

Bundesgesetzblatt ¹⁸⁴⁵

Teil I

Z 5702

1995 **Ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 1995** **Nr. 67**

Tag	Inhalt	Seite
14. 12. 95	Verordnung zur Änderung der 40. Ausnahmereverordnung zur StVZO FNA: 9232-1-40	1846
15. 12. 95	Fünfte Verordnung zur Änderung der Gefahrgutverordnung Eisenbahn (5. Eisenbahn-Gefahrgut- änderungsverordnung) FNA: 9241-23-10	1847
15. 12. 95	Neufassung der Gefahrgutverordnung Eisenbahn FNA: 9241-23-10	1852
18. 12. 95	Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) FNA: 2122-4	1861
18. 12. 95	Zehnte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von Sport- booten – 10. GSGV) FNA: neu: 8053-4-13	1936
18. 12. 95	Dritte Verordnung zur Änderung seeverkehrsrechtlicher Vorschriften FNA: 9511-22, 9510-1-13, 9511-19	1938

Die Anlage zur Fünften Verordnung zur Änderung der Gefahrgutverordnung Eisenbahn (5. Eisenbahn-Gefahrgutänderungsverordnung) vom 15. Dezember 1995 (Anlage zur Verordnung über die innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderung gefährlicher Güter mit Eisenbahnen (Gefahrgutverordnung Eisenbahn – GGVE)) wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts ausgegeben. Abonnenten des Bundesgesetzblatts Teil I wird der Anlageband auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt.

**Verordnung
zur Änderung der 40. Ausnahmereordnung zur StVZO**

Vom 14. Dezember 1995

Auf Grund des § 6 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a in Verbindung mit Abs. 3 des Straßenverkehrsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 9231-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die Eingangsworte in Absatz 1 Nr. 3 zuletzt geändert durch § 37 Abs. 2 des Gesetzes vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 927) sowie Absatz 3 eingefügt durch § 70 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. März 1974 (BGBl. I S. 721) und geändert gemäß Artikel 22 Nr. 3 der Verordnung vom 26. November 1986 (BGBl. I S. 2089), verordnet das Bundesministerium für Verkehr nach Anhörung der zuständigen obersten Landesbehörden:

Artikel 1

In § 3 Satz 2 der 40. Ausnahmereordnung zur StVZO vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2392), die durch Artikel 2 Abs. 5 der Verordnung vom 24. April 1992 (BGBl. I S. 965) geändert worden ist, wird das Datum „1. Januar 1996“ durch das Datum „1. Januar 2000“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den 14. Dezember 1995

Der Bundesminister für Verkehr
Wissmann

**Fünfte Verordnung
zur Änderung der Gefahrgutverordnung Eisenbahn
(5. Eisenbahn-Gefahrgutänderungsverordnung)**

Vom 15. Dezember 1995

Auf Grund des § 3 Abs. 1 und 5 in Verbindung mit § 4 Abs. 1, des § 5 Abs. 2 und 3 und des § 10 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter vom 6. August 1975 (BGBl. I S. 2121), § 3 Abs. 1 geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 28. Juni 1990 (BGBl. I S. 1221), § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 2 geändert durch Artikel 8 § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1994 (BGBl. I S. 1416), in Verbindung mit Artikel 10 des Eisenbahnneuordnungsgesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378) und § 1 der Verordnung zur Übertragung gefahrgutrechtlicher Ermächtigungen auf den Bundesminister für Verkehr vom 12. September 1985 (BGBl. I S. 1918) verordnet das Bundesministerium für Verkehr nach Anhörung von Sachverständigen:

Artikel 1

Die Gefahrgutverordnung Eisenbahn in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1991 (BGBl. I S. 1224), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 121 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefaßt:

„3. ist Beförderer, wer das Fahrzeug für die Ortsveränderung des Gutes verwendet.“

b) Nach Nummer 4 wird folgende neue Nummer 5 eingefügt:

„5. ist Verloader, wer als unmittelbarer Besitzer das Gut dem Beförderer zur Beförderung übergibt oder selbst befördert.“

c) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

2. § 3 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „Randnummer 3 Abs. 1, 5 oder 7“ werden durch die Wörter „Randnummer 3 Abs. 1, 5 oder 8“ ersetzt.

3. § 4 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Beförderer muß die nächsten zuständigen Behörden unverzüglich benachrichtigen, wenn die beförderten gefährlichen Güter eine besondere Gefahr für andere bilden, insbesondere wenn gefährliches Gut bei Unfällen oder Unregelmäßigkeiten austritt oder austreten kann, und die Gefahr nicht rasch zu beseitigen ist.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Der Bundesminister für Verkehr“ durch die Wörter „Das Bundesministerium für Verkehr“ ersetzt.

b) In Absatz 6 werden die Wörter „Bundesminister für Verkehr“ durch die Wörter „Bundesministerium für Verkehr“ ersetzt.

c) Nach Absatz 6 wird folgender neuer Absatz 7 angefügt:

„(7) Hat eine nach Absatz 1 zuständige Stelle eine Ausnahme von dieser Verordnung zugelassen, darf, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, vom Zeitpunkt ihrer Zulassung bis zu ihrer Aufhebung bei grenzüberschreitenden Beförderungen der innerstaatliche Teil der Beförderung unter denselben Voraussetzungen und nach denselben Bestimmungen durchgeführt werden, wie es in der Ausnahme vorgesehen ist.“

5. § 6 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a werden die Wörter „Genehmigung (Zustimmung)“ durch die Wörter „Genehmigung oder Zustimmung“ ersetzt.

b) Nach Buchstabe b wird folgender neuer Buchstabe c eingefügt:

„c) für die Klassifizierung und Zuordnung nach Anlage Randnummer 400 Abs. 16 und für die Festsetzung der Bedingungen nach Anlage Randnummer 405 Abs. 6;“

c) Die bisherigen Buchstaben c bis m werden Buchstaben d bis n.

d) In den neuen Buchstaben g, h und m werden die Wörter „Bundesminister für Verkehr“ durch die Wörter „Bundesministerium für Verkehr“ ersetzt.

e) In dem neuen Buchstaben j werden nach der Angabe „Bemerkung 1“ folgende Wörter eingefügt:

„und für die Festlegung der Bedingungen nach Anlage Randnummer 901 Ziffer 14 Bemerkung“.

f) In dem neuen Buchstaben n werden vor der Bezeichnung „Anhang VII“ die Wörter „Randnummer 653 Abs. 2,“ eingefügt.

6. § 7 wird aufgehoben.

7. § 7a wird § 7 und wie folgt geändert:

a) Die Buchstaben a bis d werden Nummern 1 bis 4.

b) Am Ende der Nummer 4 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

„5. die zu ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung oder Verringerung von Schäden beim Freiwerden von Stoffen, die zusätzlich zu den durch Gefahrezettel angezeigten Gefahren als wasserunreinigend gelten.“

c) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Eisenbahn hat in den Beförderungsbedingungen für den Eisenbahn-Güterverkehr die Stoffe und Stoffgruppen anzugeben, für die sie ein Unfallmerkblatt vorhält.“

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird aufgehoben.

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt gefaßt:

„(2) Absatz 1 gilt auch für grenzüberschreitende Beförderungen.“

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 6, 10, 12, 13 und 14 werden aufgehoben.

bb) In Nummer 3 wird das Wort „Tarifen“ durch das Wort „Beförderungsbedingungen“ ersetzt.

cc) In Nummer 4 wird folgender neuer Buchstabe a eingefügt:

„a) die schriftlichen Weisungen nach Anlage Randnummer 15 Abs. 4,“.

Die bisherigen Buchstaben a bis c werden Buchstaben b bis d.

dd) Nummer 7 wird wie folgt gefaßt:

„7. hat bei innerstaatlichen Beförderungen

a) im Frachtbrief die Nummer des Unfallmerkblattes der Beförderungsbedingungen für den Eisenbahn-Güterverkehr anzugeben, wenn dieses Unfallmerkblatt zwar nicht für den im Frachtbrief angegebenen Stoff erstellt wurde, aber für diesen Stoff voll anwendbar ist;

b) der Eisenbahn Unfallmerkblätter nach Anlage B Randnummer 10 385 Abs. 1 der Gefahrgutverordnung Straße zur Verfügung zu stellen, wenn die Eisenbahn kein Unfallmerkblatt im Sinne des § 7 Satz 3 für das zu befördernde Gut vorhält;“.

ee) In Nummer 8 wird die Angabe „701 Abs. 4 Satz 2 und 4“ durch die Angabe „701 Abs. 4 Satz 4“ ersetzt.

ff) Die Nummern 9 und 11 werden wie folgt gefaßt:

„9. hat, wenn die gefährlichen Güter über deutsche See-, Binnen- oder Flughäfen eingeführt worden sind, den Verloader, der als erster die gefährlichen Güter zur Beförderung mit der Eisenbahn übergibt, auf das gefährliche Gut und dessen Bezeichnung (Kennzeichnungsnummer – soweit vorhanden –, Benennung, Klasse, Ziffer und gegebenenfalls Buchstabe oder Gruppe der Stoffaufzählung) hinzuweisen;“.

