei Raumtemperatur 3 Tage. NT-Pro-BNP unterliegt weder zirkadianer Rhythmik, noch wird er durch Entnahmebedingungen (wie liegen/sitzen) beeinflusst.

Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass die NT-pro BNP- Konzentration sehr gut mit der linksventrikulären Ejektionsfraktion korreliert. Es ist somit möglich, den Grad einer Herzinsuffizienz, ergänzend zur klinischen NYHA-Klassifikation, mit einem labormedizinischen Marker zu charakterisieren und einen therapeutischen Effekt nachzuweisen. Zwischen der Einteilung der Schweregrade nach NYHA und den NT-pro BNP -Werten konnte eine Korrelation hergestellt werden. Des Weiteren wird das NT-pro-BNP durch ARNI nicht direkt beeinflusst und reflektiert sowohl die Besserung als auch die aktuelle kardiale Situation des herzinsuffizienten Patienten unter der neuen Substanzklasse. Wenn Patienten mit ARNI behandelt werden, kann nur noch NT-pro-BNP die aktuelle kardiale Situation des Patienten reflektieren.
Bemerkung	Bei Niereninsuffizienz ist mit erhöhten Werten zu rechnen, es besteht jedoch nur eine sehr geringe Korrelation zwischen den NT-pro-BNP-Werten und der Glomerulären Filtrationsrate (GFR).
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	11.02.2020
Verrechnungsinfo	laut ASK 5099
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 433 Oligoklonale Banden

Oligoklonale Banden, Autochton/Liquor

LOINC-Code	48668-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Olig.Bd.,aut./L ql.
Referenzbereich	negativ
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Isoelektrische Fokuskennung mit Immunfixationselektrophorese
Messungenauigkeit	-
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1759
Indikation	Nachweis der intrathekalen humoralen Immunreaktion (Oligoklonale IgG) bei multipler Sklerose (MS)
Präanalytik	Serum und Liquor vom gleichen Abnahmezeitpunkt
Probenmaterial	Serum, Liquor
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	-
Klinische Info	Jede Immunreaktion ist polyspezifisch aber auch oligoklonal. Der Begriff oligoklonal stammt aus einer Zeit, als die Zusammenhänge noch nicht klar waren. Oligoklonale IgG haben im Rahmen langanhaltender chronischer Prozesse wie MS eine hohe diagnostische Sensitivität – im Gegensatz zu akuten Erkrankungen, wo der spezifische Antikörperindex wesentlich empfindlicher ist.
Bemerkung	-
Bereich	Klin.Chemie Spezial

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer: 433 Oligoklonale Banden
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 641 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5568
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 434 Opiate U

Opiate/ Urin

LOINC-Code	8220-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Opiate/U
Referenzbereich	Entscheidungsgrenze (Cutoff): < 299 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	homogener Elisa (Multigent)
Messungenauigkeit	Gesamt VK ≤ 10 %
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Intoxikation, Verdacht auf Drogenmissbrauch
Präanalytik	-
Probenmaterial	Urin Stabilität der Proben: 2-8°C: 5 Tage -5°C: ab 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Es ist bei der Probennahme darauf zu achten, dass es zu keinerlei Manipulationen des Urins kommen kann.
Klinische Info	Nachweis des Konsums von Codein, Dihydrocodein, Heroin, Hydrocodon, Hydromorphon und verwandten Substanzen. Opiatverbindungen, wie Morphin und Codein, sind natürlich vorkommende Alkaloide des Opiums (gewonnen aus dem Milchsaft des Schlafmohns) und werden häufig als Analgetika eingesetzt. Heroin wird aus Morphin synthetisiert und ist das häufigste missbräuchlich verwendete Opiat

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 434 Opiate U Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 644 von 845	

	Opiate werden im Körper relativ rasch metabolisiert und mit dem Harn ausgeschieden. Der Immunoassay zum Nachweis von Morphin und Morphinderivaten wird meist zum Screening auf Heroinabusus eingesetzt. Ausser aus Heroin kann Morphin aber auch aus Codein hervorgehen und selbst nach Genuss von Mohnkuchen lässt sich manchmal Morphin im Urin nachweisen. Opiate bewirken Euphorie, Wachträume, sie haben schmerzstillende Wirkung und dämpfen das Atemzentrum im Gehirn, rufen aber auch Husten- und Brechreiz hervor. Es kann zur Verkrampfung der Muskeln im Magen-Darmtrakt, zu Harnverhaltung und zu Blutdruckregulationsstörungen kommen. Die Pupillen sind verkleinert. Heroinkonsum führt zur körperlichen und psychischen Abhängigkeit. Absetzen der Droge führt zu <u>Entzugerscheinungen</u> wie Ruhelosigkeit, Krämpfe, Erbrechen, Zittern und Schwitzen. <u>Medizinischer Gebrauch:</u> Verwendung der Morphine als Schmerzmittel Verwendung von Codein zur Unterdrückung des Hustenreizes
Bemerkung	Falsch positive Ergebnisse durch Konsum von Mohnprodukten möglich. Der Assay ist ein Screenigtest und das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektrometrie GC/MS) bestätigt werden
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Bestätigungstest wenn notwendig
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5970
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 436 Osmolalität

Osmolalität/Serum

LOINC-Code	2692-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Osmolalität
Referenzbereich	281 – 297 mosmol/kg
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Osmometrie (Gefrierpunktserniedrigung)
Messungenauigkeit	VK = 1,3 % (318 mosmol/kg)
Literatur	Ann.Clin.Biochem 1987;24:566-571, Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:
Indikation	Beurteilung der internen Wasserbilanz, Vergiftungen,
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2° - 8°C 4Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	zu lange Lagerung führt zu verfälschten Werten
Klinische Info	Die Plasmaosmolalität ist eine wichtige Messgröße zur Beurteilung der internen Wasserbilanz. Bei der Beurteilung der Osmolalität sollte die Natriumkonzentration im Serum mitberücksichtigt werden, da die Natrium-Ionen etwa die Hälfte der Gesamtosmolalität ausmachen. Erhöhte Werte finden sich bei Hyperglykämie, Niereninsuffizienz, Diarrhoe, Fieber, ZNS-Erkrankungen und Diabetes insipidus.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Erniedrigte Werte sind bei NNR-Insuffizienz, Hypopituitarismus, Wasserintoxikation, Herzinsuffizienz und Leberzirrhose zu erwarten. Die Plasmaosmolalität kann auch nach folgendem Algorithmus berechnet werden: $\text{mosmol/kg} = 2 \times \text{Na (mmol/l)} + \text{Glucose (mg/dl)} / 18 + \text{Harnstoff (mg/dl)} / 6$. Differiert die gemessene Osmolalität mehr als 5 mosmol/kg von der errechneten Osmo, liegt eine „osmotische Lücke“ vor. Sie wird häufig bei Vergiftungen mit osmotisch aktiven Substanzen beobachtet,
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5782
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 435 Osmolalität Urin

Osmolalität/Urin

LOINC-Code	2695-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Osmolalität/U
Referenzbereich	50 – 1200 mosmol/kg
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Osmometrie (Gefrierpunktserniedrigung)
Messungenauigkeit	VK = 1,3 % (318 mosmol/kg)
Literatur	Am.J.Nephrol. 1986; 6:241-245, Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:
Indikation	Abklärung Polyurie, Beurteilung des renalen Konzentrationsvermögens
Präanalytik	-
Probenmaterial	Urin Stabilität bei 2° - 8°C 4 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Plasmaexpander, Röntgen-Kontrastmittel, Carbamazepin, Hungerzustände
Klinische Info	Beurteilung des Konzentrationsvermögens der Nieren. Erniedrigte Werte finden sich bei Diabetes insipidus, Polydipsie. Erhöhte Werte sind von keiner Relevanz.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer: 435 Osmolalität Urin
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 650 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5782
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2349 Osteocalcin

Parameter: Osteocalcin

LOINC-Code	2697-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Osteocalcin
Referenzbereich	M <30J : 24 – 70 ng/ml M <50J : 11 – 43 ng/ml W <50J : 11 – 43 ng/ml M <100J : 14 – 46 ng/ml W <100J : 15 – 46 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	1.11. 2014
Methode	ElektroChemiLumineszenz ImmunoAssay
Messungenauigkeit	MW 6,01 ng/ml VK 3,1% MW 12,2 ng/ml VK 3,1% MW 35,6 ng/ml VK 3,0%
Literatur	Lothar Thomas : Labor und Diagnose 8.Auflage /TH - Books
Indikation	Osteoporose, primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus
Präanalytik	Bei Patienten unter Therapie mit hohen Biotin-Dosen (>5mg/Tag) sollte die Probenentnahme mindestens 8 Stunden nach letzten Applikation erfolgen.
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Osteocalcin, das wichtigste nicht-kollagene Protein der Knochenmatrix, ist ein knochen-spezifisches, Vitamin K – abhängiges, Calcium-bindendes Protein. Während des Knochenaufbaus wird Osteocalcin von den Osteoblasten

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2349 Osteocalcin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 653 von 845	

	synthetisiert. Nach der Freisetzung aus den Osteoblasten wird Osteocalcin sowohl in die Knochenmatrix eingebaut als auch in die Blutzirkulation sezerniert. Osteocalcin wird deshalb als bone turnover marker bezeichnet und angewendet.
Bemerkung	Der Test erfasst das stabile N-MID Fragment sowie das intakte Osteocalcin
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	ß- CrossLaps, P1NP
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 5784
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 437 Östradiol

Oestradiol

<u>LOINC-CodeAnforderungscode</u>	KHR-KIS-363 LOINC: 2243-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Oestradiol
Referenzbereich	Männer: < ~~44 pg~~ 44 pg/ml Frauen: Follikelphase 21 - 251 pg/ml Ovulationsphase 38 - 649 pg/ml Lutealphase 21 - 312 pg/ml Postmenopause < 28 pg/ml
<u>Referenzbereich gültig ab</u> <u>Gültig ab</u>	06/2010
Methode	Chemilumineszenz – Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	CV= 6,7% (48 pg/ml)
Literatur	Labor und Diagnose, Thomas : 6. Auflage 2005:1487
Indikation	Ovarfunktion, Zyklusüberwachung, Eingrenzung des Ovulationszeitpunktes im Rahmen der in vitro Fertilisierung
Präanalytik	=
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2° - 8° C bis zu 7 Tagen
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

17 β -Östradiol (E2) ist das biologisch wirksamste natürliche Östrogen. Es reguliert die Fortpflanzungsfunktion des weiblichen Organismus und ist verantwortlich für die Entwicklung der sekundären weiblichen ~~Geschlechtsmerkmale~~, Geschlechtsmerkmale. Die Synthese von E2 erfolgt im reifenden Follikel unter FSH- Einfluss. Geringere Mengen werden auch von den Testes (~~bei~~bei Männern) und in der Nebennierenrinde (bei Männern und Frauen) gebildet. Während der Schwangerschaft werden Östrogene vom corpus luteum graviditatis und später von der Plazenta produziert. Zu Beginn der Follikelphase im Menstruationszyklus ist die Estradiolkonzentration am niedrigsten und steigt in der späten Follikelphase unmittelbar vor dem steilen LH – Anstieg, der den Eisprung auslöst, auf Spitzenwerte an. Während nun die LH- Konzentration Ihren Höchstwert erreicht, fällt die Estradiolkonzentration, um dann in der Lutealphase wieder anzusteigen. Findet keine Empfängnis statt kommt es zu einem weiteren Abfall der Estradiol- Konzentration wodurch die Regelblutung ausgelöst wird. Mit Einsetzen der Menopause sinkt der Estradiol- Spiegel auf niedrige Konzentrationen ab.

Bemerkung

Rund 98% des E2 ist im Blut an Sexual-Hormon bindendes Globulin (SHBG) gebunden. Der Assay misst Gesamt-E2 (siehe auch BAE)

Bereich

~~Corelabor, Akut/Routine~~Klinische Chemie

Folgeparameter

BAE – bioverfügbares Oestradiol, LH, FSH, Progesteron

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5785

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 563 PAI-1 Mutation

PAI-1 4G/5G und A-844G Mutation

LOINC-Code	Nur schriftlich anforderbar, Einverständniserklärung des/der Patient*in notwendig LOINC: 52757-2								
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PAI-1 4G/5G								
Referenzbereich	Qualitative Analyse Zu erwartende Ergebnisse: PAI-1 4/5G und PAI-1 A-844G nicht / in heterozygoter Form / in homozygoter Form nachweisbar								
Referenzbereich gültig ab	06/2010								
Methode	PCR aus genomischer DNA, Allel-spezifische reverse Hybridisierung								
Messungenauigkeit	-								
Literatur	Arterioscl Thromb Vasc Biol 2000;20(5):1387-91, Thromb Haemost 2007;97:907-913, Clin Apl Thromb Hemost 2003;9:299-307								
Indikation	Thrombophilie besonders bei Faktor V Leiden MutationsträgerInnen, Abortus habituais, Retinalvenenthrombosen								
Präanalytik	Keine Heparinbeimengungen im Untersuchungsgut (Polymerasehemmung)								
Probenmaterial	Citratblut oder EDTA Blut								
Analysendauer/Frequenz ¹	Spezialanalyse								
Störfaktoren	Höhere Heparinkonzentrationen (Polymerasehemmung), unzureichende Qualität und/oder Quantität des Probenmaterials								
Klinische Info	<table><tr><th>Mutation</th><th>Gesamtbevölkerung</th><th>VTE-Patienten</th></tr><tr><td>PAI-1 4G/4G</td><td>26%</td><td>---</td></tr></table>			Mutation	Gesamtbevölkerung	VTE-Patienten	PAI-1 4G/4G	26%	---
Mutation	Gesamtbevölkerung	VTE-Patienten							
PAI-1 4G/4G	26%	---							

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

PAI-1 4G/5G	50%	---
PAI-1 5G/5G	24%	---
PAI-1 844AG heterozygot	52% (?)	61%
PAI-1 844 AA homozygot	21% (?)	38%

Homozygote Träger des 4G-Allels können höhere PAI-1 Spiegel aufweisen, was die Fibrinolyseaktivierung stören kann und mit einem erhöhten Thromboserisiko, besonders bei Immobilisation, assoziiert wird. In Kombination mit anderen Thromboserisiken wie z.B. FV Leiden kommt es zu einer Erhöhung des VTE-Risikos (Thromb Haemostas 2007;97:907ff Metaanalyse). In der Fachliteratur wird bei homozygoten Trägerinnen des PAI-1 4G-Allels eine erhöhte Rate für Frühgeburtlichkeit und eine erhöhte Abortneigung kontrovers diskutiert.

Homozygote Träger des PAI-1 A844G Polymorphismus (Genotyp PAI-1: 844AA wurden in einer rezenten Publikation (Morange PE et al, Arterioscler Thromb Vas Biol 2000;20:1387) mit 38% etwas häufiger bei Patienten mit tiefen Venenthrombosen und gleichzeitiger Faktor V Leiden Mutation als in einem Kontrollkollektiv von FVL-Trägern ohne Thrombosen (21%) gefunden. Dieses Merkmal kann als zusätzliche Information, jedoch noch nicht als diagnostischer Marker herangezogen werden. Bei Zusammentreffen mit anderen thrombophilen Parametern (v.a. Faktor V Leiden/APC-Resistenz) vermutet man eine zusätzliche Erhöhung der Thrombosebereitschaft.

Bemerkung

Ohne Vorliegen einer vom Patienten und zuweisenden Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen Zwecken sind nach Gentechnikgesetzes § 65 keine Genanalysen von Keimbahnmutationen wie z.B. F V-Leiden oder PT20210A möglich! FAX- Befundübermittlung ist laut GTG nicht gestattet.

Bereich

Humangenetik

Folgeparameter

-

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 563 PAI-1 Mutation Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 660 von 845	

Letzte Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5878
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 440 Pankreas Amylase

Pankreas-Amylase/Serum, Sondermaterial

LOINC-Code	1805-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Pankreas-Amylase, Pankreas-Amylase SM
Referenzbereich	Serum: w: < 53 U/l m: < 53 U/l
Referenzbereich gültig ab	04/2012
Methode	Enzym-kolorimetrischer Test nach immunologischer Hemmung der Speichel-Amylase
Messungenauigkeit	VK = 1,5 % (33,56 U/l)
Literatur	Clin.Chem.1987;33:1158-62
Indikation	Differentialdiagnose des akuten Abdomens, Diagnose der Pankreatitits
Präanalytik	Serum möglichst rasch nach Blutabnahme zentrifugieren.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 7 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Alpha-Amylasen sind Verdauungsenzyme, die Kohlenhydrate spalten. Pankreas-Amylase wird vom Pankreas produziert und in den Darmtrakt ausgeschieden. Speicheldrüsen-S-Amylase wird in der Parotis synthetisiert. Die beiden Enzyme

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

haben eine 97 % strukturelle Homologie, weshalb zur Bestimmung der Pankreas-Amylase die Speichel-S-Amylase durch Vorinkubation mit einem monoklonalen Antikörper inhibiert wird.

Nur geringe Mengen der Amylase gehen ins Blut über und werden über die Nieren in den Harn ausgeschieden, daher spiegelt sich ein Anstieg der Amylaseaktivität im Serum durch einen Anstieg der Amylaseaktivität im Harn wieder. Die Bestimmung der Pankreas- Amylase wird vorwiegend zur Diagnostik von Pankreaserkrankungen durchgeführt. Bei akuter Pankreatitis steigt die Amylaseaktivität im Blut innerhalb weniger Stunden an, erreicht nach ca. 12 Stunden ein Maximum und fällt innerhalb von ca. 5 Tagen wieder auf Werte innerhalb des Referenzbereiches.

P-Amylase ist erhöht:

- Bei akuter und chronischer Pankreatitis
- Nach ERCP (endoskopisch retrograde Cholangiopancreaticographie – endoskopische Pancreasganguntersuchung)
- Parotitis
- Alkoholismus
- Nierenversagen
- Tumoren
- Medikamente etc.

P-Amylase ist erniedrigt bei:

- Adipositas
- Genetische Verminderung
- Nekrose großer Teile des Pancreas

Bemerkung

Bleibt auf Wunsch der 2. Chirurgie h.O.im ParameterKatalog.

