



**EBM-Nr. Indikation**

- 32004** Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung.
- 32005** Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga.
- 32006** Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose.
- 32007** Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung.
- 32008** Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie.
- 32009** Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.
- 32011** Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie.
- 32012** Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie.

**EBM-Nr. Indikation**

- 32014** Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.
- 32015** Orale Antikoagulantientherapie.
- 32017** Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose.
- 32018** Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance <25ml/min.
- 32020** HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation.
- 32021** Therapiebedürftige HIV-Infektionen.
- 32022** Manifester Diabetes mellitus.
- 32023** Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie.
- 32024** Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen.

**Funktionsteste**

<b>ACTH Test NNR-Insuffizienz</b> (Cortisol)	Blutentnahme nüchtern, Blutentnahme basal und 60 min. nach ACTH (z. B. Synacthen)
<b>ACTH Test AGS</b> (Cortisol, 17-OHP)	Follikelphase, Blutentnahme basal und 60 min. nach ACTH (z. B. Synacthen)
<b>ACTH Test AGS komplett</b> (17-OHP, Androstendion, Cortisol, DHEA, 11-Desoxycortisol + basal Testosteron)	Follikelphase, Blutentnahme basal und 60 min. nach ACTH (z. B. Synacthen)
<b>Dexamethason-Hemmtest</b> (Cortisol)	Blutentnahme basal (morgens, nüchtern) und Folgetag 8.00 Uhr nach nächtlicher (22.00 - 23.00 Uhr) Gabe von 1-2 mg Dexamethason
<b>GnRH Test</b> (FSH, LH)	Blutentnahme basal und 30 min. nach 0,1 mg GnRH (z. B. Relefact LH-RH 0,1 mg) Bei Kindern: 0,06 mg GnRH/m <sup>2</sup> KOF (max. 0,1 mg)
<b>oGTT + HOMA</b>	Blutentnahme basal, 60 min. und 120 min. Es wird zu jedem Blutentnahmezeitpunkt ein Glucosespezialröhrchen (EX oder GM) und ein Vollblut ohne Zusatz (B) oder Serum (S) benötigt.
<b>oGTT in der Schwangerschaft</b>	50 g Glukose: Blutentnahme 60 min. (nicht nüchtern) Bei Abnahme mit BD Vacutainer bitte die Greiner Glucomedics Vacuette verwenden.
<b>oGTT in der Schwangerschaft</b>	75 g Glukose: Blutentnahme basal, 60 min. und 120 min. Bei Abnahme mit BD Vacutainer bitte die Greiner Glucomedics Vacuette verwenden.

<sup>1</sup> Die MII Parameter sind im Rahmen einer privatärztlichen Laborgemeinschaft nur bei Verwendung der entsprechenden Anforderungsbelege abrechenbar.

<sup>2</sup> Bitte die entsprechende Indikation unterstreichen.

<sup>3</sup> Die Untersuchung der Varizellen fällt nicht unter die Richtlinien des Bundesausschusses zur Mutterschaftsvorsorge, sondern unter die Leistungen der GKV im Rahmen der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch bei unklarer Immunitätslage.

<sup>4</sup> Für alle Laborstandorte wird ein zusätzliches großes EDTA-Röhrchen für die Blutgruppenbestimmung benötigt. Das Röhrchen muss gemäß der Hämotherapierichtlinien neben dem Barcode mit Name, Vorname und Geburtsdatum beschriftet sein.

<sup>5</sup> Einmal im Krankheitsfall (sh. EBM-Definition)

<sup>6</sup> Der FAI wird ohne Berechnung als Ergebnis mitgeschickt.

<sup>7</sup> Kriterien: Neu auftretender oder bestehender Hypertonus; Präeklampsie-assoziiertes organischer oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann; fetale Wachstörung, auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775