„11. hat dafür zu sorgen, daß

a) ungereinigte und nicht entgaste leere Kesselwagen oder ungereinigte leere Tankcontainer oder

b) ungereinigte leere Wagen, Großcontainer und Kleincontainer für Güter in loser Schüttung

nach Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 in Verbindung mit Abs. 5 Satz 1 gekennzeichnet sind und daß die in der Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 und 9 vorgeschriebenen Gefahretzel angebracht werden.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende neue Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Der Verloader

1. darf gefährliche Güter dem Beförderer nur übergeben, wenn sie nach § 3 befördert werden dürfen;

2. hat, wenn er gefährliche Güter in Wagen oder Kleincontainer verlädt, die Wagen- und Verladevorschriften der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.1 der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7, Randnummer 701 Abs. 4 Satz 2 sowie Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 11 und 12, zu beachten;

3. hat, wenn er Versandstücke verlädt, die Zusammenladeverbote der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt E der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 7, zu beachten;

4. hat abweichend von Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 an von ihm beladenen Kesselwagen und Wagen mit Gütern in loser Schüttung die in der Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebene Kennzeichnung anzubringen;

5. hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe c und d dafür zu sorgen, daß die in Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 und 9 vorgeschriebenen Gefahretzel an den von ihm beladenen Wagen angebracht werden;

6. darf Tanks nur

a) nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.2 Satz 1,

b) bei innerstaatlichen Beförderungen auch nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.2.1

mit gefährlichen Gütern befüllen;

7. hat beim Befüllen des Tanks den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.3.1

- bis 1.7.3.4 oder der Abschnitte „Betrieb“ der Sondervorschriften für die einzelnen Klassen einzuhalten;
8. hat abweichend von Anlage Anhang XI Abs. 1.7.4 Satz 3 nach dem Befüllen die Dichtigkeit der Verschlusseinrichtungen zu prüfen;
9. hat dafür zu sorgen, daß von ihm beladenen Tanks nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.6 außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften;
10. hat vor und nach dem Beladen von Flüssig-gaskesselwagen die Kontrollvorschriften nach Anlage Anhang XI Abs. 2.7.10 zu beachten.
- (1b) Der Auftraggeber des Absenders hat den Absender auf das gefährliche Gut und dessen Bezeichnung (Kennzeichnungsnummer – soweit vorhanden –, Benennung, Klasse, Ziffer und gegebenenfalls Buchstabe oder Gruppe der Stoffaufzählung) schriftlich hinzuweisen.“
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „Kesselwagen oder“ gestrichen.
- bb) Nach Nummer 1 wird folgende neue Nummer 1a eingefügt:
- „1a. hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe b die in Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 vorgeschriebenen Gefahrezettel an den von ihm beladenen Tankcontainern anzubringen;“.
- cc) In Nummer 2 Buchstabe a und b und in Nummer 3 wird jeweils die Angabe „oder XI“ gestrichen.
- dd) Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:
- „4. hat abweichend von Anlage Anhang X Abs. 1.7.5 Satz 4 nach dem Befüllen die Dichtigkeit der Verschlusseinrichtungen zu prüfen;“.
- ee) In Nummer 5 werden die Wörter „oder nach Anhang XI Abs. 1.7.6“ gestrichen und am Ende wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt.
- ff) Nummer 6 wird aufgehoben.
- d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 1 und 3 werden aufgehoben.
- bb) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:
- „2. muß die in § 4 Abs. 2 genannten Behörden unverzüglich benachrichtigen, wenn gefährliche Güter bei Unfällen oder Unregelmäßigkeiten austreten oder austreten können;“.
- cc) In den Nummern 4 und 5 wird jeweils die Angabe „§ 7a“ durch die Angabe „§ 7“ ersetzt.
- e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1 wird aufgehoben.
- bb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Tankcontainern“ die Wörter „sowie bei gereinigten Wagen, Großcontainern und Kleincontainern für Güter in loser Schüttung“ eingefügt.
- cc) In Nummer 4 wird das Wort „Wagen“ durch die Wörter „Wagen, Kesselwagen, Tankcontainer“ ersetzt.
- f) Absatz 8 Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Buchstabe a wird wie folgt gefaßt:
- „a) der Anlage Anhang X, jeweils
- aa) Abschnitt „Bau“,
- bb) Abschnitt „Ausrüstung“, ausgenommen Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.4.1a und 2.3.4.4,
- cc) Abschnitt „Prüfungen“, ausgenommen die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b, und
- dd) Abschnitt „Kennzeichnung“,“.
- bb) In Buchstabe b werden die Wörter „Bemerkung zu Abs. 1.2.1,“ gestrichen.
- g) Absatz 9 Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Buchstabe a wird wie folgt gefaßt:
- „a) der Anlage Anhang XI, jeweils
- aa) Abschnitt „Bau“,
- bb) Abschnitt „Ausrüstung“, ausgenommen Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.2.4.1 bis 2.3.2.4.4 und Abs. 2.3.4.1 Satz 2,
- cc) Abschnitt „Prüfungen“, ausgenommen die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b sowie Abs. 2.5.5 Satz 2 und 3, und
- dd) Abschnitt „Kennzeichnung“,“.
- bb) In Buchstabe b werden die Wörter „Bemerkung zu Abs. 1.2.1,“ gestrichen.
- h) Nach Absatz 10 werden folgende neue Absätze 10a, 10b und 10c eingefügt:
- „(10a) Wer als unmittelbarer Besitzer
1. gefährliche Güter in loser Schüttung in einen Container lädt oder laden läßt, hat abweichend von Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 die in der Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebene Kennzeichnung anzubringen;
2. gefährliche Güter in einen Container lädt oder laden läßt, hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe b die in der Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 vorgeschriebenen Gefahrezettel anzubringen.
- (10b) Wer als unmittelbarer Besitzer ungereinigte leere Verpackungen zur Beförderung über-

gibt oder selbst befördert, hat die Vorschriften über die Kennzeichnung nach Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt 2.F zu beachten.

(10c) Wer leere Tanks zur Beförderung übergibt oder selbst befördert, hat dafür zu sorgen, daß

1. leeren Tanks nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.7 oder nach Anhang XI Abs. 1.7.6 außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften;
2. leere Tanks nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.8 in Verbindung mit Abs. 1.7.5 Satz 1 oder nach Anhang XI Abs. 1.7.7 in Verbindung mit Abs. 1.7.4 Satz 1 ebenso verschlossen und dicht sind wie in gefülltem Zustand.“

- i) In Absatz 11 wird die Angabe „1 bis 10“ durch die Angabe „1 bis 10c“ ersetzt.

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden in Buchstabe d nach der Angabe „Nr. 4“ die Wörter „eine schriftliche Weisung,“ eingefügt.

bb) In Nummer 1 werden die Buchstaben e, h, j, k und l aufgehoben.

cc) In Nummer 1 wird Buchstabe g wie folgt gefaßt:

„g) Nr. 9 den Verlader nicht, nicht richtig oder nicht vollständig hinweist oder“.

dd) In Nummer 1 wird Buchstabe i wie folgt gefaßt:

„i) Nr. 11 nicht dafür sorgt, daß ungereinigte und nicht entgaste leere Kesselwagen, ungereinigte leere Tankcontainer oder ungereinigte leere Wagen, Großcontainer oder Kleincontainer für Güter in loser Schüttung gekennzeichnet sind und Gefahrzettel angebracht werden,“.

ee) Nach Nummer 1 werden folgende neue Nummern 1a und 1b eingefügt:

„1a. entgegen § 9 Abs. 1a

- a) Nr. 1 gefährliche Güter dem Beförderer übergibt,
- b) Nr. 2 eine Wagen- oder Verladevorschrift nicht beachtet,
- c) Nr. 3 ein Zusammenladeverbot nicht beachtet,
- d) Nr. 4 an einem beladenen Kesselwagen oder Wagen mit Gütern in loser Schüttung die vorgeschriebene Kennzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
- e) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß Gefahrzettel angebracht werden,
- f) Nr. 6 Buchstabe a einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,
- g) Nr. 7 den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nicht einhält,

h) Nr. 8 die Dichtheit nicht oder nicht rechtzeitig prüft,

i) Nr. 9 nicht dafür sorgt, daß beladenen Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften, oder

j) Nr. 10 eine Kontrollvorschrift der Anlage Anhang XI Abs. 2.7.10.1 oder 2.7.10.3 nicht beachtet,

1b. entgegen § 9 Abs. 1b den Absender nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise hinweist,“.

ff) Die Nummern 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:

„2. entgegen § 9 Abs. 2

a) Nr. 1 an einem beladenen Tankcontainer die vorgeschriebene Kennzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,

b) Nr. 1a einen Gefahrzettel nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,

c) Nr. 2 Buchstabe a einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,

d) Nr. 3 den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nicht einhält,

e) Nr. 4 die Dichtheit nicht oder nicht rechtzeitig prüft oder

f) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß beladenen Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften,

3. entgegen § 9 Abs. 3

a) Nr. 2 die Behörde nicht oder nicht rechtzeitig benachrichtigt,

b) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß sein Personal unterrichtet ist,

c) Nr. 6 ein Zusammenladeverbot nicht beachtet oder

d) Nr. 7 einen Gefahrzettel nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,“.

gg) Nummer 4 Buchstabe a wird aufgehoben.

hh) Nummer 10 wird durch die folgenden Nummern 10 bis 13 ersetzt:

„10. entgegen § 9 Abs. 10 Nr. 1 eine vollziehbare Auflage nicht beachtet,

11. entgegen § 9 Abs. 10a

a) Nr. 1 die Kennzeichnung oder

b) Nr. 2 einen Gefahrzettel

nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,

12. entgegen § 9 Abs. 10b eine Vorschrift über die Kennzeichnung nicht beachtet oder

13. entgegen § 9 Abs. 10c

- a) Nr. 1 nicht dafür sorgt, daß leeren Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften, oder
- b) Nr. 2 nicht dafür sorgt, daß leere Tanks verschlossen und dicht sind.“

b) Absatz 2 Nr. 2 und 3 wird wie folgt gefaßt:

„2. entgegen § 9 Abs. 1 Nr. 7 die Nummer des Unfallmerkblattes nicht oder nicht richtig angibt oder der Eisenbahn ein Unfallmerkblatt nicht zur Verfügung stellt,

3. entgegen § 9 Abs. 1a Nr. 6 Buchstabe b oder Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,“.