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 440 Pankreas Amylase Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 664 von 845	

	Ersatzweise Bestimmung der Lipase bei entsprechender Indikation.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	20.4.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 5793
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1089 Parathormon

Parameter: Parathormon

LOINC-Code	2731-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PTH i
Referenzbereich	5,5 – 38,4 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	4.2.2013
Methode	Chemiluminiszenter Immunoassay (CLIA)
Messungenauigkeit	VK 4,7% bei 25,3 pg/ml
Literatur	J.T.Potts, Parathyroid hormone: past and present J.Endocrinol. 187, 311 (2005) N.A. Younes et al., Laboratory screening for hyperparathyroidism
Indikation	V.a. primären oder sekundären Hyperparathyreoidismus, Differentialdiagnose von Hyper- und Hypocalciämien, Nephrolithiasis
Präanalytik	Stabilität bei Raumtemperatur 7 Stunden, bei 2°-8°C 24Stunden und bei -20°C 6 Monate
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Lipämie
Klinische Info	Parathormon wird in den Nebenschilddrüsen synthetisiert und in Abhängigkeit von der Konzentration des ionisierten Calciums, des D-Vitamins und des Magnesiums sezerniert. Zielorgane des PTH sind Knochen und Nieren. Parathormon unterliegt einer zirkadianen Rhythmik, mit erhöhtem Level am Nachmittag und in der Nacht.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 1089 Parathormon Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 667 von 845	

	Erhöhte Werte finden sich bei primärem und sekundärem Hyperparathyreoidismus, Pseudohypoparathyreoidismus und selten paraneoplastisch. Erniedrigte Werte ergeben sich bei Hypoparathyreoidimus, Tumorhypercalciämie durch PTH related peptide, Multiples Myelom, Hyperthyreose, Sarkoidose und Vitamin D – Überdosierung.
Bemerkung	Der Assay quantifiziert intaktes 1-84 Parathormon
Bereich	Klinische Chemie - Endokrinologie
Folgeparameter	Calcium,Phosphat
Letzte Änderung	16.4.2013
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5808
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel.: 01 / 80 110 – 2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 37798 PCT (Procalcitonin)

LOINC-Code	33959-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PCT
Referenzbereich	< 0,5 ng/mL
Referenzbereich gültig ab	28.7.2025
Methode	Chemilumineszenz-Microparticle-Immunoassay
Messungenauigkeit	Intra-assay CV ca. 2,2–4,0 % Inter-assay CV ca. 2,5–3,6 %
Literatur	British Journal of Pharmacology, 159(2), 253–264 Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Clinical Biochemistry, 63, 106–112 The Lancet Infectious Diseases, 16(7), 819–827
Indikation	• Abklärung unklarer Infektionen (v.a. bei Fieber oder erhöhten Entzündungswerten) • Differenzierung zwischen bakterieller und viraler Infektion • Steuerung der Antibiotikatherapie • Monitoring bei Sepsis oder systemischer bakterieller Infektion

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 37798 PCT (Procalcitonin) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 670 von 845	

	Nicht geeignet bei: • Lokalisierten Infektionen ohne systemische Reaktion • Autoimmunerkrankungen (z.B. Lupus, IgG4-RD): PCT bleibt hier meist niedrig, selbst bei hoher Entzündungsaktivität • Neugeborene: haben physiologisch erhöhte Werte in den ersten 48 Stunden
Präanalytik	Transportbedingungen: zulässig bei Umgebungstemperatur oder gekühlt, reagiert empfindlich auf Hitze und direkte Sonneneinstrahlung
Probenmaterial	Humanes Serum oder Li-Heparin- bzw. K2EDTA-Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Der Assay zeigt keine signifikanten Interferenzen bei üblichen Konzentrationen von Hämoglobin, Bilirubin, Lipiden, Rheumafaktor, Harnstoff, Ascorbinsäure und Biotin (bis 3500 ng/mL). Dennoch ist bei Hochdosis-Biotin (>10 mg/Tag) Vorsicht geboten. Kritische Störfaktoren sind heterophile Antikörper und HAMA, die falsch-positive oder -negative Ergebnisse verursachen können, besonders bei Patienten mit Tierkontakt oder AK-Therapie. Nur Serum, Li-Heparin- und K2EDTA-Plasma sind zugelassen; Citrat kann Ergebnisse verfälschen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 37798 PCT (Procalcitonin) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 671 von 845	

	Starke Hämolyse, Lipämie oder Ikterus können die Messung technisch stören. Klinisch erhöhte PCT-Werte ohne Infektion sind möglich bei Niereninsuffizienz, Trauma, OP, Verbrennungen, SIRS oder bei Neugeborenen <72 h. Ergebnisse müssen immer im klinischen Kontext bewertet werden
Klinische Info	Procalcitonin (PCT) ist ein Akutphasenprotein, das unter physiologischen Bedingungen nur in minimalen Mengen zirkuliert. Bei systemischen bakteriellen Infektionen wird es jedoch innerhalb weniger Stunden vermehrt in parenchymalen Geweben exprimiert und freigesetzt. Dieser rasche und ausgeprägte Anstieg bei bakteriellen Erregern, im Gegensatz zu viralen oder nicht-infektiösen Entzündungen, macht PCT zu einem spezifischen Marker für bakterielle Sepsis und schwere Infektionsverläufe. Die quantitative Bestimmung von PCT im Serum oder Plasma dient der diagnostischen Einschätzung und dem Therapiemonitoring bei Verdacht auf bakterielle Infektionen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	-
Verrechnungsinfo	laut ASK 5629
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 564 PFA 200 Adenosindiphosphat

PFA 200/ Adenosindiphosphat

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombozytenfunktion
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PFA 200/ADP
Referenzbereich	65-110 Sek.
Referenzbereich gültig ab	01/2023
Methode	Thrombozytenaggregation-Durchflusszeitmessung
Messungenauigkeit	VK ≤ 13%
Literatur	Clinical Applications Thromb Hemostas 1996;2:241-9, Br J Haematol 1999;106:898-904, Semin Thromb Hemost 1992;18:167-85
Indikation	Blutungsneigung (s.d.), Verdacht auf von Willebrand Erkrankung, Bestimmung der Thrombozytenfunktionalität,
Präanalytik	Langes Stauen zur Blutentnahme ist zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 2 Stunden im Labor eingelangt sein.
Probenmaterial	Citratplasma (3,2%)
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	erniedrigter Hämatokrit, Thrombopenie, langer Venenstau, DDAVP
Klinische Info	Als Ergebnis wird die sogenannte Verschlusszeit ausgegeben. Der Test wird unter anderem bei verlängerter Verschlusszeit mit der Epinephrin- Messzelle durchgeführt. Personen welche eine verlängerte Epi- Verschlusszeit auf Grund einer Einnahme von Azetylsalizylsäure haben, sollten bei Verwendung der ADP-Messzelle eine normale Verschlusszeit aufweisen.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 564 PFA 200 Adenosindiphosphat Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 674 von 845	

Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	02/2024
Verrechnungsinfo	laut ASK 6234
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 565 PFA 200 Epinephrin

PFA 200 / Epinephrin

LOINC-Code	24471-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PFA-Epi
Referenzbereich	80-150 sek
Referenzbereich gültig ab	01.01.2023
Methode	Thrombozytenaggregation- Durchflusszeitmessung
Messungenauigkeit	< 13%
Literatur	Clinical Applications Thromb Hemostas 1996;2:241-9, Br J Haematol 1999;106:898-904, Semin Thromb Hemost 1992;18:167-85
Indikation	Blutungsneigung (s.d.), Verdacht auf von Willebrand Erkrankung, Bestimmung der Thrombozytenfunktionalität,
Präanalytik	Langes Stauen zur Blutentnahme ist zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 2 Stunden im Labor eingelangt sein
Probenmaterial	Citratplasma (3,2%)
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	erniedrigter Hämatokrit, Thrombopenie, langer Venenstau, DDAVP
Klinische Info	Als Ergebnis wird die sogenannte Verschlusszeit ausgegeben. Eine Verlängerung der Epi-Verschlusszeit wurde bei Personen mit von Willebrand Syndrom, bei Medikamenten- induzierter Thrombopathien (z.B. ASS, NSAIDs), bei Urämie, etc. beschrieben
Bemerkung	-
Bereich	Gerinnung Spezial

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 565 PFA 200 Epinephrin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 677 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	16.06.2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 6234
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 566 PFA P2Y

PFA-P2Y

LOINC-Code	Nach telefonischer Rücksprache
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PFA-P2Y
Referenzbereich	< 106 Sek.
Referenzbereich gültig ab	01.01.2011
Methode	Thrombozytenaggregation- Durchflusszeitmessung
Messungenauigkeit	VK ≤ 8%
Literatur	Clinical Applications Thromb Hemostas 1996; 2:241-9, Clin Chem Lab Med 2007; 45:1542-8.
Indikation	Nachweis der Blockierung des thrombozytären P2Y ₁₂ -Rezeptors (z.B. durch Clopidogrel) , derzeit nur auf spezielle Anfrage bei Abklärung „ASS/Clopidogrel Resistenz“ verfügbar
Präanalytik	Langes Stauen zur Blutentnahme ist zu vermeiden. Die Probe muss innerhalb von 2 Stunden im Labor eingelangt sein
Probenmaterial	Citratplasma (3,2%)
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	erniedrigter Hämatokrit (<28%), Thrombopenie (< 93.000/μl),
Klinische Info	Als Ergebnis wird die sogenannte Verschlusszeit ausgegeben. Bei Patienten mit VWD, Bernard- Soulier Syndrom oder Thrombasthenie Glanzmann ist dieser Test nicht validiert und kann daher nicht angewendet werden.
Bemerkung	Derzeit nur auf spezielle Anfrage bei Abklärung „ASS/Clopidogrel Resistenz“
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 566 PFA P2Y Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 680 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6234
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 441 PH, Blutgase

pH, PO₂, pCO₂, Standard Bikarbonat, BE

LOINC-Code	11558-4										
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	pH, PO ₂ , pCO ₂ , Standard Bikarbonat, BE										
Referenzbereich	<table> <tr> <td>pH:</td><td>7,35 – 7,45</td></tr> <tr> <td>PO₂:</td><td>71-104 mm Hg</td></tr> <tr> <td>pCO₂:</td><td>w 32-43 mm Hg m 35-46 mm Hg</td></tr> <tr> <td>Standard Bikarbonat:</td><td>21,0 – 26,0 mmol/l</td></tr> <tr> <td>BE:</td><td>-2 - +3 mmol/l</td></tr> </table>	pH:	7,35 – 7,45	PO ₂ :	71-104 mm Hg	pCO ₂ :	w 32-43 mm Hg m 35-46 mm Hg	Standard Bikarbonat:	21,0 – 26,0 mmol/l	BE:	-2 - +3 mmol/l
pH:	7,35 – 7,45										
PO ₂ :	71-104 mm Hg										
pCO ₂ :	w 32-43 mm Hg m 35-46 mm Hg										
Standard Bikarbonat:	21,0 – 26,0 mmol/l										
BE:	-2 - +3 mmol/l										
Referenzbereich gültig ab	09/2010										
Methode	pH: Potentiometrie pO ₂ : Amperometrie pCO ₂ : Potentiometrie Standard Bikarbonat: Berechnung BE: Berechnung										
Messungenauigkeit	-										
Literatur	L.Thomas (Hrsg) Labor und Diagnose 6.Auflage (2005)										
Indikation	1.) pH: Störungen des Säure – Basenhaushaltes, Ventilationsstörungen, Intoxikationen, komatöses Zustandsbild 2.) pO ₂ : Störungen des Säure – Basenhaushaltes, Ventilationsstörungen, Intoxikationen, komatöses Zustandsbild 3.) pCO ₂ : Störungen des Säure – Basenhaushaltes, Ventilationsstörungen, Intoxikationen, komatöses Zustandsbild 4.) Standard Bikarbonat: Interpretation und Analyse der Beeinflussung des Säure-Basen-Status 5.) BE: Störungen des Säure – Basenhaushaltes, Ventilationsstörungen, Kreislaufinsuffizienz										

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 441 PH, Blutgase Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 683 von 845	

Präanalytik	Luftblasenfrei
Probenmaterial	Heparinisiertes arterielles Vollblut
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall
Störfaktoren	Luftkontakt, lange Lagerung
Klinische Info	1.) pH: Krankheiten mit der Tendenz zum Zustandsbild einer Metabolischen Alkalose führen zu erhöhten Werten während Metabolische Azidosen erniedrigte pH-Ergebnisse liefern. PH Werte < 7,1 und > 7,6 sind v. a. bei akut respiratorisch insuffizienten Patienten lebensbedrohlich. Leistungssportler können bei extremer Belastung einem pH-Wert von 7,0 erreichen. 2.) pO₂: Ventilations-, Diffusions-, Distributions- und Perfusionsstörungen aber auch Aufenthalt in grossen Höhen führen zu erniedrigten Werten. Im Gegensatz dazu sind bei künstlicher Beatmung mit Überdruck und O₂ erhöhte Werte zu finden. 3.) pCO₂: Metabolische Alkalose und respiratorische Azidose führen zu erhöhten Werten, während bei metabolischer Azidose und respiratorischer Alkalose ein erniedrigtes CO₂ gemessen wird. Akute pCO₂ Verschiebungen mit Werten von < 25mmHg bzw > 60mmHg sind als lebensbedrohlich zu bewerten. Im Gegensatz dazu wird bei chronischer Hyperkapnie ein pCO₂ von 60mmHg und mehr oft relativ gut vertragen. 4.) Standard Bikarbonat: Die Konzentration von Standard – Bicarbonat ist die Konzentration von Bicarbonat, die in einer Blutprobe bei 37° C nach vollständiger Oxygenierung und bei einem CO₂ Partialdruck von 40mmHg gemessen würde. Damit bedeutet eine geringe Standard - Bicarbonat – Konzentration in der Probe das Vorliegen einer metabolischen Azidose während erhöhte Werte auf eine metabolische Alkalose hinweisen. 5.) BE: Die Basenabweichung errechnet sich im Wesentlichen aus den Grössen Standard – Bicarbonat und pH-Wert. Erhöhte Werte finden sich im Rahmen einer Metabolischen Alkalose während der BE bei Metabolischen Azidosen erniedrigt ist.
Bemerkung	-
Bereich	Notfall
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6418

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 02.09.2025

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 441 PH, Blutgase
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 684 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 02.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 443 Phosphat

Phosphat/Serum, Peritonealdialysat

LOINC-Code	Phosphat S 14879-1, Phosphat PD 49006-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Phosphat, Phosphat/PD
Referenzbereich	Serum: 0.74 - 1.52 mmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Komplexbildung zu Phosphomolybdat
Messungenauigkeit	VK = 2,6% (1,13 mmol/l)
Literatur	H. Greiling, A.M. Gressner: Lehrbuch der Klinischen Chemie und Pathobiochemie. 3. Auflage Schattauer 1995
Indikation	Knochenerkrankungen, Nierenerkrankungen, nach Schilddrüsen-OP
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum, Peritonealdialysat <u>Serum:</u> <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 1 Tag 2-8°C: 4 Tage -20°C: 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Der größte Teil des Phosphors (80-85 %) liegt im Skelettsystem in Form von Hydroxylapatit vor. Das restliche Phosphat findet sich zu 20-30% intrazellulär und nur zu etwa 1% in ionisierter Form als Orthophosphat in den Körperflüssigkeiten. Phosphate haben ihre Bedeutung in der Energiegewinnung, Energiespeicherung, Zellteilung und sind Bausteine von Zellmembranen und Knochen. Ein Mangel oder Überschuss an Phosphat hat daher verschiedenste Folgen. Phosphat wird über die Nahrung aufgenommen und über die Nieren ausgeschieden. Der Phosphatspiegel im Blut wird durch das Zusammenspiel von STH, Parathormon, Glucocorticoiden und Östrogenen reguliert und ist von der Nahrungsaufnahme und den Hormonspiegeln abhängig.

Ursachen einer Hyperphosphatämie:

- Symptome sind Weichteilverkalkungen
- Hypoparathyreoidismus
- Vit D-Intoxikation
- Zu geringe Ausscheidung über die Nieren (akutes Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz)
- Phosphat wird aus zerstörten Zellen oder Knochen frei (Knochenmetastasen, Myelome, Leukosen)
- Phosphat wird aus den Zellen in das Blut und die Gewebsflüssigkeit verschoben (Azidose)

Ursachen einer Hypophosphatämie:

- Symptome sind Muskelschwäche, Muskelschmerz, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit, Hämolyse, Koma
- Zu geringe Phosphatzufuhr mit der Nahrung (Malabsorption, Alkoholismus)
- Hyperparathyreoidismus

Bemerkung

Bestimmung auch im Urin möglich

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5826

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 443 Phosphat
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 688 von
845

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 442 Phosphat im Urin

Phosphat/ Urin

LOINC-Code	13539-2,
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Phosphat/U
Referenzbereich	12,9 - 42 mmol/24 ^h
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Komplexbildung zu Phosphomolybdat
Messungenauigkeit	VK = 1,9 (1,01 mmol/l)
Literatur	H. Greiling, A.M. Gressner: Lehrbuch der Klinischen Chemie und Pathobiochemie. 3. Auflage Schattauer 1995
Indikation	Nierenerkrankung, Störung der Nebenschilddrüsenfunktion
Präanalytik	24-Stunden-Urin sammeln, Menge in Diagnosezeile eintragen. Standard Diät nötig.
Probenmaterial	Urin Haltbarkeit: 20-25 °C: 2 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Zur Beurteilung des Phosphathaushaltes ist die Phosphatbestimmung in Serum und Harn erforderlich. Die Phosphatausscheidung im Harn ist abhängig von Nahrungszufuhr, Knochenstoffwechsel, glomerulärer Filtrationsrate und tubulärer Phosphatresorption.
Bemerkung	s.auch Phosphat im Serum
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 442 Phosphat im Urin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 691 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5826
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 567 Plasminogen Akt.