11. § 11 wird wie folgt gefaßt:

„§ 11

Übergangsvorschriften

Bis zum 31. März 1996 dürfen innerstaatliche Beförderungen gefährlicher Güter nach den Vorschriften der Gefahrgutverordnung Eisenbahn in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1991 (BGBl. I

S. 1224), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 121 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), durchgeführt werden. Bei Inanspruchnahme dieser Regelung sind die in Anlage Randnummer 325, 425, 625, 675 und 825 vorgeschriebenen Vermerke nicht erforderlich.“

12. Die Anlage wird, wie aus der Anlage zu dieser Verordnung“) ersichtlich, gefaßt.

Artikel 2

Das Bundesministerium für Verkehr kann den Wortlaut der Gefahrgutverordnung Eisenbahn in der vom 24. Dezember 1995 an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen.

Artikel 3

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

*) Die Anlage zu dieser Verordnung wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts ausgegeben. Abonnenten des Bundesgesetzblatts Teil I wird der Anlageband auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 15. Dezember 1995

Der Bundesminister für Verkehr
In Vertretung
Hans Jochen Henke

Bekanntmachung der Neufassung der Gefahrgutverordnung Eisenbahn

Vom 15. Dezember 1995

Auf Grund des Artikels 2 der 5. Eisenbahn-Gefahrgut-änderungsverordnung vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1847) wird nachstehend der Wortlaut der Gefahrgutverordnung Eisenbahn in der ab 24. Dezember 1995 geltenden Fassung bekanntgemacht. Die Neufassung berücksichtigt:

1. die Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1991 (BGBl. I S. 1224),
2. den am 1. August 1991 in Kraft getretenen § 23 der Verordnung vom 24. Juli 1991 (BGBl. I S. 1714),
3. den am 15. Mai 1993 in Kraft getretenen Artikel 1 der Verordnung vom 5. Mai 1993 (BGBl. I S. 678),
4. den am 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Artikel 6 Abs. 121 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378),
5. den am 24. Dezember 1995 in Kraft tretenden Artikel 1 der eingangs genannten Verordnung.

Die Rechtsvorschriften wurden erlassen auf Grund

- zu 2. des § 3 Abs. 1 und 2, des § 4 Abs. 1 und des § 5 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter vom 6. August 1975 (BGBl. I S. 2121), § 3 Abs. 1 geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1221), § 4 Abs. 1 geändert durch Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe a des Gesetzes vom 9. Oktober 1989 (BGBl. I S. 1830), in Verbindung mit § 1 der Verordnung zur Übertragung gefahrgutrechtlicher Ermächtigungen auf den Bundesminister für Verkehr vom 12. September 1985 (BGBl. I S. 1918) und des § 36 Abs. 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten in der

Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 (BGBl. I S. 602),

- zu 3. des § 3 Abs. 1 und 5 in Verbindung mit § 4 Abs. 1, des § 5 Abs. 2 und 3 und des § 10 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter vom 6. August 1975 (BGBl. I S. 2121), § 3 Abs. 1 geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 28. Juni 1990 (BGBl. I S. 1221), § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 2 geändert durch Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe a des Gesetzes vom 9. Oktober 1989 (BGBl. I S. 1830), in Verbindung mit § 1 der Verordnung zur Übertragung gefahrgutrechtlicher Ermächtigungen auf den Bundesminister für Verkehr vom 12. September 1985 (BGBl. I S. 1918) und des § 36 Abs. 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 (BGBl. I S. 602),
- zu 5. des § 3 Abs. 1 und 5 in Verbindung mit § 4 Abs. 1, des § 5 Abs. 2 und 3 und des § 10 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter vom 6. August 1975, (BGBl. I S. 2121), § 3 Abs. 1 geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 28. Juni 1990 (BGBl. I S. 1221), § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 2 geändert durch Artikel 8 § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1994 (BGBl. I S. 1416), in Verbindung mit Artikel 10 des Eisenbahnneuordnungsgesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378) und § 1 der Verordnung zur Übertragung gefahrgutrechtlicher Ermächtigungen auf den Bundesminister für Verkehr vom 12. September 1985 (BGBl. I S. 1918).

Bonn, den 15. Dezember 1995

Der Bundesminister für Verkehr
In Vertretung
Hans Jochen Henke

**Verordnung
über die innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderung
gefährlicher Güter mit Eisenbahnen
(Gefahrgutverordnung Eisenbahn – GGVE)**

§ 1

Grundregel

(1) Diese Verordnung regelt die Beförderung gefährlicher Güter mit Eisenbahnen.

(2) Die innerstaatliche Beförderung gefährlicher Güter unterliegt den Vorschriften, die in der Anlage zu dieser Verordnung über die ganze Seite sowie links vom mittleren Trennungsstrich abgedruckt sind.

(3) Die grenzüberschreitende Beförderung unterliegt den Regeln der Ordnung für die internationale Eisenbahnbeförderung gefährlicher Güter (RID-Regeln) – Anlage I zu Anhang B des Übereinkommens über den internationalen Eisenbahnverkehr vom 9. Mai 1980 (COTIF-Übereinkommen) (BGBl. 1985 II S. 666) –, deren amtliche Übersetzung in deutscher Sprache sich aus den in der Anlage zu dieser Verordnung über die ganze Seite sowie rechts vom mittleren Trennungsstrich abgedruckten Vorschriften ergibt. Im übrigen gelten die Vorschriften dieser Verordnung für grenzüberschreitende Beförderungen nur, soweit dies ausdrücklich bestimmt ist.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieser Verordnung

1. sind gefährliche Güter die in der Anlage Randnummer 1 Abs. 3 und 4 beschriebenen Güter,
2. sind Eisenbahnen Schienenbahnen mit Ausnahme der Straßenbahnen, der nach ihrer Bau- oder Betriebsweise diesen ähnlichen Bahnen und der sonstigen Bahnen besonderer Bauart,
3. ist Beförderer, wer das Fahrzeug für die Ortsveränderung des Gutes verwendet,
4. ist Absender, wer mit dem Beförderer einen Frachtvertrag abschließt; in Fällen, in denen der Beförderer für eigene Zwecke gefährliche Güter befördert, gilt er selbst als Absender; Absender im Sinne der Anlage Anhang X Absatz 1.7.5 Satz 3 und Anhang XI Absatz 1.7.4 Satz 3 ist der Befüller,
5. ist Verloader, wer als unmittelbarer Besitzer das Gut dem Beförderer zur Beförderung übergibt oder selbst befördert,
6. ist Befüller, wer als unmittelbarer Besitzer des gefährlichen Gutes dieses in einen Tankcontainer einbringt oder einbringen läßt.

(2) Absatz 1 gilt auch für grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 3

Zulassung zur Beförderung

(1) Gefährliche Güter dürfen mit Eisenbahnen nur befördert werden, wenn sie nach der Anlage Randnummer 1 Abs. 3 Satz 2 oder Abs. 4 zur Beförderung zugelassen und nicht nach der Anlage Randnummer 1 Abs. 3 Satz 1 oder Abs. 5, Randnummer 3 Abs. 1, 5 oder 8 von der Beförderung ausgeschlossen sind.

(2) Absatz 1 gilt auch für grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 4

Sicherheitspflichten

(1) Die an der Beförderung gefährlicher Güter Beteiligten haben die nach Art und Ausmaß der vorhersehbaren Gefahren erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um Schadensfälle zu verhindern und bei Eintritt eines Schadens dessen Umfang so gering wie möglich zu halten.

(2) Der Beförderer muß die nächsten zuständigen Behörden unverzüglich benachrichtigen, wenn die beförderten gefährlichen Güter eine besondere Gefahr für andere bilden, insbesondere wenn gefährliches Gut bei Unfällen oder Unregelmäßigkeiten austritt oder austreten kann, und die Gefahr nicht rasch zu beseitigen ist.

(3) Der Empfänger kann mit einer Anweisung nach § 75 Abs. 6 der Eisenbahn-Verkehrsordnung bestimmen, daß das Gut an einen Dritten ausgeliefert wird; in diesem Falle hat der Dritte die Pflichten des Empfängers zu erfüllen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten auch für grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 5

Ausnahmen

(1) Das Bundesministerium für Verkehr kann für den Bereich der Eisenbahnen des Bundes, die nach Landesrecht zuständigen Behörden können für den Bereich der übrigen Eisenbahnen auf Antrag für Einzelfälle oder allgemein für bestimmte Antragsteller Ausnahmen von dieser Verordnung zulassen.