Plasminogen - Aktivität

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Plasminogen Akt.
Referenzbereich	75-150 %
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chromogener Assay
Messungenauigkeit	<5%
Literatur	Fibrinolysis 1989, 3:67-77, Kraus M, In:Thomas L ed, TH-Books 1998;625-7, Thromb Res 1994;74:543-8.
Indikation	Thrombophilie, Beurteilung des fibrinolytischen Potentials
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Massive Lipämie
Klinische Info	Plasminogen wird in der Leber synthetisiert und hat eine Halbwertszeit von ca. 2 Tagen. Verminderungen können angeborene sowie erworbene (Verbrauchskoagulopathie, Lebererkrankungen, fibrinolytische Therapie, etc.) Ursachen haben.
Bemerkung	Bei Behandlung mit Aprotinin können falsch niedrige Werte gefunden werden.
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 567 Plasminogen Akt. Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 694 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5834
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 444 Präalbumin

Präalbumin/Serum

LOINC-Code	14 338-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Präalbumin
Referenzbereich	m < 60 0,18 - 0,45 g/l m > 60 0.16 - 0.42 g/l w < 60 0.16 – 0.38 g/l w > 60 0.14 – 0.37 g/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Immunturbidimetrie
Messungenauigkeit	VK = 1,3% (0,21 g/l)
Literatur	Lehrbuch der Klin. Chem. und Pathochem. Schattauer 1995:245
Indikation	Eiweissmangel, Leberfunktionsstörungen
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung abnehmen
Probenmaterial	<u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 3 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Präalbumin wird in der Leber synthetisiert und ist am Transport von Trijodthyronin (T ₃), Thyroxin (T ₄) und Vitamin A beteiligt. Da Präalbumin eine extrem kurze Halbwertszeit besitzt, gestattet die quantitative Bestimmung von Präalbumin im

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Serum gegenüber Transferrin oder Albumin eine schnelle und sensitive Bewertung von Eiweiss -Mangelzuständen oder Leberfunktionsstörungen.
Präalbumin ist allerdings auch ein Anti – Akute Phase Protein. Daher kann der Serumspiegel bei Entzündungen, malignen Tumoren und bei Darm- Nierenerkrankungen, die sich auf den Proteinhaushalt auswirken erniedrigt sein. Auch wenn das Vorliegen einer akuten oder chronischen Entzündung die Spezifität des Assays unter Umständen beeinträchtigt, ist Präalbumin ein hilfreicher Marker in der Beurteilung des Ernährungsstatus z.B. bei geriatrischen PatientInnen.

Präalbumin ist erniedrigt bei:

- Lebererkrankungen
- Entzündungen
- malignen Tumoren
- bestimmten Erkrankungen des Darmes und der Niere, die sich auf den Proteinhaushalt auswirken
- zystische Fibrose
- chronischen Erkrankungen
- Mangelernährung (reduzierte Kalorien- und Proteinzufuhr)

Erhöhte Präalbuminspiegel werden bei bestimmten Medikamenten beobachtet.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5854

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3251 Primäre biläre Zirrhose

Parameter: V.a. Primär biliäre Zirrhose

LOINC-Code	V00128
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	AMA-M2, gp210,sp100 AMA Ti. IF (Antikörper gegen Mitochondrien)
Referenzbereich	Negativ.; IF Titer <1:80
Referenzbereich gültig ab	03/2016
Methode	Indirekte Immunfluoreszenz KSL, Immunoblot
Messungenauigkeit	qualitativer Methode, ein Messbereich wird nicht angegeben,Sensitivität gesamt 94%, Spezifität 99%
Literatur	L.Thomas:Labor und Diagnose 8.Auflage;S.1485
Indikation	V.a. primär biliäre Zirrhose
Präanalytik	Serum rasch abzentrifugieren
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse, Lipämie
Klinische Info	Primär-biläre Leberzirrhose (PBC) ist eine chronisch-entzündliche, cholestatische Lebererkrankung die vorwiegend bei Frauen (>90%) im Alter zwischen 40 und 60 Jahren auftritt. Die drei Diagnosekriterien einer PBC sind erhöhte Cholestaseparameter (AP über 6 Mo erhöht), der Nachweis von AMA und eine charakteristische Histologie. Es gibt neun verschieden AMA -Subtypen von denen aber nur AMA-M2 hoch spezifisch für eine PBC ist.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3251 Primäre biläre Zirrhose Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 700 von 845	

	Diese werden bei 95% der Patienten bei PBC gefunden, jedoch nur bei 5% der Fälle mit Autoimmun Hepatitis. AMA können der klinischen Manifestation auch Jahre vorausgehen. Neben AMA können auch bestimmte ANA gegen das Antigen SP1000, die in der IFT als Nuclear dots imponieren sowie Antikörper gegen gp210, die im IFT zu einer Anfärbung der Kernmembran führen gefunden werden.
Bemerkung	Auch im Rahmen der Stufendiagnostik werden bei positiven ANA mit entsprechendem Muster AMA in der IF und ein Leberblot durchgeführt.
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	Leberblot - Es werden immer beide Methoden(IF, Immunoblot) durchgeführt.
Letzte Änderung	12/2023
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5109
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 445 Progesteron

Progesteron

LOINC-Code	2839-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Progesteron
Referenzbereich	Männer: < 0,2 ng/ml Frauen: Follikelphase < 0.3ng/ml Lutealphase 1.2 – 15,9 ng/ml Postmenopause < 0.2 ng/ml Schwangerschaft 1.Trimenon 2.8 - 147.3 ng/ml 2.Trimenon 22.5 – 95.3 ng/ml 3.Trimenon 27.9 – 242.5 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK = 6,2% (0.8 ng/ml)
Literatur	Johnson MR et al Acta Endocr (1993) 129: 121 Runnebaum B, Rabe T. In: Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (Springer Verlag) L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	DD ovulatorischer / anovulatorischer Zyklus, Lutealinsuffizienz, Tubaria, Frühabort
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8° C bis zu 10 Tagen bei -20°C 6 Monate

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 445 Progesteron Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 703 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Progesteron ist ein Steroidhormon, das vorwiegend im Corpus Luteum im Ovar (Luteinisierung durch LH), im Corpus Luteum Graviditatis (unter HCG Kontrolle) und etwa ab der sechsten Schwangerschaftswoche von der Plazenta gebildet wird. Progesteron bewirkt die Umwandlung der Uterusschleimhaut in ein drüsenreiches Gewebe (Sekretionsphase), um die intrauterine Nidation vorzubereiten. Da die Progesteronkonzentration zwischen dem 5. und 7. Tag nach der Ovulation rasch auf ein Maximum ansteigt ist die Bestimmung in der 2. Zyklushälfte zur Frage einer möglichen Lutealinsuffizienz angezeigt. Eine Ermittlung der Progesteron und HCG- Werte in den ersten 10 Schwangerschaftswochen dient der Risikoabschätzung eines Aborts oder einer ektopen Schwangerschaft. Verminderte Progesteron- Konzentrationen finden sich bei Gonadenagenesie und intrauterinem Fruchttod.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	E2 bzw. bei Schwangerschaft HCG
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5860
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 4
Gültig ab: 03.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 446 Prolaktin

Prolaktin

LOINC-Code	20568-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Prolaktin
Referenzbereich	Männer 3.46 - 19.4 ng/ml Frauen 5.18 - 26.53 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK = 4.7% (6.93 ng/ml)
Literatur	Labor und Diagnose Edt:(L Thomas 6. Aufl) 1472
Indikation	Fertilitätsstörungen bei Frau und Mann, Hypogonadismus, Galaktorrhoe, Gynäkomastie, Hyperprolaktinämie, Prolaktinom
Präanalytik	Blutabnahme morgens optimal 8 – 10 Uhr
Probenmaterial	Serum, Stabilität bei 2°-8° C bis zu 7 Tagen bei - 20°C 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Kreuzreaktivität mit Makro-Prolaktin(MPRL) gering aber möglich, heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	Prolaktin ist ein Proteohormon der Hypophyse, das in der Zirkulation als Monomer (80%), Dimer (5-20%) und als Makro-PRL auftritt. Biologisch aktiv ist vor allem das Monomer. PRL zeigt eine zirkadiane Rhythmik (niedrig am Morgen und hoch in der Nacht). Prolaktin wird im Hypophysenvorderlappen gebildet und seine Sekretion wird physiologisch vom Hypothalamus durch hemmende und freisetzende Faktoren reguliert. Die wichtigste physiologische Wirkung von Prolaktin ist die Auslösung und Aufrechterhaltung der Laktation bei der Frau. Östrogene stimulieren die PRL-Sekretion

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

(Schwangerschaft, Zyklus-Mitte). Hohe PRL Spiegel hemmen die Steroidsynthese des Ovars und die Gonadotropinsekretion. Die Hyperprolaktinämie ist eine häufige Ursache für Infertilität und Gonadenstörungen bei Männern und Frauen. Erhöhte PRL Werte ergeben sich beim Prolaktinom (DD Hyperprolactinämie / Prolactinom durch Metoclopramid [Paspertin] oder TRH Test), Stress, Antidepressiva, mitunter bei Hypothyreose. Vermindert bei Gabe von Dopamin-Agonisten (Bromocriptin). Hohe Konzentrationen von biologisch inaktivem Makroprolaktin (Komplexe des Prolactins mit Immunglobulinen) können im Rahmen des Immunoassays durch das dadurch erhöhte Ergebnis zur Fehldiagnose einer Hyperprolaktinämie führen Die klinische Konsequenz aus dem Nachweis von Makro-PRL wird kontroversiell diskutiert Im Zweifelsfall bzw. bei unklaren Befunden sollte versucht werden mittels bildgebender Verfahren das Vorliegen eines Hypophysentumors (Prolactinom) auszuschliessen.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

TSH, FT4, E2

Letzte Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5863

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 568 Protein C Akt.

Protein C Aktivität

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Protein C Aktivität
Referenzbereich	Kinder (Referenzwerte basierend auf Andrew M.,et al., Blood 1987; 70:165) Bis 30 Tage 20- 70 % 31 - 180 Tage 40- 90 % 6 Monate bis 10 Jahre 50- 100 % Ab 11 Jahre 70- 140 % Erwachsene 70- 140 %
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chromogenes Verfahren
Messungenauigkeit	<10%
Literatur	Clin Chim Acta 1987;165:263-70, Thromb Res 1987;46:1-8,
Indikation	Verdacht auf angeborenen oder erworbenen Protein C Mangel, Abklärung Thromboembolieneigung
Präanalytik	Röhrchen korrekt befüllen, nach Abnahme schwenken,
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Unterfüllung des Probenröhrchens
Klinische Info	Protein C wird in der Leber synthetisiert, zählt zu den Vitamin K abhängigen Plasmaproteinen und hat eine Halbwertszeit von 6-10 Stunden. Durch Einwirkung von Thrombin, in Anwesenheit von Thrombomodulin, wird es aktiviert (APC). APC

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 568 Protein C Akt.
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 709 von
845

	inaktiviert die Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa. Diese antikoagulatorische Aktivität wird durch einen Kofaktor (=freies Protein S) unterstützt. APC inaktiviert auch den Plasminogen Aktivator Inhibitor-1 und verstärkt dadurch die Fibrinolyse. Verminderungen von Protein C können angeborene sowie erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.
Bemerkung	Durch das Schlangengift der Agkistrodon c. contortix wird im Plasma enthaltenes Protein C aktiviert. Der Gehalt an aktiviertem Protein C wird durch die Geschwindigkeit der Hydrolyse eines chromogenen Substrates (S-2366) gemessen.
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5869
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 569 Protein C Antigen

Protein C - Antigen

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Protein C Antigen
Referenzbereich	70 - 140 %
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzymimmunoassay
Messungenaugigkeit	-
Literatur	Thromb Res 1984, 36: 579-589 Thromb Haemost 1992, 68: 470-474, Thromb Haemost 1982;48:1-5, Bertina RM, Dordrecht, Kluwer ACAD pub 1999:129-139:
Indikation	Nur bei pathologischen Protein C Aktivitätswert. Verdacht auf angeborenen oder erworbenen Protein C Mangel, Differenzierung Typ I Typ II Mangel
Präanalytik	Exaktes Probenvolumen / hämolysefrei
Probenmaterial	Zitratblut/Zitratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Erhöhte Werte in der Schwangerschaft, Cumarintherapie (orale Antikoagulanzen): Protein C Erniedrigung
Klinische Info	Protein C wird in der Leber synthetisiert, zählt zu den Vitamin K abhängigen Plasmaproteinen und hat eine Halbwertszeit von 6-10 Stunden. Durch Einwirkung von Thrombin, in Anwesenheit von Thrombomodulin, wird es aktiviert (APC). APC inaktiviert die Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa. Diese antikoagulatorische Aktivität wird durch einen Kofaktor (=freies Protein S) unterstützt. APC inaktiviert auch den Plasminogen Aktivator Inhibitor-1 und verstärkt dadurch die Fibrinolyse. Verminderungen von Protein C können angeborene sowie erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 569 Protein C Antigen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 712 von 845	

Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	Protein C Aktivität
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	sh. ASK 5870
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 570 Protein S Akt.

Protein S Akt.

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PS-Akt
Referenzbereich	60 - 140% (Frauen: 50-120%, Männer: 75-140%)
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Koagulometrische Methode
Messungenaugigkeit	<5%
Literatur	Lancet 2000; 355: 1627-32 Br J Haematol 2001; 114: 512-528, Thromb Haemost 1993; 70:946-50. Thromb Haemost 1994;72:648
Indikation	Thrombophiliediagnostik, Verdacht auf angeborenen oder erworbenen Protein S Mangel
Präanalytik	Exaktes Probenvolumen/ hämolysefrei
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Akutphase, Heparin, direkte Thrombininhibitoren (-falsch hohe Werte), Verminderte Werte bei Faktor V Leiden Mutation
Klinische Info	Protein S wird Vitamin K abhängig v.a. in der Leber und im Endothel synthetisiert und hat eine Halbwertszeit von 2-3 Tagen. Protein S kommt gebunden an C4b bindendes Protein und in freier Form vor (funktionell aktive Form). Gemeinsam mit aktiviertem Protein C werden die Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa inaktiviert. Verminderungen können angeborene Mangelzustände sowie erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 570 Protein S Akt. Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 715 von 845	

Bemerkung	C4b bindendes Protein ist ein akut-Phasen-Protein welches bei Entzündungen erhöht sein kann und dadurch einen erworbenen Protein S Mangel verursachen kann. Protein S ist bei Raumtemperatur ca. 4 Stunden stabil. Unter oraler Antikoagulation vermindert.
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5871
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 571 Protein S Antigen

Protein S Antigen

LOINC-Code	Nicht einzeln anforderbar, siehe Thrombophiliediagnostik
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PS-Ag
Referenzbereich	60 - 140% (Frauen: 50-120%, Männer: 60-140%)
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	ELISA
Messungenauigkeit	<5%
Literatur	Lancet 2000; 355: 1627-32 Br J Haematol 2001; 114: 512-528, Thromb Haemost 1993; 70:946-50. Thromb Haemostas 1999; 82:1093-96.
Indikation	Vermindertes freies Protein S Antigen, Thrombophiliediagnostik, Verdacht auf angeborenen oder erworbenen Protein S Mangel
Präanalytik	-
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Unter oraler Antikoagulation vermindert (Vitamin K Antagonismus!), Vorhandensein von anti-Maus Antikörpern im Plasma.
Klinische Info	Protein S wird Vitamin K abhängig v.a. in der Leber und im Endothel synthetisiert und hat eine Halbwertszeit von 2-3 Tagen. Protein S kommt gebunden an C4b bindendes Protein und in freier Form vor (funktionell aktive Form). Gemeinsam mit aktiviertem Protein C werden die Gerinnungsfaktoren Va und VIIIa inaktiviert. Verminderungen können angeborene Mangelzustände sowie erworbene (Synthese- und Umsatzstörungen) Ursachen haben.
Bemerkung	Protein S ist bei Raumtemperatur ca. 4 Stunden stabil.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 571 Protein S Antigen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 718 von 845	

Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5871
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 572 Prothrombin 20210

Prothrombin Mutation 20210G>A

LOINC-Code	Analyse kann nur schriftlich angefordert werden, Einverständniserklärung des/der Patient*in muss schriftlich vorliegen – genetische Untersuchung
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Prothrombin Mutation 20210G>A
Referenzbereich	Qualitative Analyse Zu erwartende Ergebnisse: normal (wildtyp) /heterozygot /homozygot
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Real-time PCR aus genomischer DNA,
Messungenauigkeit	-
Literatur	Tripodi, A. Issues concerning the laboratory investigation of inherited thrombophilia. Mol. Diagn. 9, 181-6 (2005). Tripodi, A., Mannucci, PM. Laboratory investigation of thrombophilia. Clin. Chem. 47, 1597-606 (2001).
Indikation	Thrombophilie, venöse Thrombose, ischämischer Schlaganfall, habituellem Abort
Präanalytik	-
Probenmaterial	Zitratblut oder EDTA Blut
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Höhere Heparinkonzentrationen (Polymerasehemmung), unzureichende Qualität und/oder Quantität des Probenmaterials.
Klinische Info	Die Prothrombin 20210G>A Mutation ist ein mildes Thromboserisiko mit ca 2-fache erhöhtem Thromboserisiko bei heterozygoten Trägern der Mutation. Bei Personen mit APC Resistenz bzw. Faktor V Leiden Mutation sollte die Prothrombinmutation ausgeschlossen werden, da das gemeinsame Vorkommen zu noch höherem Thromboserisiko führt und nach den aktuellen Empfehlungen/Richtlinien auch therapeutische Konsequenzen hat.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 572 Prothrombin 20210 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 721 von 845	

	Der Genotyp 20210GG entspricht der Normalvariante und findet sich in der österreichischen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von 97-99%. Die heterozygote Mutation 20210G>A kommt in der österreichischen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von 1-3% vor. Diese Variante ist mit einem erhöhten Prothrombinspiegel und einem auf das ca. 2-fache erhöhten Thromboserisiko assoziiert. Die homozygote Mutation 20210AA kommt in der österreichischen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von ca. 0,2% vor. Diese Variante ist mit einem erhöhten Prothrombinspiegel und einem auf das ca. 6-fache erhöhten Thromboserisiko assoziiert.
Bemerkung	Ohne Vorliegen einer vom Patienten und zuweisendem Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen Zwecken sind nach Gentechnikgesetzes § 65 keine Genanalysen von Keimbahnmutationen wie z.B. F V-Leiden oder PT20210A möglich!
Bereich	Gerinnung spezial, Humangenetik
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 6310
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 573 Prothrombinzeit

PTZ (Prothrombinzeit)