(2) Ausnahmen dürfen nur zugelassen werden, wenn

1. der technische Fortschritt dies rechtfertigt, das Gut sonst von der Beförderung ausgeschlossen wäre oder die Einhaltung einer Bestimmung unzumutbar ist und
2. sichergestellt ist, daß die Sicherheitsvorkehrungen, die nach den von dem Gut ausgehenden Gefahren erforder-

derlich sind, dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen; entsprechen die Sicherheitsvorkehrungen nicht dem Stand von Wissenschaft und Technik, so muß die Zulassung der Ausnahme im Hinblick auf die verbleibenden Gefahren als vertretbar angesehen werden können.

(3) Über die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen ist bei Abweichungen von der Anlage vom Antragsteller ein Gutachten von Sachverständigen für gefährliche Güter, für Fahrzeug- und Behälterbau oder für andere mit der Beförderung gefährlicher Güter zusammenhängenden Fragen vorzulegen. In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 zweiter Halbsatz müssen in diesem Gutachten auch die verbleibenden Gefahren dargestellt werden; außerdem muß begründet werden, weshalb die Zulassung der Ausnahme im Hinblick auf die verbleibenden Gefahren als vertretbar angesehen wird. Die zuständige Stelle kann die Vorlage weiterer Gutachten auf Kosten des Antragstellers verlangen oder im Benehmen mit dem Antragsteller weitere Gutachten selbst anfordern.

(4) Werden Ausnahmen zugelassen, so sind diese schriftlich und unter dem Vorbehalt des Widerrufs für den Fall zu erteilen, daß sich die auferlegten Sicherheitsvorkehrungen als unzureichend zur Einschränkung der von der Beförderung ausgehenden Gefahren herausstellen.

(5) Für die Streitkräfte und die Vollzugspolizei des Bundes und der Länder sowie die Kampfmittelräumdienste der Länder sind Ausnahmen zuzulassen, soweit Gründe der Verteidigung, polizeiliche Aufgaben oder die Aufgaben der Kampfmittelräumung dies erfordern. Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 und 2 sind anzuwenden.

(6) Die für den Bereich der Eisenbahnen des Bundes zugelassenen Ausnahmen gelten auch für den Bereich der übrigen Eisenbahnen; die von den Ländern zugelassenen Ausnahmen gelten im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Verkehr auch für den Bereich der Eisenbahnen des Bundes, sofern das die Ausnahme erteilende Bundesland nicht etwas anderes bestimmt.

(7) Hat eine nach Absatz 1 zuständige Stelle eine Ausnahme von dieser Verordnung zugelassen, darf, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, vom Zeitpunkt ihrer Zulassung bis zu ihrer Aufhebung bei grenzüberschreitenden Beförderungen der innerstaatliche Teil der Beförderung unter denselben Voraussetzungen und nach denselben Bestimmungen durchgeführt werden, wie es in der Ausnahme vorgesehen ist.

§ 6

Zuständigkeiten

(1) Für die Durchführung dieser Verordnung sind zuständig,

1. soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, im Bereich der Eisenbahnen des Bundes das Eisenbahn-Bundesamt, im Bereich der übrigen Eisenbahnen die nach Landesrecht zuständige Behörde;
2. das Eisenbahn-Bundesamt
 - a) als zuständige Behörde im Sinne der Anlage Anhang XI,
 - b) für die Baumusterzulassung und -prüfung von Kesselwagen nach Anlage Anhang XI Absatz 1.4.1;

3. die Bundesanstalt für Materialforschung und -prüfung
 - a) für die Zuordnung und Genehmigung oder Zustimmung bestimmter explosiver Stoffe und Gegenstände mit Explosivstoff nach Anlage Randnummer 100 Abs. 3 und Anhang I Randnummer 1101 Abs. 3 und 5 und die Festlegung der Verpackung nach Randnummer 103 Abs. 5 Methoden E 102, E 103, E 138, E 146 und E 149, soweit es sich nicht um den militärischen Bereich handelt;
 - b) für die Entscheidung über das Zusammenpacken von Gegenständen der Klasse 1 Verträglichkeitsgruppe D oder E mit ihren eigenen Zündmitteln nach Anlage Randnummer 104 Abs. 6, soweit es sich nicht um den militärischen Bereich handelt;
 - c) für die Klassifizierung und Zuordnung nach Anlage Randnummer 400 Abs. 16 und für die Festsetzung der Bedingungen nach Anlage Randnummer 405 Abs. 6;
 - d) für die Klassifizierung und Zuordnung organischer Peroxide nach Anlage Randnummer 550 Abs. 8;
 - e) für die Zulassung organischer Peroxide zur Beförderung in Großpackmitteln (IBC) nach Anlage Randnummer 555 Abs. 1;
 - f) für die Prüfung und Zulassung radioaktiver Stoffe in besonderer Form;
 - g) für die Prüfung der Muster von zulassungspflichtigen Versandstücken für radioaktive Stoffe gemäß der vom Bundesministerium für Verkehr bekanntgegebenen Richtlinien, die sich auf diese Vorschriften beziehen;
 - h) für die Überwachung qualitätssichernder Maßnahmen bei der Fertigung prüfpflichtiger Versandstücke für radioaktive Stoffe nach den vom Bundesministerium für Verkehr im Verkehrsblatt bekanntgegebenen Technischen Richtlinien für die Überwachung der Fertigung von Verpackungen zur Beförderung gefährlicher Güter, die sich auf diese Vorschriften beziehen;
 - i) für die Überwachung der Fertigung zulassungspflichtiger Versandstücke für radioaktive Stoffe sowie deren erstmalige und wiederkehrende Prüfung;
 - j) für die Genehmigung höherer Lithiummengen nach Anlage Randnummer 901 Ziffer 5 Bemerkung 1 und für die Festlegung der Bedingungen nach Anlage Randnummer 901 Ziffer 14 Bemerkung;
 - k) für die Zulassung des Prüfverfahrens nach Anlage Anhang II Randnummer 1200 Abs. 2;
 - l) für die Genehmigung neuer Legierungen nach Anlage Anhang II Randnummer 1201 Abs. 2, 3 und 4;
 - m) als zuständige Behörde nach Anlage Anhänge V und VI; sie kann die Bauartprüfung von Herstellern oder Verwendern einer Verpackung oder von sonstigen Prüfstellen anerkennen; das Verfahren richtet sich nach den vom Bundesministerium für Verkehr im Verkehrsblatt bekanntgegebenen Richtlinien über die Bauartprüfung, die Erteilung der Kennzeichnung und die Zulassung von Verpackungen für die Beförderung gefährlicher Güter, die sich auf diese Vorschriften beziehen;

- n) als zuständige Behörde nach Randnummer 653 Abs. 2, Anhang VII Randnummer 1771 Abs. 5 Satz 1 und nach Anlage Anhang X;
4. das Bundesamt für Strahlenschutz für die Genehmigung der Beförderung von radioaktiven Stoffen und für die Zulassung der Muster von Versandstücken für radioaktive Stoffe;
5. das Bundesinstitut für chemisch-technische Untersuchungen beim Bundesamt für Wehrtechnik und Beschaffung (BICT) für den militärischen Bereich für
- a) die Zuordnung und Genehmigung (Zustimmung) bestimmter explosiver Stoffe und Gegenstände mit Explosivstoff nach Anlage Randnummer 100 Abs. 3 und Anhang I Randnummer 1101 Abs. 3 und 5 und die Festlegung der Verpackung nach Randnummer 103 Abs. 5 Methoden E 102, E 103, E 138, E 146 und E 149,
- b) die Entscheidung über das Zusammenpacken von Gegenständen der Klasse 1 Verträglichkeitsgruppe D oder E mit ihren eigenen Zündmitteln nach Anlage Randnummer 104 Abs. 6;
6. die amtlichen oder amtlich für Prüfungen von Anlagen nach § 2 Abs. 2a Nr. 2 oder 9 des Gerätesicherheitsgesetzes anerkannten Sachverständigen nach § 14 Abs. 1 des Gerätesicherheitsgesetzes für die Baumusterprüfung von Tankcontainern nach Anlage Anhang X Absatz 1.4 und, im Auftrag der für die Zulassung des Baumusters zuständigen Behörde, von Kesselwagen nach Anlage Anhang XI Absatz 1.4.1;
7. die amtlichen oder amtlich für Prüfungen von Anlagen nach § 2 Abs. 2a Nr. 2 oder 9 des Gerätesicherheitsgesetzes anerkannten Sachverständigen nach § 14 Abs. 1 des Gerätesicherheitsgesetzes sowie die nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der Druckbehälterverordnung oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 der Verordnung über brennbare Flüssigkeiten für die Prüfung dieser Anlagen amtlich anerkannten Sachverständigen für
- a) die Zustimmung zur anderweitigen Verwendung der Gefäße nach Anlage Randnummer 202 Abs. 4;
- b) die Zustimmung nach Anlage Randnummer 211 Abs. 2 Buchstabe b und Abs. 4;
- c) die erstmaligen und wiederkehrenden Prüfungen von Gefäßen nach Anlage Randnummer 215;
- d) die Festsetzung der höchstzulässigen Masse der Füllung nach Anlage Randnummer 220 Abs. 4;
- e) Prüfungen der Tanks nach Anlage Anhang X und XI, jeweils Abschnitt 1.5;
8. die vom Eisenbahn-Bundesamt anerkannten Sachverständigen nach Anlage Anhang XI Absatz 1.5.5 der RID-Regeln für Prüfungen der Tanks nach Anlage Anhang XI Abschnitt 1.5;
9. die von der Bundesanstalt für Materialforschung und -prüfung gemäß § 19 Nr. 3 der Gefahrgutverordnung See vom 24. Juli 1991 (BGBl. I S. 1714) anerkannten Sachverständigen für Prüfungen nach Anlage Anhang X Abschnitt 1.5 und 2.5 von Tankcontainern, die auch für die Beförderung gefährlicher Güter mit Seeschiffen bestimmt sind;
10. die sachkundige Person für die Prüfung und Bescheinigung der Entgasung des Tanks nach Anlage Anhang X oder XI, jeweils Abs. 2.7.3 Satz 3 in der für innerstaatliche Beförderungen geltenden Fassung.