LOINC-Code	5894-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PTZ (Prothrombinz.)
Referenzbereich	70.0 - 130.0 %
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Koagulometrische Methode, rekombinanter humaner Gewebefaktor + synth. Phospholipide
Messungenauigkeit	-
Literatur	Thromb Haemost 1994;71:292-9, WHO/LAB/98.3.1998, Br J Haematol 2001;115:672-8, Am J Med Sci 1935, 190: 501 , Gesundheit.gv.at-Laborwertetabelle 06.2010
Indikation	Verdacht auf Blutungsneigung wegen Mängel an Gerinnungsfaktoren F II, F V, F VII, F X (extrinsisches System), Überprüfung der hepatischen Syntheseleistung, Überwachung der Therapie mit oralen Antikoagulanzen
Präanalytik	Röhrchen korrekt befüllt, nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma 2,3%
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	abnormer Hämatokrit, Unterfüllung des Probenröhrchens
Klinische Info	Bei dem Test handelt es sich um einen sogenannten Globaltest zur Erfassung des extrinsischen Systems.
Bemerkung	Das PTZ-Reagenz ist ein rekombinantes Thromboplastin , Angabe als INR (international normalized ratio) lt. WHO seit 1983 für oral antikoagulierte Patienten empfohlen
Bereich	Gerinnung
Folgeparameter	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 573 Prothrombinzeit Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 724 von 845	

Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5879
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 447 PSA Prostataspez. Antigen

PSA Prostataspezifisches Antigen

LOINC-Code	2857-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	PSA
Referenzbereich	Männer: < 4 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelenzymimmunoassay
Messungenauigkeit	VK= 4,1% (bei 4,1 µg/l)
Literatur	J. Urolol. 145: 907- 923(1991) L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Therapie und Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom. Früherkennungsuntersuchung zur Vorhersage des Risikos über das Vorliegen eines Prostatacarcinoms.
Präanalytik	Rektale Prostatauntersuchung, Prostatamassage, Feinadelbiopsie, Ultraschall können zu einem erhöhten PSA Wert führen.
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial Stabilität bei 2 - 8°C bis 24 Stunden bei – 20° C ab 24 Stunden
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	PSA wird hauptsächlich im Drüsenepithel der Prostata produziert und in hohen Konzentrationen in die Samenflüssigkeit sezerniert. Im Blut können nur niedrige PSA Konzentrationen nachgewiesen werden. Der Großteil des PSA im Blut kommt in gebundener Form vor. Eine weitere immunologisch nachweisbare Form des PSA im Serum ist ungebundenes, d.h. freies PSA.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 447 PSA Prostataspez. Antigen
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 727 von
845

	PSA wird als Test zur Früherkennung, Verlauf und Therapiekontrolle des Prostatacarcinoms eingesetzt. Erhöhte PSA-Konzentrationen im Serum können auch bei benigner Prostatahyperplasie und Prostatitis auftreten. Liegt die PSA-Konzentration in einem Bereich von 4-10ng/ml ist die Bestimmung von freiem PSA ein wertvoller Zusatzparameter in der differentialdiagnostischen Risikoabschätzung auf das Vorliegen einer benignen Prostatahyperplasie oder das Vorhandensein eines Prostatakarzinoms. Der Prozentsatz von freiem PSA ist bei benigner Prostatahyperplasie höher als bei Patienten mit Prostatakarzinom. Bei einem cut-off Wert von 26% des Quotienten freies PSA zu Gesamt-PSA wird die diagnostische Sensitivität für das Prostatakarzinom mit 90% angegeben.
Bemerkung	Heterophile Antikörper im Serum des Patienten können zu Interferenzen führen.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	fPSA, fPSA/PSA Quotient
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5865
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 25415 Quantiferon

Parameter: Quantiferon

LOINC-Code	45323-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	QuantIFERON: Tuberkulin-indiziertes IFN-Gold plus
Referenzbereich	positiv/negativ
Referenzbereich gültig ab	23.9.2019
Methode	Direkter Sandwich-Chemilumineszenz-Immunoassay
Messungenauigkeit	VK 9,3%
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2012:1994
Indikation	• Indirekter Nachweis einer Infektion mit <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (allerdings keine Unterscheidung zwischen einer aktiven oder latenten Mtb-Infektion möglich) • Ausschluss einer latenten Infektion vor immunsuppressiver Therapie (z.B. anti-TNFa-Blocker, Transplantation) • Untersuchungen der Kontaktpersonen von Patienten mit aktiver Tuberkulose
Präanalytik	Transport innerhalb 12 bis max. 16h ins Labor bei Raumtemperatur
Probenmaterial	Abnahmesystem Quiagen 4 Röhrchen (Vollblut)
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 25415 Quantiferon Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 730 von 845	

Störfaktoren	Laut Herstellerangaben keine Interferenzen mit potenziell störenden Substanzen
Klinische Info	Die Übertragung von Mycobacterium tuberculosis erfolgt durch Tröpfchen, die sich in der Lunge ansiedeln. In der Folge sind vier Szenarien möglich: sofortige Clearance des Organismus, primäre Erkrankung mit rascher Progredienz zur aktiven Erkrankung (fünf bis zehn Prozent), latente Infektion (mit oder ohne nachfolgende Reaktivierung) und Reaktivierung als aktive Erkrankung nach Jahren der latenten Infektion. Die Tuberkulose kann sich in nahezu allen Organen manifestieren: Am häufigsten (circa 75 Prozent) sind die Manifestationen in der Lunge, gefolgt von Lymphknoten, anderen Organen, Urogenitaltrakt, Peritoneum, Gastrointestinaltrakt, sonstige Knochen und Gelenke, Wirbelsäule, ZNS und disseminierte TBC. Unbehandelt führt die aktive Infektion in bis zu 80 Prozent zum Tod, die übrigen 20 Prozent entwickeln eine chronische Erkrankung mit wiederholten Episoden von Heilung durch fibrotische Veränderungen um die Läsionen oder Gewebszerstörung. Die typischen Symptome der Tuberkulose sind: Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust (B-Symptomatik). Bei länger als zwei bis drei Wochen anhaltendem Husten und insbesondere bei Hämoptysen sollte man immer auch an eine Lungentuberkulose denken. Wenn sich die Symptome einer Lungenentzündung nicht bessern, ist eine der Differentialdiagnosen auch die TBC. Symptome der offenen Lungentuberkulose, also primär anhaltender Husten, eventuell auch Hämoptysen, sind besonders zu beachten, da sie eine Ansteckung verursachen können.
Bemerkung	Ein positives Testergebnis beweist eine frühere Infektion mit Mycobacterium tuberculosis. Eine Unterscheidung zwischen einer latenten und einer aktiven Tuberkulose ist mit dem QuantiFERON-Tb-Test jedoch nicht möglich. Das gemessene IFN-gamma Niveau kann nicht auf das Stadium oder den Grad der Infektion, das Ausmaß der Immunreaktionsfähigkeit oder die Wahrscheinlichkeit einer Progression bei aktiver Erkrankung bezogen werden.
Bereich	Infektion Spezial
Folgeparameter	--
Letzte Änderung	02/2019
Verrechnungsinfo	laut ASK 6038
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2655 Renin

Parameter: Renin

LOINC-Code	47883-4 ; 35570-1
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Renin basal sitzend; Renin basal liegend,
Referenzbereich	4,4-46,1 µU/ml sitzend, 2,8-39,9 µU/ml liegend
Referenzbereich gültig ab	5/2014
Methode	CLIA
Messungenaugigkeit	VK <3,6% (Interassay), Wiederfindung 99,5%
Literatur	L.Thomas: Labor und Diagnose 8.Auflage; 2012
Indikation	Abklärung Hypertonie; DD Hyperaldosteronismus, Mineralocorticoidmangel, V.a. Renin-produzierenden Tumor d. Niere, V.a.Nierenarterienstenose
Präanalytik	Blutabnahme sollte vormittags am nüchternen Patienten im Liegen (nach mind. 30min Liegezeit) erfolgen (die Position d. Patienten: liegend, stehend, sitzend hat direkten Einfluss auf die Plasma-Renin Konzentration).
Probenmaterial	EDTA Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Kälteaktivierung von Prorenin zu Renin führt zu falsch hohen Ergebnissen.
Klinische Info	Renin entsteht durch die Abspaltung des Prosegments von Prorenin durch die iuxtaglomerulären Zellen der Nieren und wird von diesen nach entsprechenden Stimuli (Abfall d. glomerulären RRs, Hypovolämie, niedrige Na-Konzentration im distalen Tubulus) freigesetzt. Renin katalysiert die Umwandlung von Angiotensinogen zu Angiotensin I, welches konsekutiv durch Angiotensin Converting Enzyme (ACE) in Angiotensin II umgewandelt wird (dadurch neg. Rückkoppelung der Renin Freisetzung). Angiotensin II führt zu einer Vasokonstriktion und stimuliert die Aldosteron –

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 2655 Renin
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 733 von
845

Sekretion, welche in einer verstärkten Rückresorption von Natrium und Wasser, sowie einer vermehrten Kalium Ausscheidung führt. Durch diese beiden Mechanismen erfolgt ein RR Anstieg.
Die Bildung von Prorenin erfolgt nicht nur in den Nieren, sondern auch in den Nebennieren, Ovarien, Testes, Plazenta und Retinae.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

Aldosteron, Renin/Aldosteron Quotient

Letzte Änderung

7/2023

Verrechnungsinfo

ASK 6544

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 150 Retikulozyten

Retikulozyten

LOINC-Code	Retikulozyten % 4679-7 Retikulozyten absolut 14196-0														
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Retikulozyten rel. Retikulozyten abs.														
Referenzbereich	Retikulozyten: 0,7 – 2,0 %	32-110 G/l	Unreife Retikulozyten (IRF): 1 – 7% Retikulozyten-Hämoglobingehalt (CHR): 27-38 pg												
Referenzbereich gültig ab	10/2018														
Methode	Sysmex XN-3100 83 Tests/Stunde BB mit Retikulozyten														
Messungenaugigkeit	<table><tr><th colspan="2">Leistungsdaten Sysmex XN-3000</th></tr><tr><th colspan="2">Analytische Bereiche (Modus Vollblut)</th></tr><tr><td>Reti%</td><td>0,00 - 30,00%</td></tr><tr><th colspan="2">Präzision im Lauf</th></tr><tr><th colspan="2">Modus Vollblut</th></tr><tr><td>Reti%</td><td>15% oder weniger</td></tr></table>			Leistungsdaten Sysmex XN-3000		Analytische Bereiche (Modus Vollblut)		Reti%	0,00 - 30,00%	Präzision im Lauf		Modus Vollblut		Reti%	15% oder weniger
Leistungsdaten Sysmex XN-3000															
Analytische Bereiche (Modus Vollblut)															
Reti%	0,00 - 30,00%														
Präzision im Lauf															
Modus Vollblut															
Reti%	15% oder weniger														
Literatur	Wintrobe´s Clinical Hematology, 10 th Edition; Williams Hematology 7 th Edition; Thomas, Labor und Diagnose 8.Auflage														
Indikation	Beurteilung der erythropoetischen Aktivität im Knochenmark, Diagnose von Anämien, Kontrolle von Therapieansprechen bei Mangelanämien, Monitoring der Erythropoietin –Therapie.														
Präanalytik	EDTA -Blut <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 48 h														
Probenmaterial	EDTA –Blut														

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 150 Retikulozyten Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 736 von 845	

Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Angeronnene Probe, Kälteagglutinine, Lyseresistenz der Erythrozyten
Klinische Info	Retikulozyten (Vorstufe der roten Blutkörperchen) sind die Übergangszellen von den kernhaltigen Vorstufen der Erythropoese in die reifen kernlosen Erythrozyten. Ihre Messung im peripheren Blut dient zur Diagnose der erythropoetischen Aktivität im Knochenmark sowie zur Diagnose von Anämien und zur Kontrolle des Ansprechens bei verschiedenen Therapien.
Bemerkung	-
Bereich	Hämatologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	28.09.2018
Verrechnungsinfo	laut ASK 5900
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Pruefung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 6
Gültig ab: 03.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 448 Rheumafaktor

Rheumafaktor

LOINC-Code	11572-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Rheumafaktor
Referenzbereich	< 15,9 IU/ml
Referenzbereich gültig ab	02/2011
Methode	Nephelometrie
Messungenauigkeit	VK _i 7,9 % bei 27,9 IU/ml)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1155
Indikation	Verdacht auf Rheumatoide Arthritis, V.a.primär chronische Polyarthritits, V.a. Kollagenosen
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 7 Tage - 20°C 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	lipämische Proben
Klinische Info	Rheumafaktoren sind Autoantikörper (gewöhnlich IgM) gegen autologes IgG. Als Antigen wird in diesem Test latexpartikelgebundenes humanes IgG eingesetzt. Ergebnisse der RF-Bestimmung sollten immer im Zusammenhang mit klinischen und anderen Laborbefunden beurteilt werden, da niedrige RF-Spiegel eine rheumatoide Arthritis nicht ausschließen und hohe RF-Konzentrationen nicht nur auf rheumatische Erkrankungen beschränkt sind.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 448 Rheumafaktor Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 739 von 845	

	Eine seropositive rheumatoide Arthritis hat im Allgemeinen eine ungünstigere Prognose als die seronegative Form. Erhöhte RF-Konzentrationen gehen oft mit einem schweren Verlauf und einem generalisierten Krankheitsbild einher. <u>RF positiv:</u> • Autoimmunerkrankungen: Rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus Erythematoses, systemische Vaskulitiden • Entzündungen, Infektionen (Bakterien, Viren, Parasiten) • Tumorerkrankungen <u>RF negativ:</u> • Gicht • Gelenksarthrosen
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	02/2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 5906
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 449 S100

S100

LOINC-Code	47275-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	S100
Referenzbereich	< 0,105 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Elektrochemilumineszenz ImmunoAssay
Messungenauigkeit	VK =2,8% (0,8 µg/l)
Literatur	Heinzmann CW S100 Proteins: Structure, Function and Pathology, Frontiers in Bioscience 2002,7, 1356 - 1368
Indikation	Patientenmanagement bei Malignem Melanom , neurodegenerative Erkrankungen
Präanalytik	-
Probenmaterial	Stabilität bei 2 – 8°C 2 Tage bei -20°C 3 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper im Serum des Patienten können zu Interferenzen führen
Klinische Info	S100 stellt einen unabhängigen prognostischen Parameter beim malignen Melanom dar und wird als ergänzender klinischer Marker für die Progression der metastasierten Erkrankung sowie für das Monitoring der Patienten während einer systemischen Therapie empfohlen. Weiters ist S100 als Parameter bei neurodegenerativen Erkrankungen wertvoll, etwa bei Patienten nach Schädelhirntrauma, cerebralen Ischämien oder Infektionen, hypoxischen Hirnschäden nach Herzstillstand sowie nach kardialen chirurgischen Interventionen mit kardiopulmonalem Bypass und bei malignen Erkrankungen:

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 449 S100
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 742 von
845

Bemerkung	Der Assay erfasst die Isoformen S100 A1B und S100 BB
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6409
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 29379 SARS-CoV-2 RNA / PCR

SARS-CoV-2 PCR

Anforderungscode

SARS-CoV-2 PCR

Material:

- Nasopharyngealabstrich (NP): L05364-7,
- Oropharyngealabstrich (SM): 94315-9,
- Naso-/Oropharyngealabstrich (SM): 94315-9,
- bronchoalveoläre Lavage (BAL): V00725-4,
- Sputum (SP): V00723-9,
- Trachealsekret (TS): L05355-5

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

SARS-CoV-2 N-Gen qI./(NP*) PCR

Referenzbereich

Qualitative Analyse; normalerweise wird keine SARS-CoV-2 RNA nachgewiesen

Referenzbereich gültig ab

04/2020

Methode

In-vitro-Reverse-Transkription-Polymerasekettenreaktion (Real Time PCR); direkter Nachweis von SARS-CoV-2 -viraler Ribonukleinsäure

Messungenauigkeit

Nachweisgrenze <100 Kopien/ml

Literatur

Wu YC et al. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc. 2020 Mar.

Zhou P et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020.

Majumder J, Minko T. Recent Developments on Therapeutic and Diagnostic Approaches for COVID-19. AAPS J. 2021 Jan 5;23(1):14. doi: 10.1208/s12248-020-00532-2. PMID: 33400058; PMCID: PMC7784226.