(2) Absatz 1 Nr. 1 bis 9 gilt auch für grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 7

Schriftliche Weisungen (Unfallmerkblätter)

Für das Verhalten bei Unfällen und Unregelmäßigkeiten sind von der Eisenbahn für häufig beförderte gefährliche Güter schriftliche Weisungen (Unfallmerkblätter) vorzuhalten, die in knapper Form mindestens angeben:

1. die Art der Gefahr, die die gefährlichen Güter in sich bergen, sowie die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen, um ihr zu begegnen;
2. die zu ergreifenden Maßnahmen und Hilfeleistungen, falls Personen mit den beförderten Gütern oder entweichenden Stoffen in Berührung kommen;
3. die im Brandfall zu ergreifenden Maßnahmen, insbesondere die Mittel oder Ausrüstungen, die zur Feuerbekämpfung nicht verwendet werden dürfen;
4. die bei Bruch oder sonstiger Beschädigung der Verpackungen oder der beförderten gefährlichen Güter zu ergreifenden Maßnahmen, insbesondere wenn sich diese Güter auf dem Erdboden ausgebreitet haben;
5. die zu ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung oder Verringerung von Schäden beim Freiwerden von Stoffen, die zusätzlich zu den durch Gefahrzettel angezeigten Gefahren als wasserverunreinigend gelten.

Werden gefährliche Güter im Stückgutverkehr befördert, genügt es, wenn für das gefährliche Gut oder für verschiedene gefährliche Güter ein gemeinsames Unfallmerkblatt für eine oder mehrere Klassen vorgehalten wird. Die Eisenbahn hat in den Beförderungsbedingungen für den Eisenbahn-Güterverkehr die Stoffe und Stoffgruppen anzugeben, für die sie ein Unfallmerkblatt vorhält.

§ 8

Überwachung

(1) Die Beförderung gefährlicher Güter mit Eisenbahnen unterliegt der Überwachung durch die in § 6 bestimmten zuständigen Behörden.

(2) Absatz 1 gilt auch für grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 9

Verantwortlichkeiten

(1) Der Absender

1. darf, ausgenommen im kombinierten Ladungsverkehr, gefährliche Güter nur befördern lassen, wenn sie nach § 3 befördert werden dürfen;
2. hat bei Beförderungen im kombinierten Ladungsverkehr anhand der Beförderungspapiere zu prüfen, ob die gefährlichen Güter nach § 3 befördert werden dürfen;
3. hat jeder Sendung mit gefährlichen Gütern den von der Eisenbahn in den Beförderungsbedingungen vorgeschriebenen Frachtbrief beizugeben, der die nach der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt C oder F der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 10, erforderlichen Angaben enthalten muß;

4. hat dem Frachtbrief
 - a) die schriftlichen Weisungen nach Anlage Randnummer 15 Abs. 4,
 - b) eine Kopie einer erteilten Genehmigung nach Anlage Randnummer 115 Abs. 5 in Verbindung mit Randnummer 100 Abs. 3 Satz 3,
 - c) eine Kopie einer erteilten Entscheidung nach Anlage Randnummer 561 Abs. 2,
 - d) bei Stoffen der Klasse 7 schriftliche Hinweise nach Anlage Randnummer 710 Abs. 1 Satz 2 Buchstabe a und b
 beizufügen;
5. hat bei innerstaatlichen Beförderungen die in einer Ausnahmezulassung nach § 5 dieser Verordnung oder einer Ausnahmeverordnung nach § 6 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter vorgeschriebenen Angaben in den Frachtbrief einzutragen, soweit die Beförderung auf Grund dieser Vorschriften erfolgt;
6. (weggefallen)
7. hat bei innerstaatlichen Beförderungen
 - a) im Frachtbrief die Nummer des Unfallmerkblattes der Beförderungsbedingungen für den Eisenbahn-Güterverkehr anzugeben, wenn dieses Unfallmerkblatt zwar nicht für den im Frachtbrief angegebenen Stoff erstellt wurde, aber für diesen Stoff voll anwendbar ist;
 - b) der Eisenbahn Unfallmerkblätter nach Anlage B Randnummer 10 385 Abs. 1 der Gefahrgutverordnung Straße zur Verfügung zu stellen, wenn die Eisenbahn kein Unfallmerkblatt im Sinne des § 7 Satz 3 für das zu befördernde Gut vorhält;
8. hat die Vorschriften über die Versandart und die Abfertigungsbeschränkungen der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt B der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 701 Abs. 4 Satz 4 zu beachten;
9. hat, wenn die gefährlichen Güter über deutsche See-, Binnen- oder Flughäfen eingeführt worden sind, den Verloader, der als erster die gefährlichen Güter zur Beförderung mit der Eisenbahn übergibt, auf das gefährliche Gut und dessen Bezeichnung (Kennzeichnungsnummer – soweit vorhanden –, Benennung, Klasse, Ziffer und gegebenenfalls Buchstabe oder Gruppe der Stoffaufzählung) hinzuweisen;
10. (weggefallen)
11. hat dafür zu sorgen, daß
 - a) ungereinigte und nicht entgaste leere Kesselwagen oder ungereinigte leere Tankcontainer oder
 - b) ungereinigte leere Wagen, Großcontainer und Kleincontainer für Güter in loser Schüttung
 nach Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 in Verbindung mit Abs. 5 Satz 1 gekennzeichnet sind und daß die in der Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 und 9 vorgeschriebenen Gefahrzettel angebracht werden.

(1a) Der Verloader

 1. darf gefährliche Güter dem Beförderer nur übergeben, wenn sie nach § 3 befördert werden dürfen;
2. hat, wenn er gefährliche Güter in Wagen oder Kleincontainer verlädt, die Wagen- und Verladevorschriften der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.1 der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 701 Abs. 4 Satz 2 sowie Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 11 und 12, zu beachten;
3. hat, wenn er Versandstücke verlädt, die Zusammenladeverbote der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt E der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 7, zu beachten;
4. hat abweichend von Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 an von ihm beladenen Kesselwagen und Wagen mit Gütern in loser Schüttung die in der Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebene Kennzeichnung anzubringen;
5. hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe c und d dafür zu sorgen, daß die in Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 und 9 vorgeschriebenen Gefahrzettel an den von ihm beladenen Wagen angebracht werden;
6. darf Tanks nur
 - a) nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.2 Satz 1,
 - b) bei innerstaatlichen Beförderungen auch nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.2.1
 mit gefährlichen Gütern befüllen;
7. hat beim Befüllen des Tanks den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.3.1 bis 1.7.3.4 oder der Abschnitte „Betrieb“ der Sondervorschriften für die einzelnen Klassen einzuhalten;
8. hat abweichend von Anlage Anhang XI Abs. 1.7.4 Satz 3 nach dem Befüllen die Dichtheit der Verschlusseinrichtungen zu prüfen;
9. hat dafür zu sorgen, daß von ihm beladene Tanks nach Anlage Anhang XI Abs. 1.7.6 außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften;
10. hat vor und nach dem Beladen von Flüssiggaskesselwagen die Kontrollvorschriften nach Anlage Anhang XI Abs. 2.7.10 zu beachten.

(1b) Der Auftraggeber des Absenders hat den Absender auf das gefährliche Gut und dessen Bezeichnung (Kennzeichnungsnummer – soweit vorhanden –, Benennung, Klasse, Ziffer und gegebenenfalls Buchstabe oder Gruppe der Stoffaufzählung) schriftlich hinzuweisen.

(2) Der Befüller

 1. hat abweichend von Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 an beladenen Tankcontainern die in der Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebene Kennzeichnung anzubringen;
- 1a. hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe b die in Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 vorgeschriebenen Gefahrzettel an den von ihm beladenen Tankcontainern anzubringen;

2. darf Tanks nur
 - a) nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.2 Satz 1,
 - b) bei innerstaatlichen Beförderungen auch nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.2.1 mit gefährlichen Gütern befüllen;
3. hat den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.3.1 bis 1.7.3.4 oder der Abschnitte „Betrieb“ der Sondervorschriften für die einzelnen Klassen einzuhalten;
4. hat abweichend von Anlage Anhang X Abs. 1.7.5 Satz 4 nach dem Befüllen die Dichtheit der Verschlusseinrichtungen zu prüfen;
5. hat dafür zu sorgen, daß beladenen Tanks nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.7 außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften.

(3) Der Beförderer

1. (weggefallen)
2. muß die in § 4 Abs. 2 genannten Behörden unverzüglich benachrichtigen, wenn gefährliche Güter bei Unfällen oder Unregelmäßigkeiten austreten oder austreten können;
3. (weggefallen)
4. hat für häufig beförderte gefährliche Güter Unfallmerblätter nach § 7 vorzuhalten;
5. hat dafür zu sorgen, daß sein mit der Beförderung gefährlicher Güter befaßtes Personal über die Maßnahmen unterrichtet ist, die es nach den Unfallmerblättern (§ 7 Satz 1) bei Unfällen und Unregelmäßigkeiten zu treffen hat;
6. hat, wenn er Versandstücke verlädt, die Zusammenladeverbote der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt E der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 7, zu beachten;
7. hat nach Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 3 an Wagen die in der Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 9 vorgeschriebenen Gefahrzettel anzubringen.

(4) Der Empfänger einer Sendung mit gefährlichen Gütern oder ein Dritter auf Grund einer Empfängeranweisung nach § 4 Abs. 3

1. (weggefallen)
2. hat einen Wagen gründlich zu reinigen und zu entgiften, wenn die in der Anlage Randnummer 324, 424, 454, 494, 524, 624 und 924, jeweils Satz 1, genannten gefährlichen Stoffe nach außen gelangt sind und in einem Wagen verschüttet wurden;
3. hat dafür zu sorgen, daß bei gereinigten und entgasten Kesselwagen und Tankcontainern sowie bei gereinigten Wagen, Großcontainern und Kleincontainern für Güter in loser Schüttung nach Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 5 Satz 2 die orangefarbenen - Kennzeichnungen nicht mehr sichtbar sind;
4. hat nach Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 5 nach der Entladung und gegebenenfalls nach der Reinigung der Wagen, Kesselwagen, Tankcontainer oder Container die Gefahrzettel zu entfernen oder abzudecken.

(5) Der Reisende darf gefährliche Güter nach der Anlage Randnummer 2 Abs. 4 als Reisegepäck nicht zur Beförderung aufgeben, sofern die Eisenbahn im Tarif keine Ausnahmen zuläßt.

(6) Wer eigenverantwortlich Versandstücke zum Zwecke der Beförderung gefährlicher Güter verpackt oder verpacken läßt, hat die Vorschriften über

1. die Verpackung nach der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt A.1 und 2 der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 2,
2. das Zusammenpacken nach der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt A.3 der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 6,
3. die Kennzeichnung nach der Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt A.4 der Beförderungsvorschriften, sowie der Klasse 7 Randnummer 704 Blatt 1 bis 13, jeweils Nummer 8,

zu beachten.

(7) Der Hersteller darf an serienmäßig hergestellten

1. Verpackungen die Kennzeichnung nach Anlage Anhang V Randnummer 1512 Abs. 1 oder
2. Großpackmitteln (IBC) die Kennzeichnung nach Anlage Anhang VI Randnummer 1612 Abs. 1

nur anbringen, wenn diese der zugelassenen Bauart entsprechen und die in der Zulassung genannten Bedingungen erfüllt sind.

(8) Der Eigentümer eines Tankcontainers

1. hat die Vorschriften
 - a) der Anlage Anhang X, jeweils
 - aa) Abschnitt „Bau“,
 - bb) Abschnitt „Ausrüstung“, ausgenommen Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.4.1a und 2.3.4.4,
 - cc) Abschnitt „Prüfungen“, ausgenommen die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b, und
 - dd) Abschnitt „Kennzeichnung“,
 - b) für innerstaatliche Beförderungen auch der Anlage Anhang X Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.4.1a und 2.3.4.4 sowie die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b

zu beachten;

2. hat in den Fällen der Anlage Anhang X Abs. 1.5.4 eine außerordentliche Prüfung durchführen zu lassen, wenn die Sicherheit des Tanks oder seiner Ausrüstung beeinträchtigt ist;
3. darf nur Tankcontainer verwenden, deren Dicke der Tankwände der Anlage Anhang X Abs. 1.7.1 Satz 3 in Verbindung mit Abs. 1.2.8.2 bis 1.2.8.5 entspricht.

(9) Der Einsteller eines Kesselwagens

1. hat die Vorschriften
 - a) der Anlage Anhang XI, jeweils
 - aa) Abschnitt „Bau“,

bb) Abschnitt „Ausrüstung“, ausgenommen Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.2.4.1 bis 2.3.2.4.4 und Abs. 2.3.4.1 Satz 2,

cc) Abschnitt „Prüfungen“, ausgenommen die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b sowie Abs. 2.5.5 Satz 2 und 3, und

dd) Abschnitt „Kennzeichnung“,

b) für innerstaatliche Beförderungen auch der Anlage Anhang XI Abs. 1.3.9 bis 1.3.13, Abs. 2.3.1 Satz 2 und 3, Abs. 2.3.2.4.1 bis 2.3.2.4.4 und Abs. 2.3.4.1 Satz 2, die nur für innerstaatliche Beförderungen geltenden Vorschriften des Abs. 2.5.2.2 Buchstabe b und Abs. 2.5.2.3 Buchstabe b sowie Abs. 2.5.5 Satz 2 und 3

zu beachten;

2. hat in den Fällen der Anlage Anhang XI Abs. 1.5.4 eine außerordentliche Prüfung durchführen zu lassen, wenn die Sicherheit des Tanks oder seiner Ausrüstung beeinträchtigt ist;
3. darf nur Kesselwagen verwenden, deren Dicke der Tankwände der Anlage Anhang XI Abs. 1.7.1 in Verbindung mit Abs. 1.2.8.2 und 1.2.8.3 entspricht.

(10) Der Betroffene hat die im Rahmen

1. einer Baumusterzulassung nach Anlage Anhang X Abs. 1.4 Satz 1 oder Anhang XI Abs. 1.4.1 Satz 1 oder
2. einer Ausnahmezulassung nach § 5 für innerstaatliche Beförderungen

erteilten vollziehbaren Auflagen zu beachten.

(10a) Wer als unmittelbarer Besitzer

1. gefährliche Güter in loser Schüttung in einen Container lädt oder laden läßt, hat abweichend von Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 die in der Anlage Anhang VIII Randnummer 1800 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebene Kennzeichnung anzubringen;
2. gefährliche Güter in einen Container lädt oder laden läßt, hat abweichend von Anlage Anhang IX Randnummer 1901 Abs. 2 Buchstabe b die in der Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt D.2 der Beförderungsvorschriften, sowie Klasse 7 Randnummer 703 Nummer 8 vorgeschriebenen Gefahrzettel anzubringen.

(10b) Wer als unmittelbarer Besitzer ungereinigte leere Verpackungen zur Beförderung übergibt oder selbst befördert, hat die Vorschriften über die Kennzeichnung nach Anlage Klasse 1 bis 6.2, 8 und 9, jeweils Abschnitt 2.F zu beachten.

(10c) Wer leere Tanks zur Beförderung übergibt oder selbst befördert, hat dafür zu sorgen, daß

1. leeren Tanks nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.7 oder nach Anhang XI Abs. 1.7.6 außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften;
2. leere Tanks nach Anlage Anhang X Abs. 1.7.8 in Verbindung mit Abs. 1.7.5 Satz 1 oder nach Anhang XI Abs. 1.7.7 in Verbindung mit Abs. 1.7.4 Satz 1 ebenso verschlossen und dicht sind wie in gefülltem Zustand.

(11) Soweit in den Absätzen 1 bis 10c nichts anderes bestimmt ist, gelten diese für innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderungen.

§ 10

Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter handelt, wer bei innerstaatlichen oder grenzüberschreitenden Beförderungen (§ 9 Abs. 16) vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 9 Abs. 1

- a) Nr. 1 gefährliche Güter befördern läßt,
- b) Nr. 2 nicht prüft, ob die gefährlichen Güter befördert werden dürfen,
- c) Nr. 3 einen Frachtbrief mit den erforderlichen Angaben nicht beigt,
- d) Nr. 4 eine schriftliche Weisung, eine Kopie der Genehmigung oder Entscheidung oder einen schriftlichen Hinweis dem Frachtbrief nicht beifügt,
- e) (weggefallen)
- f) Nr. 8 eine Vorschrift über Versandart oder Abfertigungsbeschränkungen nicht beachtet,
- g) Nr. 9 den Verloader nicht, nicht richtig oder nicht vollständig hinweist oder
- h) (weggefallen)
- i) Nr. 11 nicht dafür sorgt, daß ungereinigte und nicht entgaste leere Kesselwagen, ungereinigte leere Tankcontainer oder ungereinigte leere Wagen, Großcontainer oder Kleincontainer für Güter in loser Schüttung gekennzeichnet sind und Gefahrzettel angebracht werden,

1a. entgegen § 9 Abs. 1a

- a) Nr. 1 gefährliche Güter dem Beförderer übergibt,
- b) Nr. 2 eine Wagen- oder Verladevorschrift nicht beachtet,
- c) Nr. 3 ein Zusammenladeverbot nicht beachtet,
- d) Nr. 4 an einem beladenen Kesselwagen oder Wagen mit Gütern in loser Schüttung die vorgeschriebene Kennzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
- e) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß Gefahrzettel angebracht werden,
- f) Nr. 6 Buchstabe a einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,
- g) Nr. 7 den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nicht einhält,
- h) Nr. 8 die Dichtheit nicht oder nicht rechtzeitig prüft,
- i) Nr. 9 nicht dafür sorgt, daß beladenen Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften, oder
- j) Nr. 10 eine Kontrollvorschrift der Anlage Anhang XI Abs. 2.7.10.1 oder 2.7.10.3 nicht beachtet,