Indikation

Verdacht auf frische oder akute COVID-19-Erkrankung, Verlaufskontrolle, Screening

Präanalytik

Stabilität bei Raumtemperatur 24h, bei 2-8° bis zu 7 Tage, bei -20° bis zu 3 Monate

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 29379 SARS-CoV-2 RNA / PCR Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 745 von 845	

Probenmaterial	Abstriche, BAL (bronchoalveoläre Lavage) in Flüssigtransport-Medium (VTM, UTM, NaCl)
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	- korrekter Atemwegsabstrich essentiell - Verunreinigung des Transportmediums durch Schleim, dadurch ggf. zu hohe Viskosität und Beeinträchtigung der Extraktion
Klinische Info	Das SARS-CoV-2-Virus ist ein beta-Coronavirus (Untergruppe: Sarbecovirus) mit einzelsträngigem RNA-Genom. Das Virus verursacht die COVID-19-Erkrankung, welche seit Anfang 2020 weltweit pandemisch ist und zu einem schweren, intensivpflichtigen Atemwegssyndrom mit beträchtlicher Mortalität führen kann. Der direkte Erregernachweis mittels Virus-RNA-PCR sollte bei jedem definitionsgemäßen Verdachtsfall (die Definition „Verdachtsfall“ kann mit der Zeit variieren und beinhaltet klinische Kriterien und Kontakt-Kriterien) durchgeführt werden und erfolgt primär aus Atemwegs-Abstrichen. Ein positiver direkter Erregernachweis von SARS-CoV-2 aus Atemwegs-Abstrichen bestätigt die Diagnose einer akuten COVID-19-Erkrankung.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion/Molekularbiologie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	07/2021
Verrechnungsinfo	laut 6735
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 2
Gültig ab: 03.09.2025

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 450 SCC

SCC (Squamous cell carcinoma) Antigen

LOINC-Code	9679-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	SCC-Antigen
Referenzbereich	< 1,5 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelenzymimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK = 4,8% (7,37µg/l)
Literatur	Cancer 63:13371342 (1989) L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Therapie und Verlaufskontrolle bei Plattenepithelkarzinomen von Cervix, Lunge, Ösophagus, Analkanal- und Kopf-Nackentkarzinom.
Präanalytik	Nativblut, möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum, Sondermaterial Bei 2-8°C bis 7 Tage stabil
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen
Klinische Info	SCC ist eine Subfraktion von TA-4, einem Tumor assoziierten Antigen. Frühe Studien haben gezeigt, dass die TA-4 Serumkonzentrationen bei PatientInnen mit Zervix-Ca häufig über denen von gesunden Frauen lagen. Andere Studien weisen darauf hin, dass die TA-4 Konzentrationen im Serum das Ausmaß der Erkrankung eines Plattenepithelcarcinomes

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 450 SCC Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 748 von 845	
	(PE) der Zervix Uteri widerspiegeln. Bei anderen Plattenepithelcarcinomen (Pharynx, Larynx, Gaumen, Zunge und Hals) wurden nachweisbare jedoch niedrige TA-4 Konzentrationen beschrieben. SCC ist andererseits bei vielen gutartigen Erkrankungen erhöht aber auch in vielen Fällen von PE-Carcinomen nicht signifikant erhöht, deshalb eignet es sich nicht als Screening Parameter. <u>Erhöhte SCC-Werte finden sich bei folgenden Plattenepithelcarcinomen</u> • Zervix (die diagnostische Sensitivität von SCC bei diesem Carcinom beträgt 45% - 83% in Abhängigkeit vom Tumorstadium) • Bronchien • Kopf und Nacken • Ösophagus etc. • Analkanal Auch bei benignen Lungenerkrankungen (chronische Bronchitis), Lebercirrhose, Pancreatitis, Niereninsuffizienz und Psoriasis kann der SCC-Wert erhöht sein.	
Bemerkung	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen.	
Bereich	Klinische Chemie	
Folgeparameter	-	
Letzte Änderung	06/2010	
Verrechnungsinfo	laut ASK 5955	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 451 SHBG

SHBG/Serum

LOINC-Code	13967-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	SHBG
Referenzbereich	Männer: 13 - 71 nmol/l Frauen : 19 - 155 nmol/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz – Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK = 6,6 % (16,8 nmol/l)
Literatur	Petra PH. J Steroid Biochem Mol Biol (1991) 40: 735 Carter GD et al. Ann Clin Biochem (1983) 20, 262. L.Thomas 6. Auflage 2005
Indikation	Hyperandrogenämie, Androgendefizienz, Hirsutismus Zusatzuntersuchung bei Verdacht auf Gleichgewichtsverschiebung zwischen freiem und proteingebundenem Testosteron/Östradiol
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8° C bis 8 Tage bei -20°C 3Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 451 SHBG Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 751 von 845	
Klinische Info	Sexualhormon bindendes Globulin hat eine hohe Affinität zu Dihydrotestosteron, Testosteron und Östradiol (E2) und transportiert zusammen mit Albumin diese lipophilen Hormone im Blut. Bei Männern ist im Blut Testosteron zu etwa 45% an SHBG und zu etwa 55% an Albumin gebunden während bei Frauen der Hauptanteil des Östradiols an SHBG fixiert ist. Beim Mann steigt SHBG altersentsprechend an. Bei der Frau bleibt SHBG in der Menopause nahezu unverändert. Durch Messung des SHBG und der Gesamt-Testosteron bzw. der Östradiolkonzentration kann der bioverfügbare Anteil berechnet werden (BATestosteron, BAEstradiol). Erhöhte SHBG- Konzentrationen im Serum finden sich bei Hyperthyreose, unter oralen Kontrazeptiva, in der Schwangerschaft, Alkoholismus, Hypogonadismus beim Mann und testikulärer Feminisierung. Erniedrigte SHBG – Konzentrationen im Serum ergeben sich bei Hyperandrogenämie, Hyperprolaktinämie und Myxödem,	
Bemerkung	siehe bioverfügbares Testosteron bzw. Östradiol (BAT, BAE)	
Bereich	Klinische Chemie	
Folgeparameter	Testosteron & BAT, (Östradiol & BAE)	
Letzte Änderung	06/2010	
Verrechnungsinfo	siehe ASK 5939	
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791	

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 452 Streptococcus Pneumoniae Antigen Urin

Streptococcus Pneumoniae Antigen/Urin

LOINC-Code	24027-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Streptoc.pn. AG/U
Referenzbereich	Qual. Ergebnis pos/neg
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Immunchromatographischer Immunoassay
Messungenauigkeit	-
Literatur	Johnston, Hr.,R:Rev.of Infect.Diseases 1991;13:509
Indikation	Verdacht auf Pneumonie, Meningitis
Präanalytik	Untersuchungsmaterial sollte Raumtemperatur haben
Probenmaterial	Urin, Liquor Stabilität der Proben: Urin RT:24 Stunden 2-8 °C 14 Tage - 20°C 1 Jahr Liquor RT: 24 Stunden 2-8 °C 7 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	unbekannt
Klinische Info	Schnelltest zum Nachweis von Streptococcus pneumoniae Antigen im Urin bei PatientInnen mit Pneumonie und im Liquor bei PatientInnen mit Meningitis. Je nach Bakteriämie, Alter des/der PatientIn und zugrundeliegender

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 452 Streptococcus Pneumoniae Antigen Urin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 754 von 845	

	Erkrankung ergibt sich eine Mortalität bis zu 30 %. Bei falscher Diagnose und Behandlung kann es zu Meningitis, Pericarditis, Empyem, Purpura fulminans, Endokarditis oder Arthritis kommen. Eine Pneumokokken Meningitis kann häufig zu bleibenden Hirnschäden oder Tod führen. Die Krankheit betrifft Menschen jeden Alters, am häufigsten Jugendliche und ältere Menschen. 20-30 % aller Pneumokokken-Meningitis PatientInnen sterben trotz entsprechender Therapie.
Bemerkung	Immer Material für eine Kultur einsenden – ein negatives Ergebnis des Streptococcus pneumoniae Schnelltests schließt keine Infektion mit S. pneumoniae aus
Bereich	Notfall
Folgeparameter	Kultur
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6430
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 453 TCA

Trizyklische Antidepressiva

LOINC-Code	10552-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Trizykl. Antidepr.
Referenzbereich	< 299 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	2.2011
Methode	Enzymimmunoassay
Messungenauigkeit	bei 300ng/ml beträgt der VK 0,7%
Literatur	L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage 2005
Indikation	Nachweis Trizyklischer Antidepressiva (TCA) im Serum, TCA Überdosierung
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Trizyklische Antidepressiva werden zur Behandlung von psychischen Erkrankungen wie Angstzuständen, Schmerzsyndromen und Phobien eingesetzt. Wegen der bei akuter Überdosierung vieler trizyklischer Antidepressiva auftretenden Komplikationen ist es wichtig, die Patienten mit einer TCA Überdosierung von jenen zu unterscheiden, die unter Hypnotika oder Sedativa - Einfluss stehen.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 453 TCA
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 757 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	2.2011
Verrechnungsinfo	laut ASK 6043
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 454 Testosteron

Testosteron

LOINC-Code	2986-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Testosteron
Referenzbereich	Männer: < 50 1,66 – 8,77 ng/ml > 50 1.56 – 5.63 ng/ml Frauen: 0.1 – 1.08 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK = 6,6% (0.83 ng/ml)
Literatur	Nieschlag E, Behre HM In: Testosteron Action, Deficiency, Substitution (Springer Verlag 1990) L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Hyperandrogenämie, Virilisierung, Akne, PADAM (partiell Androgendefizit des alternden Mannes), Hypogonadismus, gestörte Leydig-Zellfunktion, Klinefelter Syndrom
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8°C bis zu 7Tagen bei -20°C 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 454 Testosteron Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 760 von 845	

Klinische Info	Testosteron ist ein männliches Sexualhormon und wird von den Leydig – Zellen oder den Interstitialzellen der Testes sezerniert. Die Ausschüttung wird über das hypophysäre luteinisierende Hormon durch einen negativen Feedbackmechanismus des Hypothalamus und der Hypophyse reguliert und kontrolliert. Bei Frauen wird Testosteron vor allem durch periphere Umwandlung von Prohormonen produziert. In geringem Maße wird Testosteron auch von den Nebennieren synthetisiert. Es fördert beim Mann die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale und dient der Aufrechterhaltung der Prostatafunktion. Beim Mann liegt 98% des zirkulierenden Testosterons hauptsächlich an SHBG und locker an Albumin gebunden vor. Die Messung der Testosteronkonzentrationen dient der Diagnose von endokrinen Störungen. Erhöhte Testosteronwerte finden sich bei der Frau im Rahmen einer Hyperandrogenämie, bei polyzystischem Ovar, adrenogenitalem Syndrom, Nebennieren-Hyperplasie und Androgen-produzierendem Tumor. Erniedrigte Testosteronspiegel beim Mann korrelieren mit Hypogonadismus, Klinefelter Syndrom und Orchidektomie z.B. bei Prostatakarzinom.
Bemerkung	siehe auch bioverfügbares Testosteron (BAT) und Sex-Hormon bindendes Globulin (SHBG)
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	SHBG, BAT, LH
Letzte Änderung	03.2010
Verrechnungsinfo	siehe ASK 5984
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 455 THC Cannabis

Tetrahydrocannabinol (Cannabis) /Urin

LOINC-Code	3530-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Tetrahydrocannab./U
Referenzbereich	Entscheidungsgrenze (Cut off): < 49 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Homogener Elisa (Multigent)
Messungenauigkeit	Gesamt VK ≤ 7,5%
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Verdacht auf Intoxikation, Drogenkonsum
Präanalytik	Spontanurin
Probenmaterial	Urin <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 5 Tage -5°C: ab 5 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Es ist bei der Probennahme darauf zu achten, dass es zu keinerlei Manipulationen des Urins kommen kann.
Klinische Info	Der Hauptbestandteil von Marihuana und /oder Haschisch, der halluzinogene und andere biologische Wirkungen hervorruft ist das Tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). THC wird durch Inhalation oder über den Gastrointestinaltrakt schnell resorbiert und nahezu vollständig metabolisiert. ~ 70% einer THC-Dosis werden innerhalb 72 Stunden

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 455 THC Cannabis Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 763 von 845	

	ausgeschieden (30% Urin, 40% Stuhl). Die passive Inhalation kann zu niedrigen Konzentrationen (10 – 40 ng/ml) im Harn führen. Bei regelmäßigem Konsum wird THC unter Umständen schneller im Fettgewebe gespeichert. Daher kann bei chronischen Konsumenten THC manchmal länger im Harn nachgewiesen werden. Künstliche Cannabinoide können halbsynthetisch oder vollsynthetisch hergestellt werden. Vollsynthetische C. werden in der Medizin genutzt. (z. B. in der Onkologie). <u>Wirkung:</u> Cannabinoide bewirken Entspannung, Euphorie, größere Empfindlichkeit der Geschmacks-, Gehör-, und Tastsinne. Es kommt zu Gedächtnisverlust, Verminderung der Lernfähigkeit, Desorientierung, Psychosen, Wahn, Halluzinationen, Panikattacken. Ein Absetzen der Droge bewirkt <u>Entzugerscheinungen</u>.
Bemerkung	Der Assay ist ein Screeningtest und das Ergebnis muss mittels eines weiteren spezifischen Verfahrens (z.B. Gaschromatographie/ Massenspektrometrie GC/MS) bestätigt werden.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Bestätigungstest
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5970
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 1948 Thobramycin

Tobramycin (TAL)

LOINC-Code	4059-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Tobramycin (TAL)
Referenzbereich	Therapeutischer Bereich < 2 µg/ml
Referenzbereich gültig ab	05/2012
Methode	Turbidimetrischer Immunoassay
Messungenauigkeit	VK = 5,2 % (0,74 yg/mL)
Literatur	Clin. Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Therapiemonitoring
Präanalytik	Nativblut in Vacutainer entnehmen, vor Applikation der nächsten Dosis (Talspiegel)
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	In geringem Ausmaß wird Kanamycin bei diesem Test miterfasst
Klinische Info	Tobramycin ist ein Aminoglykosid-Antibiotikum, dessen invivo Aktivität der von Gentamycin gegen gramnegative Bakterien ähnlich ist. Seine Aktivität gegen Pseudomonas ist deutlich höher. Auch Tobramycin hat einen engen therapeutischen Bereich, wodurch sein Einsatz insbesondere bei PatientInnen mit eingeschränkter Nierenfunktion über den Serumspiegel kontrolliert werden muss. Unerwünschte Nebenwirkungen der Überdosierung sind vor allem vestibuläre und cochleäre Störungen, Nephrotoxizität und neuromuskuläre Blockaden. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 0.5-3 Stunden, die Proteinbindung 0%.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 1948 Thobramycin Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 766 von 845	

Bemerkung	Handelspräparate sind z.B. Obracin®.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	05/2014
Verrechnungsinfo	ASK 6017
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 574 Thrombinzeit

Thrombinzeit

LOINC-Code	3243-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Thrombinzeit
Referenzbereich	10-17 sec.
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Koagulometrische Methode
Messungenaugigkeit	-
Literatur	E.W. Darie et al, An Overview of the Structure and Funktion of Thrombin, Semin, Thromb. Hemost. 32, Suppl. 1, 3 (2006)
Indikation	Therapie mit UF-Heparin oder Fibrinolyse, DIC, V.a. Dysfibrinogenämie, bei v.a. Einnahme neuer Antithrombotica
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken
Probenmaterial	Citratplasma
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	abnormer Hämatokrit, Unterfüllung des Probenröhrchens
Klinische Info	Der Test erfasst die Fibrinogen-Fibrin-Umwandlung im Plasma nach Zugabe von bovinem Thrombin. Verlängerungen der Thrombinzeit findet man bei Hemmung der Fibrinbildung (z.B. durch Heparin, Hirudin, oder andere Thrombin-hemmende Substanzen, Fibrin(ogen)spaltprodukte), bei Hypo-, Dys-, A-fibrinogenämie, sowie bei Neugeborenen.
Bemerkung	Referenzbereich für HemosIL Thrombin Time 5ml, ACL-Top
Bereich	Gerinnung

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 574 Thrombinzeit
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 769 von
845

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	lt. ASK 5993
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 575 Thrombophilie

Thrombophilie

LOINC-Code

-

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

-

Referenzbereich

Parameter	Referenzbereich	Einheit	Spezimen	Bemerkung
PTZ/INR	70-130	%	Zitratblut	
INR	2,0-3,5		Zitratblut	nur gültig bei oraler Antikoagulation
aPTT	23-37	sec	Zitratblut	
Fibrinogen	2,4-5,0	g/l	Zitratblut	
D-Dimer	<0,5	mg/ml	Zitratblut	
AT-III Act	80-135	%	Zitratblut	
Prot C Akt	70-140	%	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation vermindert
Prot S Act	60-140	%	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation vermindert
Plasminogen Act	75-150	%	Zitratblut	
dRVVT-Screen	25-35	sec	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation nicht gültig/valide
dRVVT-Confirm	< 35	sec	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation nicht gültig/valide
LA-dRVVT-Ratio	< 1,30		Zitratblut	bei oraler Antikoagulation nicht gültig/valide
SCT-Screen		sec	Zitratblut	noch nicht etabliert
SCT-Confirm		sec	Zitratblut	noch nicht etabliert
SCT-Ratio			Zitratblut	noch nicht etabliert
Homocystein	4,0-15,0	µmol/l	Zitratblut	
F II	79-131	%	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation vermindert
F VII	75-160	%	Zitratblut	bei oraler Antikoagulation vermindert
F VIII	60-230	%	Zitratblut	
FV-Leiden Mutation	normal/wildtyp		Zitratblut	nur mit unterfertigter Einverständniserklärung nach GTG
PT20210A Mutation	normal/wildtyp		Zitratblut	nur mit unterfertigter Einverständniserklärung nach GTG

	Interpretation				Interpretation der Befundergebnisse durch einen Facharzt
	Ergänzende Parameter				
	ACA-IgG	0-10	GPL-U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
	ACA-IgM	0-7	MPL-U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
	anti-β2gp1-IgG	0-5	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
	anti-β2gp1-IgM	0-5	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
		0-10	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
		0-10	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
		0-10	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
		0-10	U/ml	Zitratblut	wenn LA positiv oder < 55 Lj oder rez VTE oder Insult/TIA
	AT-III Ag	0,19-0,31	g/l	Zitratblut	nur bei verminderter Antithrombin Aktivität
	freies Prot S Ag	60-120	%	Zitratblut	nur bei verminderter Protein S Aktivität
	gesamt Prot S Ag	70-140	%	Zitratblut	nur bei verminderter Protein S Aktivität
	Prot C Ag	70-140	%	Zitratblut	nur bei verminderter Protein C Aktivität
	Ergänzende Genetik				nur mit unterfertigter Einverständniserklärung nach GTG
	MTHFR 677T	normal/wildtyp		Zitratblut	wenn Homocystein erhöht
	MTHFR 1298C	normal/wildtyp		Zitratblut	wenn Homocystein erhöht
Literatur	PAI-1- 4G/5G	normal/wildtyp		Zitratblut	wenn FV Leiden heterozygot oder homozygot.,juveniler Insult/TIA
	PAI-1- 844A	normal/wildtyp		Zitratblut	wenn FV Leiden heterozygot oder homozygot.,juveniler Insult/TIA
Referenzbereich gültig ab	06/2010				
Methode	Koagulometrische, nephelometrische, chromogene und ELISA Methoden, PCR+allelspezifische Hybridisierung (Genetik) siehe Einzelparameter				
Messungenauigkeit	-				