- 1b. entgegen § 9 Abs. 1b den Absender nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise hinweist,
2. entgegen § 9 Abs. 2
- a) Nr. 1 an einem beladenen Tankcontainer die vorgeschriebene Kennzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
- b) Nr. 1a einen Gefahrzettel nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
- c) Nr. 2 Buchstabe a einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,
- d) Nr. 3 den höchstzulässigen Füllungsgrad oder die höchstzulässige Masse der Füllung je Liter Fassungsraum nicht einhält,
- e) Nr. 4 die Dichtheit nicht oder nicht rechtzeitig prüft oder
- f) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß beladenen Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften,
3. entgegen § 9 Abs. 3
- a) Nr. 2 die Behörde nicht oder nicht rechtzeitig benachrichtigt,
- b) Nr. 5 nicht dafür sorgt, daß sein Personal unterrichtet ist,
- c) Nr. 6 ein Zusammenladeverbot nicht beachtet oder
- d) Nr. 7 einen Gefahrzettel nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
4. entgegen § 9 Abs. 4
- a) (weggefallen)
- b) Nr. 1 einen Wagen nicht reinigt oder entgiftet,
- c) Nr. 2 nicht dafür sorgt, daß die Kennzeichnungen nicht mehr sichtbar sind, oder
- d) Nr. 3 Gefahrzettel nicht entfernt oder abdeckt,
5. entgegen § 9 Abs. 5 gefährliche Güter als Reisegepäck aufgibt,
6. entgegen § 9 Abs. 6 eine Vorschrift über die Verpackung, das Zusammenpacken oder die Kennzeichnung nicht beachtet,
7. entgegen § 9 Abs. 9 die Kennzeichnung anbringt,
8. entgegen § 9 Abs. 10
- a) Nr. 1 Buchstabe a eine Vorschrift über Bau, Ausrüstung, Prüfung oder Kennzeichnung der Tankcontainer nicht beachtet,
- b) Nr. 2 eine außerordentliche Prüfung nicht durchführen läßt oder
- c) Nr. 3 einen Tankcontainer mit ungenügender Dicke der Tankwände verwendet,
9. entgegen § 9 Abs. 11
- a) Nr. 1 Buchstabe a eine Vorschrift über Bau, Ausrüstung, Prüfung oder Kennzeichnung der Kesselwagen nicht beachtet,
- b) Nr. 2 eine außerordentliche Prüfung nicht durchführen läßt oder
- c) Nr. 3 einen Kesselwagen mit ungenügender Dicke der Tankwände verwendet,
10. entgegen § 9 Abs. 10 Nr. 1 eine vollziehbare Auflage nicht beachtet,
11. entgegen § 9 Abs. 10a
- a) Nr. 1 die Kennzeichnung oder
- b) Nr. 2 einen Gefahrzettel nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise anbringt,
12. entgegen § 9 Abs. 10b eine Vorschrift über die Kennzeichnung nicht beachtet oder
13. entgegen § 9 Abs. 10c
- a) Nr. 1 nicht dafür sorgt, daß leeren Tanks außen keine gefährlichen Reste des Füllgutes anhaften, oder
- b) Nr. 2 nicht dafür sorgt, daß leere Tanks verschlossen und dicht sind.
- (2) Ordnungswidrig im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Beförderung gefährlicher Güter handelt, wer bei innerstaatlichen Beförderungen vorsätzlich oder fahrlässig
1. entgegen § 9 Abs. 1 Nr. 5 eine Angabe in den Frachtbrief nicht einträgt,
2. entgegen § 9 Abs. 1 Nr. 7 die Nummer des Unfallmerkblattes nicht oder nicht richtig angibt oder der Eisenbahn ein Unfallmerkblatt nicht zur Verfügung stellt,
3. entgegen § 9 Abs. 1a Nr. 6 Buchstabe b oder Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b einen Tank mit gefährlichen Gütern befüllt,
4. entgegen § 9 Abs. 10 Nr. 1 Buchstabe b eine Vorschrift über Bau, Ausrüstung oder Prüfung der Tankcontainer nicht beachtet,
5. entgegen § 9 Abs. 11 Nr. 1 Buchstabe b eine Vorschrift über Bau, Ausrüstung oder Prüfung der Kesselwagen nicht beachtet oder
6. entgegen § 9 Abs. 12 Nr. 2 eine vollziehbare Auflage nicht beachtet.
- (3) Die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten wird im Bereich der Eisenbahnen des Bundes dem Eisenbahn-Bundesamt übertragen.

§ 11

Übergangsvorschriften

Bis zum 31. März 1996 dürfen innerstaatliche Beförderungen gefährlicher Güter nach den Vorschriften der Gefahrgutverordnung Eisenbahn in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1991 (BGBl. I S. 1224), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 121 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), durchgeführt werden. Bei Inanspruchnahme dieser Regelung sind die in Anlage Randnummer 325, 425, 625, 675 und 825 vorgeschriebenen Vermerke nicht erforderlich.

§ 12

Anwendung anderer Vorschriften

Andere Rechtsvorschriften über die Beförderung gefährlicher Güter mit der Eisenbahn bleiben unberührt.

§ 13

Vorschriften zur Anlage

(1) Anstelle der in der Anlage in den Vorschriften über die Angaben im Frachtbrief der einzelnen Klassen angegebenen Abkürzung „RID“ ist bei innerstaatlichen Beförderungen die Abkürzung „GGVE“ zu verwenden.

(2) Für Beförderungen von Gütern der Klasse 1 dürfen auch Verpackungen, ausgenommen Großpackmittel (IBC), und für die Beförderung von Gütern der Klassen 3, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 8 und 9 dürfen auch Verpackungen einschließlich Großpackmittel (IBC) verwendet werden, die nach einem nach den Vorschriften des Anhangs A.5 oder A.6 der Gefahrgutverordnung Straße vom 22. Juli 1985 (BGBl. I S. 1550) oder des § 5 Abs. 1 der Gefahrgutverordnung See vom 24. Juli 1991 (BGBl. I S. 1714) in der jeweils geltenden Fassung geprüften und zugelassenen Baumuster hergestellt und mit der vorgeschriebenen Kennzeichnung versehen sind.

(3) Die auf Grund einer Bauartzulassung der zuständigen Behörde

- a) eines COTIF-Mitgliedstaates nach den RID-Regeln Anlage Randnummern 1550 Abs. 1 und 1601 Abs. 1 und 2 hergestellten Verpackungen, die Anlage Anhang V, und Großpackmitteln (IBC), die Anlage Anhang VI entsprechen, oder
- b) eines ADR-Vertragsstaates nach dem ADR-Übereinkommen Anlage A Randnummern 3550 Abs. 1 und 3601 Abs. 2 hergestellten Verpackungen, die Anlage A Anhang A.5, und Großpackmittel (IBC), die Anlage A Anhang A.6 entsprechen,

dürfen auch für innerstaatliche Beförderungen nach dieser Verordnung verwendet werden, wenn die Verpackungsart nach den Vorschriften der Anlage für das betreffende Gut zugelassen ist.

(4) Die von der zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates des COTIF oder einer von ihr beauftragten Stelle erteilte Baumusterzulassung für Kesselwagen nach Anlage Anhang XI Absatz 1.4.1 gilt auch für innerstaatliche Beförderungen, sofern die auf das Baumuster anzuwendenden Bau- und Ausrüstungsvorschriften für innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderungen nicht voneinander abweichen. Bei Kesselwagen, die solchen Baumustern entsprechen, dürfen die Prüfungen nach Anlage Anhang XI Abschnitt 1.5 von Sachverständigen, die von der zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates des COTIF nach Anlage Anhang XI Absatz 1.5.5 anerkannt sind, durchgeführt werden.

(5) Die von der zuständigen Behörde

- a) eines COTIF-Mitgliedstaates nach den RID-Regeln Anlage Anhang X Absatz 1.4 oder
 - b) eines ADR-Vertragsstaates nach dem ADR-Übereinkommen Anlage B Randnummer 212 140
- erteilte Baumusterzulassung für Tankcontainer gilt auch für innerstaatliche Beförderungen, sofern die auf das Baumuster anzuwendenden Bau- und Ausrüstungsvorschriften für innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderungen nicht voneinander abweichen.

§ 14

(Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Anlage*)

*) Die Anlage zu dieser Verordnung wird als Anlage zur 5. Eisenbahn-Gefahrgutänderungsverordnung im Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts veröffentlicht. Abonnenten des Bundesgesetzblatts Teil I wird der Anlageband auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt.