Indikation	Familienanamnese venöse Thrombophilie, Abklärung bei Familienangehörigen mit pos. Thrombophilie-Befund, St. p. VTE, St. p. (iuveniler) ischäm. Insult, habitueLLer (St. p. 3 x AB) Abort																																						
Präanalytik	Röhrchen unmittelbar nach Abnahme schwenken																																						
Probenmaterial	3 Röhrchen Citratplasma																																						
Analysendauer/Frequenz ¹	Spezialanalyse																																						
Störfaktoren	Akutphase, orale Antikoagulation, hohe Heparindosen,																																						
Klinische Info	<table><tr><th>Parameter</th><th>Prävalenz Bevölkerung</th><th>VTE-Risiko</th></tr><tr><td>Antithrombin-Mangel</td><td>0,10%</td><td>8x</td></tr><tr><td>Protein C Mangel</td><td>0,20%</td><td>2x</td></tr><tr><td>Protein S Mangel</td><td>0,1</td><td>2x</td></tr><tr><td>APC-Resistenz</td><td>5%</td><td>3x</td></tr><tr><td>Faktor V Leiden heterozygot</td><td>5%</td><td>3x</td></tr><tr><td>Faktor V Leiden homozygot</td><td>0,01%</td><td>80x</td></tr><tr><td>Hyperhomocysteinämie</td><td>8%</td><td>2x</td></tr><tr><td>stark erhöhter (> 200%) Faktor VIII</td><td>3%</td><td>10x</td></tr><tr><td>PT20210 Variante heterozygot</td><td>2%</td><td>2x</td></tr><tr><td>PT20210 Variante homozygot</td><td>0,01%</td><td>?</td></tr><tr><td>APS/Lupusantikoagulanz</td><td>2%</td><td>4x</td></tr></table>			Parameter	Prävalenz Bevölkerung	VTE-Risiko	Antithrombin-Mangel	0,10%	8x	Protein C Mangel	0,20%	2x	Protein S Mangel	0,1	2x	APC-Resistenz	5%	3x	Faktor V Leiden heterozygot	5%	3x	Faktor V Leiden homozygot	0,01%	80x	Hyperhomocysteinämie	8%	2x	stark erhöhter (> 200%) Faktor VIII	3%	10x	PT20210 Variante heterozygot	2%	2x	PT20210 Variante homozygot	0,01%	?	APS/Lupusantikoagulanz	2%	4x
	Parameter	Prävalenz Bevölkerung	VTE-Risiko																																				
	Antithrombin-Mangel	0,10%	8x																																				
	Protein C Mangel	0,20%	2x																																				
	Protein S Mangel	0,1	2x																																				
	APC-Resistenz	5%	3x																																				
	Faktor V Leiden heterozygot	5%	3x																																				
	Faktor V Leiden homozygot	0,01%	80x																																				
	Hyperhomocysteinämie	8%	2x																																				
	stark erhöhter (> 200%) Faktor VIII	3%	10x																																				
	PT20210 Variante heterozygot	2%	2x																																				
	PT20210 Variante homozygot	0,01%	?																																				
	APS/Lupusantikoagulanz	2%	4x																																				
Bemerkung	Für Genanalysen (FV-Leiden, PT20210A, MTHFR, PAI-1) ist eine vom Patienten und zuweisendem Facharzt unterschriebenen Einverständniserklärung für Genanalysen zu medizinischen Zwecken erforderlich.																																						
Bereich	Gerinnung Spezial																																						
Folgeparameter	-																																						
Letzte Änderung	06/2010																																						

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 575 Thrombophilie Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 774 von 845	

Verrechnungsinfo	Verrechnung der einzelnen Parameter
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2350 Thyreoglobulin II

Parameter: Thyreoglobulin II

LOINC-Code	3013 -0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	TG II
Referenzbereich	W: 3,5 – 77 ng /ml M : 3,5 – 77 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	1.11.2014
Methode	ElektroChemiLumineszenz ImmunoAssay
Messungenauigkeit	MW 0,180ng/ml: VK 9,2% MW 89,3 ng/ml : VK 4,2%
Literatur	Lothar Thomas/ Labor und Diagnose 8. Auflage TH - Books
Indikation	Nachkontrolle des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms
Präanalytik	Halbarkeit: 48 Stunden bei 15 – 25° C 72 Stunden bei 2 – 8°C 1 Monat bei – 20°C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	TG – Bestimmungen können auf Grund des Vorliegens von Anti – TG – Antikörpern im Patientenserum beeinflusst werden
Klinische Info	Thyreoglobulin spielt eine entscheidende Rolle bei der Synthese der peripheren Schilddrüsenhormone T3 und T4

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing



Dokumentnummer. 2350 Thyreoglobulin II
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 777 von
845

	Die Produktion von TG wird durch TSH, aber auch durch intrathyreoidalen Jodmangel sowie durch schilddrüsenstimulierende Immunglobuline angeregt. Erhöhte TG – Konzentrationen werden bei verschiedenen SD-Erkrankungen wie der Hashimoto – Thyreoiditis, dem Morbus Basedow, dem Schilddrüsenadenom sowie dem Schilddrüsenkarzinom beschrieben.
Bemerkung	Bei allen TG – Proben wird empfohlen Anti – TG – Bestimmungen durchzuführen um Interferenzen auszuschließen.
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Thyreoglobulin - Antikörper
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6008
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2348 Total P1NP

Parameter: Total P1NP

LOINC-Code	47255 5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	P1NP
Referenzbereich	W < 50 Jahre 15 – 59 yg/l W < 100 Jahre 16 – 74 yg/l M < 100 Jahre 15 – 59 yg/l
Referenzbereich gültig ab	1.11.2014
Methode	ElektroChemiLumineszenz ImmunoAssay
Messungenauigkeit	MW 12,8 yg/l VK 4,1% MW 57,2 yg/l VK 2,3%
Literatur	Lothar Thomas/ Labor und Diagnose 8. Auflage TH - Books
Indikation	Osteoporose Therapieüberwachung, Morbus Paget
Präanalytik	Haltbarkeit 24 Stunden bei 15 – 25° C 5 Tage bei 2 – 8°C 6 Monate bei -20°C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Hämolyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info	Der Großteil der Knochenmatrix besteht aus Typ 1 Kollagen. Dieses entsteht aus dem von Fibroblasten und Osteoblasten synthetisierten Typ 1 Prokollagen. Der vorliegende Test misst P1NP – Typ 1 Prokollagen aminoterminalen Propeptid. P1NP ist ein Indikator der Typ 1 Kollagenablagerung und kann daher als Marker für die Knochenbildung herangezogen werden.
Bemerkung	Der P1NP Assay weist sowohl die trimere als auch die monomere Kollagenstruktur nach und wird auch als gesamt P1NP – Test bezeichnet
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Osteocalcin, β - CrossLaps
Letzte Änderung	2.2.2015
Verrechnungsinfo	ASK 6479
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 458 Total Protein im 24h Urin

Total Protein im 24h Urin

LOINC-Code	21482 - 5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Totalprotein/24hU
Referenzbereich	< 150 mg/l
Referenzbereich gültig ab	10.2010
Methode	Turbidimetrie/ Benzethoniumchlorid
Messungenauigkeit	VK 2,5% bei 32,4mg/dl
Literatur	L.Thomas, Labor und Diagnose 6.Auflage 2005
Indikation	Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege
Präanalytik	Stabilität bei 2 – 8° C 7 Tage – 20° C 1 Monat
Probenmaterial	5ml eines 24h Sammelurins
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	
Klinische Info	Unter physiologischen Bedingungen werden 90% der glomerulär filtrierten Proteine tubulär rückresorbiert. Eine pathologische Proteinurie ist somit in erster Linie glomerulär (z.B. Glomerulonephritis) oder tubulär (renal bei interstitieller Nephropathie; prärenal bei monoklonalen Gammopathien oder Rhabdomyolyse) bedingt. Bei glomerulärer Proteinurie finden sich vor allem Albumin und Immunglobuline im Urin während bei tubulärer Proteinurie in der Hauptsache beta2 – Mikroglobulin und Immunglobulinleichtketten im Endharn aufscheinen.
Bemerkung	-

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 458 Total Protein im 24h Urin
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 783 von
845

Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10.2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5874
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 459 Totalprotein Serum

Totalprotein Serum

LOINC-Code	2885-2
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Totalprotein
Referenzbereich	< 60a 64 – 83 g/l > 60a 62 – 81 g/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Biuret Reaktion
Messungenauigkeit	VK ≤ 1,4% (65 g/l)
Literatur	Clin. Chem. 1981; 27: 1642 -54
Indikation	Proteinurie, Ödeme, Chron. Erkrankungen, Schwangerschaft, Schockzustand, Verbrennungen,
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung abnehmen
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 1 Woche 2-8°C: 1 Monat -20°C: 2 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Hämolyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info

Plasmaproteine werden hauptsächlich in der Leber, den Plasmazellen, Lymphknoten, Milz und Knochenmark synthetisiert. In Krankheitsfällen kann sowohl der Gesamtproteinspiegel im Plasma als auch das Verhältnis der einzelnen Fraktionen erheblich von den Normalwerten abweichen

Die Totalproteinbestimmung umfasst die Gesamtkonzentration aller Proteine im Blut.

Das TP des Plasmas besteht aus über 100 Proteinen. Albumin, α 1-, α 2- und β -Globuline werden in der Leber gebildet, die Proteine der γ -Globulinfraktion, die Immunglobuline, werden von den Plasmazellen gebildet.

Die Auftrennung der Serumproteine erfolgt durch die Serumprotein-Elektrophorese.

Hypoproteinämie:

Hypoproteinämien beruhen vorwiegend auf einer Albuminverminderung, seltener sind sie durch eine Störung der Antikörperbildung bedingt.

Klinische Symptome sind die Bildung von Ödemen und Ergüssen in Körperhöhlen.

Folgende Hypoproteinämie-Formen werden unterschieden:

- Synthesestörung
- Protein-Mangelernährung
- Protein-Resorptionstörung
- Protein-Verlustsyndrom

Hyperproteinämie:

Bei Vermehrung der Immunglobuline kommt es regulatorisch zur Verminderung des Albumins, deshalb bleibt das Gesamtprotein bei den Hyperglobulinämien lange Zeit im Referenzbereich.

Erst ausgeprägte monoklonale Gammopathien, schwere chronisch-entzündliche und gewisse autoimmunologische Prozesse wie die autoimmune Hepatitis, verursachen eine Hyperproteinämie.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

09/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 5874

Kontakt

Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Institut für Labormedizin KHI

Dokumentnummer. 459 Totalprotein Serum
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 787 von
845



Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2662 Toxoplasmose

Parameter: Toxoplasmose

LOINC-Code	Toxo IgG:5388-4 ; Toxo IgM: 8040-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Toxoplasma G AK IgG Toxoplasma G AK IgM
Referenzbereich	IgG < 7,2 U/ml ; IgM < 6 U/ml
Referenzbereich gültig ab	6/2014
Methode	CLIA (Chemiluminiszenz) quantitative Bestimmung von spezifischen Anti Toxoplasma gondii Ak.
Messungenauigkeit	IgG VK:3%-6% (Intraassay) , IgM VK : 3,3-6,8 % Intraassay
Literatur	Österreichische Richtlinie für das Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft und frühen Kindheit.
Indikation	Neugeborenen Screening, Abschlussbestimmung bei IgG Negativen Schwangeren
Präanalytik	Serum so schnell wie möglich vom Koagulat trennen, zentrifugierte Proben können 1 Wo bei 2-8 ° aufbewahrt werden.
Probenmaterial	Nabelschnurblut nach der Geburt, Probenmindestvolumen 200µl .
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolytische oder lipämische Proben, sowie trübe Proben können nicht verwendet werden.
Klinische Info	Toxoplasmose spezifische Ak Bestimmung im Serum der Schwangeren. Erstuntersuchung optimal bis zur 9SSW. Bei nicht infizierten (IgG- negativ) ist eine IgG Bestimmung der Schwangeren alle 8 wo bis zur Geburt optimal, danach Abschlussbestimmung nach der Geburt (maternales Blut oder Nabelschnurblut)

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2662 Toxoplasmose Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 790 von 845	

	Bei IgG positiven Schwangeren ist eine IgM Bestimmung durchzuführen. IgG positiv vor der Schwangerschaft oder IgG positiv +IgM negativ (Präkonzeptionelle Infektion, latent) keine weiteren Tests notwendig. IgM positiv oder Serokonversion spricht für Verdacht auf frische Infektion, Kontakt mit Referenzlabor zur weiteren Diagnostik (PCR und Amniozentese) und Behandlung.
Bemerkung	-
Bereich	Infektion
Folgeparameter	IgG und IgM positiv, Avidität und PCR Bestimmung in einem Referenzlabor
Letzte Änderung	3/2023
Verrechnungsinfo	Lt. ASK 6026
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 460 Transferrin Serum

Transferrin Serum

LOINC-Code	3034-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Transferrin
Referenzbereich	M < 60: 1.74 – 3.64 g/l M > 60: 1.63 – 3.44 g/l W < 60: 1.80 – 3.82 g/l W > 60: 1.73 – 3.60 g/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Immunturbidimetrischer Test
Messungenauigkeit	VK=1,7% (2,20 g/l)
Literatur	Clin. Biochem.1996; 29:209-215
Indikation	Verdacht auf Eisenmangel oder Eisenüberladung
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 3 Tage -20°C: 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	trübe und lipämische Proben
Klinische Info	Transferrin wird in der Leber synthetisiert und ist für den Transport von Eisen zu den Eisendepots in Leber, Milz und Knochenmark, sowie zu den Eisen-verbrauchenden Organen, vor allem den blutbildenden Geweben verantwortlich.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Zellen, die Eisen benötigen, haben einen Transferrinrezeptor an ihrer Oberfläche, an die sich das Transferrin mit dem Eisen binden kann.
Der Transferrinspiegel im Serum korreliert invers mit der Grösse des Eisenpools: bei Eisenmangel steigt die Synthese an, bei Eisenüberladung erfolgt ein Abfall. Die Bestimmung von Transferrin im Serum dient somit der Diagnostik von latentem und manifestem Eisenmangel und von Eisenüberladung. Transferrin ist auch ein Anti-Akut-Phase-Protein, d. h. seine Serumkonzentration ist bei entzündlichen und malignen Erkrankungen vermindert.
Die Transportkapazität des Transferrins wird nur zum Teil genutzt, weniger als 1/3 des Transferrins ist normalerweise mit Eisen gesättigt. Depoteisen- Eisen wird intrazellulär in Ferritin und Hämosiderin gespeichert. Das Ausmaß der Eisenspeicherung ist vom Eisenangebot abhängig. Fe kann allerdings rasch aus Ferritin mobilisiert werden.

Transferrinsättigung TfS

TfS ist der Quotient aus FE / Transferrinkonzentration im Serum und wird in % angegeben.
Jedes Transferrinmolekül kann eine bestimmte Anzahl an Eisenatomen binden.

Erhöhte Transferrinwerte:

- Eisenmangel
- Schwangerschaft
- Leberschäden
- Östrogentherapie
- Blutungen

Erniedrigte Transferrinwerte:

- Bei Eisenüberangebot mit daraus resultierender Sättigung des Transferrins mit Eisen
- Infektionen
- Entzündungen
- Tumorerkrankungen
- Lebererkrankungen

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 460 Transferrin Serum
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 794 von
845

Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Ferritin, Transferrin-Sättigung, Eisen
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6037
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 461 Transferrinsättigung

Transferrinsättigung

LOINC-Code	2505-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Transferrinsättigung
Referenzbereich	Erwachsene 16 – 45 %
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Berechnung
Messungenauigkeit	-
Literatur	Clin. Biochem. 29:209-215(1996) L. Thomas: Labor und Diagnose 6.Auflage (2005)
Indikation	Verdacht auf Eisenmangel oder Eisenüberladung, Beurteilung Eisen-Turnover
Präanalytik	Siehe Transferrin und Eisen
Probenmaterial	Siehe Transferrin und Eisen
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Eisen wird im Serum nicht frei, sondern an Transferrin gebunden transportiert. Jedes Transferrinmolekül kann maximal zwei Atome Eisen binden (ca 1,4 mg Eisen/Gramm Transferrin). Die Transferrinsättigung ist der Quotient aus Eisen-/Transferrinkonzentration im Serum und wird in % angegeben. Der Gehalt an Funktionseisen der Gewebe reguliert nicht nur die Transferrinkonzentration, sondern auch die Transferrinsättigung.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 461 Transferrinsättigung Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 797 von 845	

Folgeparameter	Ferritin
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	Berechnungsparameter, siehe Kosten Transferrin und Eisen
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 523 Treponema Pallidum AK (TPHA/ TPPA)

Treponema Pallidum – TPHA /Serum, Liquor

LOINC-Code	S 26009-1, L 50689-9, Serum / Liquor Index 50695-6
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Serum: TPHA-Ti, Liquor: TPHA-Ti/L, TPHA-Index/L
Referenzbereich	< 1:40 (negativ), > 1:80 (positiv)
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	indirekte Hämagglutination-TPHA,
Messungenauigkeit	100% Übereinstimmung positiv/negativ
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1629
Indikation	Ausschluss einer Syphilis
Präanalytik	FrISChe Proben ohne Zellen und mikrobielle Kontamination
Probenmaterial	Serum und Plasma 20-25°C: 24 Stunden 2-8°C: 7 Tage Längere Lagerung -20°C oder tiefer
Analysendauer/Frequenz¹	Spezialanalyse
Störfaktoren	Es wurden keine störenden Substanzen identifiziert, Kreuzreaktion mit T. pertenuis und T. carateum
Klinische Info	Syphilis wird durch Infektion mit dem Bakterium Treponema pallidum verursacht, das kongenital oder über Intimkontakt übertragen werden kann. Die Erkrankung kann in eine latente Phase übergehen, in der die Syphilis klinisch inapparent ist.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 523 Treponema Pallidum AK (TPHA/ TPPA) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 800 von 845	

	Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Bevölkerungsbewegungen von Ost nach West ist mit höheren Zahlen von Syphilisinfektionen auch im Westen zu rechnen. <u>Tertiärsyphilis:</u> Bei nicht ausreichender Behandlung tritt das 3. Stadium der Syphilis nach einer symptomfreien Latenzzeit von 2-10 Jahren auf. Es können Abszesse (Gummen) entstehen, außerdem können schwere Schäden an den Organen auftreten. Die gefährlichsten Spätfolgen betreffen das Herz und die Blutgefäße, insbesondere die Aorta. Durch die Gummen an den Koronararterien am Herzen kommt es zu Gefäßverengungen mit Unterversorgung des Herzens und entsprechenden Folgeschäden. <u>Neurosyphilis:</u> schwere neurologische Störungen im Tertiärstadium <u>Syphilis Neonatorum:</u> TP kann von einer infektiösen Mutter diaplazentar auf das ungeborene Kind übertragen werden. <u>Therapie:</u> Die Behandlung erfolgt mit Antibiotika (Penicilline). Es wurden keine Resistenzen gegen Penicillin festgestellt.
Bemerkung	Eine endgültige Diagnose und eine daraus resultierende Behandlung muss in Zusammenschau mit der Anamnese und den weiterführenden Test gestellt werden.
Bereich	Infektion
Folgeparameter	Wenn TPHA pos. wird automatisch VDRL durchgeführt
Letzte Änderung	11/2023
Verrechnungsinfo	laut ASK 6040 jeweils für S und L
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 522 Treponema pallidum AK Screen

Treponema pallidum AK IgG+IgM/ Serum Screen

LOINC-Code	S: 34147-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Trep.pall.AK
Referenzbereich	< 1,0 nicht reaktiv ≥ 1,0 reaktiv
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Chemilumineszenzmikropartikel Assay (CMIA)
Messungenauigkeit	VK ≤ 5,2 (0,80), VK ≤ 4,3 (1,6)
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1629
Indikation	Ausschluss einer Syphilis
Präanalytik	Serum möglichst staufrei entnehmen
Probenmaterial	Serum 20-25°C: 24 Stunden 2-8°C: 7 Tage Einfrieren ist möglich
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Syphilis wird durch Infektion mit dem Bakterium Treponema pallidum verursacht, das kongenital oder über Intimkontakt übertragen werden kann. Die Erkrankung kann in eine latente Phase übergehen, in der die Syphilis klinisch inapparent ist.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 522 Treponema pallidum AK Screen Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 803 von 845	

	Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Bevölkerungsbewegungen von Ost nach West ist mit höheren Zahlen von Syphilisinfektionen auch im Westen zu rechnen. <u>Tertiärsyphilis:</u> Bei nicht ausreichender Behandlung tritt das 3. Stadium der Syphilis nach einer symptomfreien Latenzzeit von 2-10 Jahren auf. Es können Abszesse (Gummen) entstehen, außerdem können schwere Schäden an den Organen auftreten. Die gefährlichsten Spätfolgen betreffen das Herz und die Blutgefäße, insbesondere die Aorta. Durch die Gummen an den Koronararterien am Herzen kommt es zu Gefäßverengungen mit Unterversorgung des Herzens und entsprechenden Folgeschäden. <u>Neurosyphilis:</u> schwere neurologische Störungen im Tertiärstadium <u>Syphilis Neonatorum:</u> TP kann von einer infektiösen Mutter diaplazentar auf das ungeborene Kind übertragen werden. <u>Therapie:</u> Die Behandlung erfolgt mit Antibiotika (Penicilline). Es wurden keine Resistenzen gegen Penicillin festgestellt.
Bemerkung	Eine endgültige Diagnose und eine daraus resultierende Behandlung muss in Zusammenschau mit der Anamnese und den weiterführenden Test gestellt werden.
Bereich	Infektionsdiagnostik
Folgeparameter	TPHA/TPPA, VDRL, Treponema pallidum IgM werden, wenn Screening Test positiv ist, automatisch durchgeführt (FLEX)
Letzte Änderung	05/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 6038
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 462 Triglyzeride S

Triglyzeride im Serum

LOINC-Code	2571-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Triglyzeride
Referenzbereich	< 150 mg/dl nüchtern (nach 12 Stunden Nahrungskarenz)
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Enzymatischer Farbstest (Glyzerinphosphatoxidase Methode)
Messungenauigkeit	VK = 1,7 % (209 mg/dl)
Literatur	Clin. Chem. 1983; 29: 538-42 L. Thomas: Labor und Diagnose 6.Auflage (2005) Österreichischer Lipidkonsensus 2010
Indikation	Früherkennung eines Artherosklerose – Risikos, Kontrolle einer lipidsenkenden Therapie
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen.
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 20-25°C: 2 Tage 2-8°C: 7 Tage -20°C: > 1 Jahr
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Starke Hämolyse
Klinische Info	

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 462 Triglyzeride S Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 806 von 845	
	Triglyceride sind wichtige Energiespeicher des Körpers und werden mit der Nahrung aufgenommen oder aus Kohlenhydraten und Fettsäuren im Körper selbst synthetisiert und im Fettgewebe gespeichert. Triglyceride werden an Apolipoproteine gebunden transportiert. Triglycerid – reiche Lipoproteine sind die Chylomikronen und die Very Low Density Lipoproteine. Die Bestimmung des Triglyceridspiegels dient der Diagnose und Behandlung von Hyperlipidämien. Störungen sind entweder genetisch bedingt oder gehen im Erwachsenenalter sekundär mit Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Obesitas und anderen Organerkrankungen einher. Erhöhte Triglyceride und gleichzeitig erhöhtes LDL-Cholesterin gelten als spezielle Risikofaktoren für Herzgefäßerkrankungen (Angina pectoris, MCI). <u>Erhöhte Triglyceridwerte</u> können entweder genetisch bedingt sein, bei primärer Hyperlipidämie (Typ I, IIb, IV, V nach Fredrickson), oder durch Fehlernährung und auch als Folge anderer Erkrankungen entstehen wie: • Diabetes mellitus • Fettsucht • Alkohol • Gicht • Nephrotisches Syndrom • Leberschäden • Medikamente etc. Erniedrigte Triglyceridwerte haben keine diagnostische Bedeutung.	
Bemerkung	-	
Bereich	Klinische Chemie	

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 462 Triglyzeride S Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 807 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6044
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 463 Troponin I

Troponin I

LOINC-Code	10839-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Troponin I
Referenzbereich	< 0,3 µg/l
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK = 3,4% (1,92 µg/l)
Literatur	The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined – a consensus document. J. Am Coll Cardiol 2000; 36:959-69 , Katus HA, S. T., R. A.; Zehelein J. Proteins of the troponin complex, Lab. Med.1992 L. Thomas: Labor und Diagnose 6. Auflage (2005)
Indikation	Akuter Myocardinfarkt, Myocarditis, Verlauf Angina Pectoris
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Stabilität bei 2 – 8° C 72 Stunden bei -20°C 30 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Troponin I ist eine Regulationseinheit des Troponin Komplexes, der an das dünne Aktin Filament in den Muskelzellen gebunden ist. Tnl spielt in Verbindung mit Troponin T und Troponin C eine wesentliche Rolle bei der Regulierung der

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Muskelkontraktion. Es existieren 3 unterschiedliche gewebspezifische Isoformen von TnI. Die cardiale Isoform unterscheidet sich von allen anderen durch zusätzliche Aminosäuren am N-terminalen Ende und ist damit ein sehr sensibler Marker für eine myokardiale Schädigung. So steigt beim akuten Herzinfarkt cTnI bereits ca. 4-6 Stunden nach den Beschwerden im Serum an, erreicht die Höchstkonzentration nach 8 – 28 Stunden und bleibt danach 3 – 10 Tage erhöht. Im Vergleich mit anderen Biomarkern für das Vorliegen einer Nekrose (CK-MB, Myoglobin, Laktatdehydrogenase) weist es eine bessere Sensitivität und überlegene Gewebsspezifität auf. cTnI dient auch der Verlaufsbeurteilung bei Myokarditis und der instabilen Angina Pectoris.

Bemerkung

-

Bereich

Klinische Chemie

Folgeparameter

-

Letzte Änderung

06/2010

Verrechnungsinfo

laut ASK 6047

Kontakt

[Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791](#)

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 2955 Troponin I hs

Parameter: CTNI hochsensitiv

LOINC-Code	49563-0
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	cTnI -_hs
Referenzbereich	M : 34,2 pg/ml W : 15,6 pg/ml
Referenzbereich gültig ab	18.6.15
Methode	Chemilumineszenz - Mikropartikelimmunoassay
Messungenauigkeit	VK = 3,7% bei 19,3 pg/ml
Literatur	Keller T, Zeller T Serial changes in highly sensitive troponin I assay and early diagnosis of myocardial infarction. JAMA 2011, 306: 2684 – 2693 L.Thomas: Labor und Diagnose 8.Auflage 2012
Indikation	Akuter Myocardinfarkt, Myocarditis, Verlauf Angina Pectoris
Präanalytik	Cave Fibringerinnsel
Probenmaterial	Serum/Plasma Bis 8 Stunden bei Raumtemperatur Bei 2 -8° 24 Stunden Lagerung >72 Stunden bei -10°C
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Fibringerinnsel

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 2955 Troponin I hs Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 813 von 845	

Klinische Info	Troponin I ist eine Regulationseinheit des Troponin Komplexes, der an das dünne Aktin Filament in den Muskelzellen gebunden ist. TnI spielt in Verbindung mit Troponin T und Troponin C eine wesentliche Rolle bei der Regulierung der Muskelkontraktion. Es existieren 3 unterschiedliche gewebsspezifische Isoformen von TnI. Die cardiale Isoform unterscheidet sich von allen anderen durch zusätzliche Aminosäuren am N-terminalen Ende und ist damit ein sehr sensibler Marker für eine myokardiale Schädigung. So steigt beim akuten Herzinfarkt cTnI hs bereits ca. 3 Stunden nach den Beschwerden im Serum an, erreicht die Höchstkonzentration nach 8 – 28 Stunden und bleibt danach 3 – 10 Tage erhöht. Im Vergleich mit anderen Biomarkern für das Vorliegen einer Nekrose (CK-MB, Myoglobin, Laktatdehydrogenase) weist cTnI hs eine bessere Sensitivität und überlegene Gewebsspezifität auf. cTnI hs dient auch der Verlaufsbeurteilung bei Myokarditis und der instabilen Angina Pectoris.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	10/2015
Verrechnungsinfo	Laut ASK 6047
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 464 TSH

TSH

LOINC-Code	3016-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	TSH
Referenzbereich	0.35 - 4.94 µU/ml Empfehlung der Endocrine Society (4) für Schwangere: 1.Trimenon < 2.5 µU/ml 2 Trimenon < 3.0 µU/ml 3 Trimenon < 3.0 µU/ml
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay (CMIA)
Messungengenauigkeit	VK ≤ 2,3% (0,09 µU/ml)
Literatur	1.) NACB Richtlinien: http://www.nacb.org/Impg/thyroid_Impg_pub.stm Siehe auch LM Demers.CA Spencer.Thyroid 13(2003),33-44 2.) Pfannenstiel P, Saller B in: Schilddrüsenkrankheiten Diagnose und Therapie (Berliner Verlagsanstalt 1995) 3.) Surks M I et al. JAMA (1990)263: 1529 4.) Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. JCEM (2007) 92: S1-S47 5.) Labor und Diagnose. Thomas 6.Auflage 2005
Indikation	DD Eu-, Hyper-, Hypo- Thyreose, latente Formen, Verlaufskontrolle der Therapie
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> bei 2°C bis 8°C für 7 Tage, bei -20°C für 6 Monate
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
 TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Störfaktoren

Heterophile Antikörper können zu Interferenzen führen

Klinische Info

Humanes Thyreoideastimulierendes Hormon (TSH) oder Thyreotropin ist ein Glykoprotein, das von basophilen Zellen des Hypophysenvorderlappens synthetisiert wird. TSH stimuliert durch Wechselwirkung mit einem spezifischen Rezeptor an der Oberfläche der Schilddrüsenzelle die Produktion und Sekretion der metabolisch aktiven Schilddrüsenhormone Thyroxin (T4) und Trijodthyronin (T3). T3 und T4 sind für die Steuerung biochemischer Vorgänge im Organismus verantwortlich, die für Entwicklung – normalen Stoffwechsel – und Nervenfunktion verantwortlich sind. Die Synthese und Sekretion von TSH wird durch TRH (Thyreotropin Releasing Hormone) aus dem Hypothalamus als Antwort auf niedrige zirkulierende Schilddrüsenhormonkonzentrationen stimuliert. Ein Ausfall der Steuerung auf der Ebene der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsenhormon-Achse führt entweder zur Hypothyreose oder Hyperthyreose. In Fällen einer primären Hypothyreose sind die T3- und T4-Konzentrationen niedrig und die TSH-Konzentration signifikant erhöht. Die primäre Hyperthyreose (z. B. Mb. Basedow) geht mit hohen Schilddrüsenhormonkonzentrationen und erniedrigten oder nicht nachweisbarer TSH-Konzentration einher.

Der eingesetzte TSH Assay der 3. Generation wird zur Bewertung des Schilddrüsenstatus sowie zur Diagnose und Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen eingesetzt. Grundlagen der Differentialdiagnostik:

TSH-Werte erhöht:

- Primäre Hypothyreose: die Schilddrüse produziert nicht genügend Hormone, deshalb schütten Hypothalamus und Hypophyse vermehrt TRH und TSH aus, z.B. nach Schilddrüsenentzündungen (Autoimmunthyreoiditis Hashimoto), nach operativer Entfernung von Schilddrüsengewebe, extremer Jodmangel, Medikamente (Lithium)
- Sekundäre Hyperthyreose: Obwohl die Schilddrüse genügend Hormone produziert, schüttet die Hypophyse weiter TSH aus und damit sind zu viele Schilddrüsenhormone im Blut, (z.B. verursacht durch Tumore, die TSH-ähnliche Stoffe produzieren).

Verminderung der TSH-Werte:

- Primäre Hyperthyreose: wenn die Schilddrüse von sich aus zu viele Hormone produziert, reduzieren Hypothalamus und Hypophyse deshalb die TRH und TSH - Produktion, (z.B. Morbus Basedow, gutartige Tumore autonomes Adenom, übermäßige Jodzufuhr bei Jodmangel, Einnahme von Schilddrüsenhormonen).

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 464 TSH Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 817 von 845	

	<u>Sekundäre Hypothyreose</u>: die Schilddrüse produziert zu wenig Schilddrüsenhormone, weil von der Hypophyse zu wenig TSH ausgeschüttet wird, (z.B. Tumore im Bereich der Hypophyse).
Bemerkung	Der Test ist ein "3. Generations-Assay" Parameter der Wahl für Erstuntersuchung ("Screening")
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	fT4, fT3
Letzte Änderung	06/2010
Verrechnungsinfo	siehe ASK 6009
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 465 Urinstatus

Urinstatus

LOINC-Code

57020-0

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

Harn-Teststreifen/Sediment

Referenzbereich

Analyt / Langname	Referenzbereich	Einheit
HARNTTESTSTREIFEN		
Leukozyten im Urin	<25	/ µL
Nitrit im Urin	negativ	
pH im Urin	4,5 – 8,0	-----
Proteine im Urin, semiquantitativ	<10	mg / dL
Glukose im Urin, semiquantitativ	<30	mg / dL
Keton im Urin	<5	mg / dL
Urobilinogen im Urin	<1,0	mg / dL
Bilirubin im Urin	<0,5	mg / dL
HB im Urin	<0,03	mg/ dL
Spezifisches Gewicht im Urin	1,002 - 1,035	

Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Teststreifen
Messungenauigkeit	-
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:
Indikation	Verdacht auf Stoffwechsel- und Nierenerkrankung oder Harnwegsinfektion
Präanalytik	rasche Analytik – 4 Stunden Limit
Probenmaterial	Spontanurin / Morgenharn
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Ascorbinsäure
Klinische Info	Eine vollständige Urin-Analyse besteht in der Regel aus drei Testen. 1. Makroskopische Beurteilung 2. Reflektometrische Erfassung und Analyse der chemischen Zusammensetzung: - Harn-Spez.Gewicht: Beurteilung der Harnkonzentrierungsfähigkeit der Nieren - Harn-pH Wert: Bakterielle Besiedelung der ableitenden Harnwege bewirken eine anhaltende Alkalisierung des Harns - Harn-Nitrit: positiv bei den meisten bakteriellen Harnwegsinfekten - Harn-Eiweiß: eine Proteinurie kann durch prärenale (z.B. Plasmozytom) renale (Glomerulopathie) oder postrenale (Infektion, Tumor...) Ursachen bedingt sein. - Harn-Zucker: erhöhte Blutzuckerwerte bei Diabetes mellitus - Harn-Ketonkörper: vermehrtes Auftreten bei Diabetes mellitus, Fasten, Alkoholismus, Glykogenspeicherkrankheiten - Harn-Urobilinogen: erhöhte Werte bei Lebererkrankungen, Hämolyse

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 465 Urinstatus Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 821 von 845	

	Harn-Bilirubin: erhöhte Werte bei Lebererkrankungen, Galleabflussbehinderungen und Störungen der Bilirubinausscheidung Harn-Erythrozyten: bei Nephritis, Tumoren, Nierensteinen, Infektionen Harn-Leukozyten: Hinweis auf eine Entzündung im Bereich der Nieren/ ableitenden Harnwege 3. mikroskopische Untersuchung des Urins zur Identifizierung und Quantifizierung von zellulären und kristallinen Bestandteilen wie Bakterien, Erythrozyten, Leukozyten, Kristallen und Zylindern.
Bemerkung	Bei positivem Urinstatus (Ery. pos, Leuko. pos) wird automatisch eine Analyse des Harnsediments durchgeführt
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Harnsediment, Harnchemie, CRP
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 5438
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 466 Valproinsäure

Valproinsäure

LOINC-Code	14946-8
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Valproinsäure
Referenzbereich	Therapiebereich:350 - 700 µmol/l (vor nächster Dosis)
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Multigent partikelverstärkter turbimetrischer Inhibition-Immunoassay (Multigent)
Messungenauigkeit	VK = ≤ 2% (488,98 µmol/l)
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Therapiemonitoring, Verdacht auf Intoxikation
Präanalytik	Nativblut vor Applikation der nächsten Dosis entnehmen (Talspiegel).
Probenmaterial	Serum <u>Stabilität der Proben:</u> 2-8°C: 4 Tage -20°C: 7 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	Ikterisches Probenmaterial

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Klinische Info	Valproinsäure ist ein Antikonvulsivum und wird einzeln oder in Kombination mit anderen Antikonvulsiva zur Behandlung der <u>Epilepsie</u> eingesetzt, insbesondere bei generalisierten Anfällen und Absencen. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 10-16 Stunden. Toxische Symptome treten ab 1000 µmol/l auf. <u>Zu hohe Valproinsäurekonzentrationen</u> führen zu Erbrechen, Zittern, Unruhe, Verwirrtheit und Leberschäden.
Bemerkung	Handelspräparate sind z.B. Convulex®, Ergenyl®, Orfiril® oder Lepilanyl®
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	-
Letzte Änderung	09/2010
Verrechnungsinfo	laut ASK 6064
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 467 Vankomycin (TAL)

Vankomycin (TAL)

LOINC-Code	4093-3
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Vankomycin
Referenzbereich	Therapeutischer Bereich (Talspiegel, vor nächster Dosis): 5-10 µg/ml
Referenzbereich gültig ab	05/2012
Methode	turbidimetrischer Immunoassay
Messungenauigkeit	VK = ≤ 6,56 % (6,40 µg/ml)
Literatur	Clin.Chem. 1995;41:1751-1760
Indikation	Therapiemonitoring
Präanalytik	Nativblut vor Applikation der nächsten Dosis entnehmen (Talspiegel).
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Notfall und Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Vankomycin ist ein Antibiotikum aus der Wirkstoffgruppe der Glykopeptid-Antibiotika. Es wird vor allem gegen multiresistente Staphyokokken eingesetzt. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 4-10 Stunden bei Erwachsenen, 2-3 Stunden bei Kindern und 6 – 10 Stunden bei Neugeborenen. Die totale Clearance und die Halbwertszeit korrelieren streng mit der GFR. Unerwünschte Nebenwirkungen sind vor allem Ototoxizität, Nephrotoxizität, Leukopenie und Hypersensitivitätsreaktionen.
Bemerkung	Handelspräparate z.B. Vancocin®.
Bereich	Klinische Chemie

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 467 Vankomycin (TAL) Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 827 von 845	

Folgeparameter	-
Letzte Änderung	5 /2014
Verrechnungsinfo	laut ASK 6065
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 3252 Vaskulitis AK

Parameter: Vaskulitis AK

LOINC-Code	57777-5
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	c-ANCA Ti. IF, Anti PR3 p-ANCA Ti. IF, Anti MPO
Referenzbereich	<1:20
Referenzbereich gültig ab	03/2016
Methode	Immunfluoreszenz, Elisa
Messungenauigkeit	Händische Methode,
Literatur	Labor und Diagnose Edts L. Thomas. 8. Auflage Th-Books Verlagsgmbh 2012: 1490
Indikation	V.a. Anca –assoziierte Vaskulitiden (GMP,MPA,CSS,GPS), Therapieüberwachung primärer Vaskulitiden
Präanalytik	Stabilität:1 Tag bei RT, 10 Tage 4°-8°C,länger bei -20°C
Probenmaterial	Serum
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	Hämolyse
Klinische Info	Unter dem Begriff Vaskulitis wird ein entzündlicher Prozess verstanden, der die Zerstörung bzw. die Funktionseinschränkung von Blutgefäßen zu Folge hat. Bei Vaskulitiden treten auch glomeruläre Schädigungen auf, die häufig für den klinischen Verlauf ausschlaggebend sind.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 3252 Vaskulitis AK Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 830 von 845	

	ANCA (Anti-Neutrophilen-Cytoplasma-Antikörper) sind Autoantikörper, die gegen Antigene in den cytoplasmatischen Granula neutrophiler Granulozyten und Monozyten gerichtet sind. Mittels IIFT lassen sich zwei Typen von ANCA darstellen: zum einen der cytoplasmatische Typ (c-Anca) der als spezifische Marker für das Vorliegen einer Granulomatose mit Polyangitis (Wegenersche Granulomatose GMP) gilt und fast immer gegen Proteinase 3 (PR3) gerichtet ist, zum anderen der perinukleäre TYP (p-Anca) der auf ein Spektrum verschiedener Erkrankungen (mikroskopische Polyangitis (MPA) oder Churg-Strauss-Syndrom (CCS), selten auch GMP hinweist, Zielantigene der p-Anca sind Myeloperoxidase (MPO). Positive IIFT-Ergebnisse werden immer mit einem spezifischen AntiPR3 bzw. Anti MPO-Elisa Test bestätigt. Hohe Anca Titer sind mit aktiven Phasen der Krankheit assoziiert. Dies gilt mehr für anti PR3-Ak weniger für MPO-Ak. Titeranstiege können Wochen bis Monate einer Exazerbation der Vaskulitis vorausgehen. Ohne begleitende ANCA-Anstiege ist ein erneuter Krankheitsschub selten. Eine erfolgreiche Behandlung sollte von einem Titerabfall bzw. einem negativen ANCA-Test gefolgt sein.
Bemerkung	Neben den typischen Konstellationen der Vaskulitis-assoziierten ANCA gibt es häufig atypische p-ANCA-Befunde und auch atypische c-ANCA Befunde die nicht mit Vaskulitiden assoziiert sind (a-Anca, x-Anca)
Bereich	Autoimmundiagnostik
Folgeparameter	Parallele Durchführung von IIFT und ELISA auf PR3 und MPO; ANCA combi, anti-GBM
Letzte Änderung	03/2016
Verrechnungsinfo	Laut ASK 5109
Kontakt (email)	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 524 VDRL

VDRL, Serum, Liquor, Liquor-Titer

LOINC-Code	S 5292-8, L 5290-2, L-Titer 31146-4
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	VDRL, VDRL/L, VDRL-Titer/L
Referenzbereich	nicht reaktiv
Referenzbereich gültig ab	09/2010
Methode	Präzipitation
Messungenauigkeit	-
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1629
Indikation	pos. Screeningtest, Nachweis Behandlungsbedarf
Präanalytik	-
Probenmaterial	Serum möglichst staufrei entnehmen Serum und Plasma 20-25°C: 24 Stunden 2-8°C: 7-14 Tage Längere Lagerung -20°C oder tiefer
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	Syphilis wird durch Infektion mit dem Bakterium Treponema pallidum verursacht, das kongenital oder über Intimkontakt übertragen werden kann. Die Erkrankung kann in eine latente Phase übergehen, in der die Syphilis klinisch inapparent ist. Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Bevölkerungsbewegungen von Ost nach West ist mit höheren Zahlen von Syphilisinfektionen auch im Westen zu rechnen.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 524 VDRL Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 833 von 845	

	<u>Tertiärsyphilis:</u> Bei nicht ausreichender Behandlung tritt das 3. Stadium der Syphilis nach einer symptomfreien Latenzzeit von 2-10 Jahren auf. Es können Abszesse (Gummen) entstehen, außerdem können schwere Schäden an den Organen auftreten. Die gefährlichsten Spätfolgen betreffen das Herz und die Blutgefäße, insbesondere die Aorta. Durch die Gummen an den Koronararterien am Herzen kommt es zu Gefäßverengungen mit Unterversorgung des Herzens und entsprechenden Folgeschäden. <u>Neurosyphilis:</u> schwere neurologische Störungen im Tertiärstadium <u>Syphilis Neonatorum:</u> Treponema pallidum kann von einer infektiösen Mutter diaplazentar auf das ungeborene Kind übertragen werden. <u>Therapie:</u> Die Behandlung erfolgt mit Antibiotika (Penicilline). Es wurden keine Resistenzen gegen Penicillin festgestellt.
Bemerkung	Eine endgültige Diagnose und eine daraus resultierende Behandlung muss in Zusammenschau mit der Anamnese und den weiterführenden Test gestellt werden.
Bereich	Infektionsserologie
Folgeparameter	Treponema pallidum IgM
Letzte Änderung	05/2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 6164 laut ASK 6041 Titer
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 484 Virologische Antikörperblöcke

Virologische Antikörperblöcke

Anforderungscodes

Siehe Referenzbereich

Kurzbezeichnung

(Analysenbezeichnung am Befund)

Siehe Referenzbereich

Referenzbereich

KBR:					
Adenovirus AK Titer KBR	AD_KBR	5041-9	Serum	< 1:20	Titer
Coxsackie AK Titer KBR	COX_KBR	50691-5	Serum	< 1:20	Titer
Cytomegalie AK Titer KBR	CYT_KBR	9513-3	Serum	< 1:40	Titer
Enterovirus AK Titer KBR	ENT_KBR	26022-4	Serum	< 1:20	Titer
Herpes simplex AK Titer KBR	HSV_KBR	5204-3	Serum	< 1:40	Titer
Influenza A/B AK Titer KBR	INF_KBR	50693-1	Serum	< 1:40	Titer
Masern AK Titer	MA_KBR	5243-1	Serum	< 1:20	Titer
Mycoplasma pn. AK Titer KBR	MP_KBR	5254-8	Serum	< 1:10	Titer
Parainfluenza AK Titer KBR	PARAI_KBR	50692-3	Serum	< 1:40	Titer
RSV AK Titer KBR	RSV_KBR	5294-4	Serum	< 1:40	Titer
Varicella Zoster AK Titer KBR	VZV_KBR	5401-5	Serum	< 1:20	Titer
Rötelnvirus AK Titer (HHT)	RO_HHT	22497-2	Serum	<32	Titer

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 484 Virologische Antikörperblöcke
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 836 von
845

Borrelia IgG AK/Serum qn.	Borr_IgG_AK_qn	7817-0	Serum	<10	U/ml
Borrelia IgM AK/Serum qn.	Borr_IgM_AK_qn	7818-8	Serum	<18	U/ml
Borrelia IgG AK/Liquor qn.	L_Borr_IgG_AK	22126-7	Liquor	<4	U/ml
Borrelia IgM AK/Liquor qn.	L_Borr_IgM_AK	22133-3	Liquor	<2	U/ml
Borrelia IgG AK Liquor/Serum Index	Borr_IgG_L_S_Index	47304-1	Serum + Liquor	<1,5	dimensionslos
EBV AK IgG qn.	EBV_IgG	7885-7	Serum	<25 >650	U/ml
EBV AK IgM	EBV_IgM_ql	30340-4	Serum	positiv / negativ	
FSME AK IgG	FSME_IgG	26062-0	Serum	<9 >500	U/ml
FSME AK IgM qn.	FSME_IgM	26063-8	Serum	<1,3	Index
Masernvirus AK IgG qn.	Ma_IgG	7962-4	Serum	<35	AU/ml
Masernvirus AK IgM qn.	Ma_IgM	7963-2	Serum	<15	U/ml
Mumps AK IgG qn.	MU_IgG	22417-0	Serum	<25	AU/ml
Parvovirus AK IgG qn.	Parvo_IgG	7983-0	Serum	<0,9	U/ml
Parvovirus AK IgM qn.	Parvo_IgM	7984-8	Serum	<0,9	U/ml
Rötelnvirus AK IgM qn.(Virion)	RO_IgM	8015-0	Serum	<3,5 > 60	U/ml
CMV AK IgG qn.	CMV_IgG	7852-7	Serum, Plasma	<14 >180	U/ml
CMV AK IgM qn.	CMV_IgM_qn	7853-5	Serum, Plasma	<22 >140	U/ml
HSV AK IgG ql.	HSV_IgG	36921-5	Serum, Plasma	positiv / grenzw / negativ	
HSV AK IgM	HSV_IgM_ql	41149-6	Serum, Plasma	positiv / grenzw / negativ	

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer: 484 Virologische Antikörperblöcke
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 837 von
845

	<table><tr><td>Rötelnvirus AK IgM</td><td>RO_IgM_qI</td><td>31616-0</td><td>Serum, Plasma</td><td>positiv / negativ</td><td></td></tr><tr><td>VZV AK IgG qn.</td><td>VZV_IgG</td><td>8047-3</td><td>Serum, Plasma</td><td><150 >4000</td><td>mlU/ml</td></tr><tr><td>VZV AK IgM</td><td>VZV_IgM_qI</td><td>21597-0</td><td>Serum, Plasma</td><td>positiv / negativ</td><td></td></tr></table>	Rötelnvirus AK IgM	RO_IgM_qI	31616-0	Serum, Plasma	positiv / negativ		VZV AK IgG qn.	VZV_IgG	8047-3	Serum, Plasma	<150 >4000	mlU/ml	VZV AK IgM	VZV_IgM_qI	21597-0	Serum, Plasma	positiv / negativ	
Rötelnvirus AK IgM	RO_IgM_qI	31616-0	Serum, Plasma	positiv / negativ															
VZV AK IgG qn.	VZV_IgG	8047-3	Serum, Plasma	<150 >4000	mlU/ml														
VZV AK IgM	VZV_IgM_qI	21597-0	Serum, Plasma	positiv / negativ															
Referenzbereich gültig ab	09/2012																		
Methode	Komplementbindungsreaktion, ELISA, Chemilumineszenz																		
Messungenauigkeit	-																		
Literatur	Thomas L, Hrsg. Labor und Diagnose. Frankfurt/Main: TH Books Verlagsgesellschaft mbH, 2005:1659																		
Indikation	Verdacht auf virale Infektion																		
Präanalytik	-																		
Probenmaterial	Serum																		
Analysendauer/Frequenz¹	Routine																		
Störfaktoren	-																		
Klinische Info	Screeninguntersuchung bei oben angeführten Verdachtsdiagnosen, wenn kein Hinweis auf einen konkreten Erreger gegeben ist. Bei der KBR wird nach spezifischer Bindung an das Antigen durch sterische Umlagerung eine Komplementbindungsstelle frei, in diesem Fall wird das zugesetzte Meerschweinchenkomplement verbraucht und steht nicht mehr für die Indikatorreaktion, (die Lyse von Antikörperbeladenen Hammelerythrozyten) zur Verfügung, die Hämolyse bleibt aus. Die KBR ist universell für viele Erregerantigene diagnostisch nutzbar. Erfasst werden IgM, IgG1 und IgG3 Antikörper, im geringeren Maß auch IgG2. Die KBR ist nur eingeschränkt dafür geeignet frühe Infektionsstadien zu erkennen. Für eine klare Beurteilung ist eine zweite Einsendung nach ca. 1 Woche notwendig, um eine etwaige Titerveränderung nachzuweisen.																		
Bemerkung	Bitte um Zweiteinsendung																		
Bereich	Infektionsdiagnostik																		
Folgeparameter	Bei konkretem Hinweis auf Erreger: ELISA, Chemilumineszenz, PCR																		

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen
TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 5
Gültig ab: 04.09.2025

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer: 484 Virologische Antikörperblöcke Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 838 von 845	

Letzte Änderung	09/2012
Verrechnungsinfo	Derzeit kein Selbstzahlertarif verfügbar
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 468 Vit. D 25-OH

Vitamin D 25-OH

LOINC-Code	14635-7
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Vit D 25-OH
Referenzbereich	> 30 ng/ml
Referenzbereich gültig ab	15.03.2012
Methode	ElektroChemilumineszenz - Immunoassay
Messungenauigkeit	Präzision bei 21,7 ng/ml:VK 7,9%
Literatur	L. Thomas, Labor und Diagnose, 6. Auflage 2005
Indikation	Verdacht auf Vitamin D Mangel
Präanalytik	Haltbarkeit bei 2 -8°C 4Tage bei -20°C 6 Monate
Probenmaterial	Serum, Plasma
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	-
Klinische Info	D – Vitamine entstehen aus Provitaminen auf Grund einer durch die UV – Strahlung des Sonnenlichts katalysierten Spaltung des B-Rings im Sterangerüst. Nach zwei weiteren Hydroxylierungsschritten in Leber und Niere entsteht dann das biologisch aktive 1,25 Dihydroxyvitamin D. Die Konzentration des 25 (OH) D Vitamins im Serum spiegelt die Zufuhr von Vitamin D mit der Nahrung und seine Bildung in der Haut wieder. Ein Wert von >30ng/ml bedeutet bei Gesunden die Voraussetzung für ein optimales intestinales Calcium – Absorption. Die durchschnittliche 25(OH)D- Konzentration ist von der Jahreszeit abhängig.

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

	Niedrige VitD Konzentrationen begünstigen v.a. beim älteren Patienten die Entwicklung des sekundären Hyperparathyreoidismus. Ein vermehrter Bedarf an Vitamin D besteht in der Schwangerschaft und Stillzeit. Bei Frauen nach der Menopause führen defiziente Vit D Spiegel oft zu messbar erhöhten Markern des Knochenabbaus.
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Parathormon,
Letzte Änderung	15.03.2012
Verrechnungsinfo	laut ASK 6091
Kontakt	Sekretariat 01-80110-2791

Q-Matis Systemdokument: **Parameterkatalog_KHI_Ausgabe_03-10-2025**

Typ: Bibliothek

Organisationseinheit: Wiener Gesundheitsverbund

Dokument Nr.: 328 Vitamin B12

Vitamin B12

LOINC-Code	2132-9
Kurzbezeichnung (Analysenbezeichnung am Befund)	Vitamin B12
Referenzbereich	191 - 663 pg/ml, 5 Tage - < 1 Jahr 259-1576 pg/ml, 1 - < 9 Jahre 283-1613 pg/ml, 9 - < 14 Jahre 252-1125 pg/ml, 14 - < 17 Jahre 244-888 pg/ml, 17 - < 19 Jahre 203-811 pg/ml.
Referenzbereich gültig ab	06/2010
Methode	Chemilumineszenz - Immunoassay
Messungenauigkeit	VK ≤ 9,5% (232 pg/ml)
Literatur	Refsum H et al Clin Chem (2004); 50:3 Snow CF. Arch Intern Med (1999); 28: 1289
Indikation	Vitamin B12 Mangel
Präanalytik	Nativblut möglichst ohne Stauung entnehmen
Probenmaterial	Serum Haltbarkeit bei 2 -8°C 2 Tage
Analysendauer/Frequenz¹	Routine
Störfaktoren	nicht bekannt
Klinische Info	Durch Vitamin B12 Mangel können makrozytäre Anämien entstehen. Morphologische Veränderungen an Blut und Knochenmarkszellen zählen zu den Hauptsymptomen bei einem Vitamin B12 Mangel. Auf Grund Ihrer hohen

¹ Routine: Werktags 7:30-15:00|Notfall: Montag bis Sonntag 0:00-24:00|Spezialanalytik: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

TAT Routine: 2-4 Stunden nach Probeneingang|Notfall: <60 Minuten nach Probeneingang|Spezialanalysen: Analysenabhängig, bitte tel. nachfragen

Institut für Labormedizin KHI		
Dokumentnummer. 328 Vitamin B12 Bereich: Parameterkatalog (KHI)	Seite 844 von 845	

	Zellumsatzrate reagiert die Hämatopoese schnell und sensibel auf den blockierten Nukleinsäurestoffwechsel. In der Peripherie sind morphologisch mehr oder weniger stark veränderte Zellen nachweisbar (MCV > 110fl , MCH > 40pg) Diese Defizienz kann diätetisch , durch Alkoholabusus, Medikamente oder strukturell/funktionelle Schädigung des Gastrointestinaltraktes, Verlust des intestinalen Intrinsic Factors, Produktion von Autoantikörpern gegen dieses Bindungsprotein (Formen perniziöser Anämie) verursacht werden. Vitamin B12 ist auch für die Folsäure-Resorption, DNA-Synthese und die Zellreifung von Bedeutung. Mangel führt neben der megaloblastären Anämie (DD Folsäure-Mangel) zu Spinalerkrankungen, dem Auftreten neuropsychiatrischer Symptome und Störungen des Methionin-Stoffwechsels (Akkumulation von Homocystein). .
Bemerkung	-
Bereich	Klinische Chemie
Folgeparameter	Folsäure, Homocystein
Letzte Änderung	03/2023
Verrechnungsinfo	siehe ASK 6086
Kontakt	Sekretariat des Instituts für Labormedizin, Tel. 01/80110-2791

Institut für Labormedizin KHI



Dokumentnummer. 328 Vitamin B12
Bereich: Parameterkatalog (KHI)

Seite 845 von
845

Erstellung:
Belegschaft (Koord.)
Zuletzt gedruckt 03.12.2025 07:31:00

Prüfung:
Oberste Leitung

Freigabe:
Q-Administration
VersionNr. 6
Gültig ab: 04.09.2025