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Vom 18. Dezember 1995

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

(1) Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818, 1590), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 2

Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst

erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,

2. Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie

3. Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,

wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muß Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.“

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „sich“ die Worte „, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist,“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „elf“ durch die Zahl „11,4“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „A, E, M, O und Q“ durch die Worte „A, E und O“ ersetzt.

c) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.“

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.“

4. § 6a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Gebühren“ die Worte „einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Worte „und Zuschläge“ eingefügt.

c) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.“

5. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8

Wegegeld

(1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

- | | |
|--|--|
| 1. bis zu zwei Kilometern
bei Nacht
(zwischen 20 und 8 Uhr) | 7,- Deutsche Mark,
14,- Deutsche Mark, |
| 2. mehr als zwei Kilometern
bis zu fünf Kilometern
bei Nacht | 13,- Deutsche Mark,
20,- Deutsche Mark, |

3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern bei Nacht	20,- Deutsche Mark, 30,- Deutsche Mark,
--	--

4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern bei Nacht	30,- Deutsche Mark, 50,- Deutsche Mark.
--	--

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

(3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.“

6. In § 9 Abs. 3 werden nach der Zahl „2“ die Worte „und 3“ eingefügt.

7. § 10 wird wie folgt gefaßt:

„§ 10

Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalnadeln, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungs-

materials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.“

8. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Leistung“ die Worte „einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer“ eingefügt.

bb) In Nummer 3 werden die Worte „und teilstationäre“ durch die Worte „, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird.“

bb) Nach Satz 2 wird eingefügt:

„Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.“

(2) Das Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte – (Anlageband zum Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 26 vom 23. Juni 1988) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt A wird wie folgt gefaßt:

„A. Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nummern 2 und 56 in Abschnitt B, Nummern 250, 250a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nummern 602, 605 bis 617, 620 bis 624, 635 bis 647, 650, 651, 653, 654, 657 bis 661, 665 bis 666, 725; 726, 759 bis 761 in Abschnitt F, Nummern 855 bis 857 in Abschnitt G, Nummern 1001 und 1002 in Abschnitt H, Nummern 1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270 in Abschnitt I, Nummern 1401, 1403 bis 1406, 1558 bis 1560 in Abschnitt J, Nummern 4850 bis 4873 in Abschnitt N.“

2. Abschnitt B wird wie folgt gefaßt:

„B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

1	Beratung – auch mittels Fernsprecher –	80	9,12
2	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes	30	3,42
	<i>Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i>		
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –	150	17,10
	<i>Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</i>		
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken –	220	25,08
	<i>Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>		
5	Symptombezogene Untersuchung	80	9,12
	<i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –	100	11,40
	<i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:</i>		
	– bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;		
	– bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;		
	– bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;		
	– bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;		
	– bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.		
	<i>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –	160	18,24
	<i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:</i>		
	– bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;		

- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;
- bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;
- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;
- bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.

Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	260	29,64
	<i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>		
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	6,84
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>		

II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	7,98
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>		
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	20,52
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	320	36,48
	<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>		
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	220	25,08
	<i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
	<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.</i>		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>		
K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,68

III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	120	13,68
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>	360	41,04
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft – auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch –	300	34,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach Nummer 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins – einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung –	300	34,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i>		
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf – einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken –	200	22,80
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>		
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) –	200	22,80
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) –	450	51,30
	<i>Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung –	320	36,48
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>		
28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung –	280	31,92
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>		

29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung –	440	50,16
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
30	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen –	900	102,60
	<i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
31	Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen –	450	51,30
	<i>Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
32	Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung –; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)	400	45,60
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens –	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
34	Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>		

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

45	Visite im Krankenhaus <i>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</i> <i>Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</i>	70	7,98
46	Zweitvisite im Krankenhaus <i>Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</i> <i>Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</i>	50	5,70
48	Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen – bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten – <i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	120	13,68
50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	320	36,48
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung – <i>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	250	28,50
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel) <i>Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>	100	11,40
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme – <i>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>	500	57,—

56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde <i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</i>	180	20,52
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt <i>Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).</i>	120	13,68
61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde <i>Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>	130	14,82
62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde <i>Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.</i>	150	17,10

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung <i>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i>	160	18,24
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen . <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	29,64
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>	450	51,30

H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	340	38,76
	<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.</i>		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>		
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	9,12
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,68

VI. Berichte, Briefe

70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung . .	40	4,56
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	14,82
	<i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>		
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	7,98
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	17,10
	<i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>		
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	20,52
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	34,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	57,—
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	13,68
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,84
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,34
	<i>Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.

100	Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauheines –	250	28,50
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	17,10
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	28,50
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	26,22
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	25,08 ⁴ .

3. Abschnitt C wird wie folgt gefaßt:

„C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.

200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher –	45	5,13
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband –	65	7,41
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	10,83
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,98
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	11,40
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	3,42
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z.B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	17,10
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen –	75	8,55
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	60	6,84
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen – ...	160	18,24
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	100	11,40
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation –	240	27,36
217	Streckverband	230	26,22
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	75,24
225	Gipsfingerling	70	7,98
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	34,20
228	Gipsschienenverband oder Gipspantoffel	190	21,66
229	Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	130	14,82
230	Zirkulärer Gipsverband – gegebenenfalls als Gipstutor –	300	34,20
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	41,04
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	49,02
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel –	750	85,50
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	107,16
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	42,18
238	Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	200	22,80

239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	85,50
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	107,16
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	12,54
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	17,10
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,54

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen,
Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach Nummer 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	4,56
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,56
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,84
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,56
253	Injektion, intravenös	70	7,98
254	Injektion, intraarteriell	80	9,12
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,83
256	Injektion in den Periduralraum	185	21,09
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	45,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –	180	20,52
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –	600	68,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –	200	22,80
<i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>			
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,42
<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>			
<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>			
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	51,30
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung ...	90	10,26
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	13,68
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	6,84
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	10,26
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	6,84

267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	9,12
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	14,82
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung ...	200	22,80
269a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	39,90
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>		
270	Infusion, subkutan	80	9,12
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	13,68
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	20,52
273	Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene –, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	20,52
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>		
	<i>Werden die Leistungen nach Nummer 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>		
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung –	320	36,48
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>		
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	41,04
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	61,56
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	20,52
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	27,36
279	Infusion in das Knochenmark	180	20,52
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	330	37,62
	<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>		
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	450	51,30
	<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i>		
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	150	17,10
	<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i>		
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aorten-katheter – einschließlich der Anlage des Katheters –	500	57,—
284	Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme –	90	10,26

285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –	110	12,54
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) –	220	25,08
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) –	100	11,40
287	Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwerster Intoxikation)	800	91,20
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung –	230	26,22
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei –30 °C oder darunter –	350	39,90
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	13,68
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	7,98
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –	45	5,13
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –	40	4,56
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmung

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z.B. von Blut, Liquor, Gewebe.

300	Punktion eines Gelenks	120	13,68
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	18,24
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	28,50
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	9,12
304	Punktion der Augenhöhle	160	18,24
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	39,90
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	28,50
306	Punktion der Lunge – auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	57,—
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	28,50
308	Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion – ...	350	39,90
310	Punktion des Herzbeutels	350	39,90
311	Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion –	200	22,80
312	Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark – .	300	34,20
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	13,68
315	Punktion eines Organs (z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	28,50
316	Punktion des Douglasraums	250	28,50
317	Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunktion –	350	39,90
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	13,68

319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	22,80
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters – gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation –	50	5,70

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	45,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	11,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	14,82
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	34,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 –	150	17,10
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	17,10
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	57,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>		
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung .	600	68,40
	<i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	500	57,—
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	1000	114,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		

361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 –	600	68,40
	<i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>		
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	45,60
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	45,60
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ –	200	22,80
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	31,92
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	28,50
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	17,10

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpfaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) – gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpfaß –	80	9,12
376	Schutzimpfung (oral) – einschließlich beratendem Gespräch –	80	9,12
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	5,70
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	13,68
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	3,42
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	2,28
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	15	1,71
	<i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>		
383	Kutane Testung (z.B. von Pirquet, Moro)	30	3,42
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	4,56
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	5,13
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	30	3,42
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)	20	2,28
	<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>		
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	3,99
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	2,85
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	6,84
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	4,56
	<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>		

393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test ..	100	11,40
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	34,20
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	31,92
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	63,84
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test .	380	43,32
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	86,64
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen –	200	22,80

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zuschläge nach den Nummern 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bildokumentation abgegolten.
6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.
 Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden.
 Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.
7. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung –	400	45,60
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>		
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	28,50
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>		
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung .	150	17,10
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>		
404	Zuschlag zu doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation –	250	28,50
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>		
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler –	200	22,80
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 -- bei zusätzlicher Farbkodierung –	200	22,80

408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	22,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	22,80
	<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung –	300	34,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	23,94
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten –	210	23,94
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	9,12
	<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>		
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle –	200	22,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422 –	500	57,—
424	Zweidimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren) .	700	79,80
VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen			
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	17,10
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	25,08
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>		
429	Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation – ..	400	45,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>		
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	11,40
433	Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenum –	140	15,96
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer	900	102,60
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese</i>		

Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.

Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.

Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.

437	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	57,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.</i>		

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwchräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.

Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

- Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

- Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen

- nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
- nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
- nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,
- nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
- nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,
- oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L

zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

- 4 Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach Nummer 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen	400	45,60
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>		
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132 Deutsche Mark.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>		
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	45,60
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	85,50
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	148,20
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	250,80
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>		
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind	300	34,20
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</i>		
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind	650	74,10
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</i>		

448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	68,40
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.</i>		
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	102,60
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.“</i>		
4. Nach der Leistung nach Nummer 495 werden folgende Leistungen mit den Nummern 497 und 498 eingefügt:			
„497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	25,08
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	34,20“.
5. Nach der Leistung nach Nummer 555 wird folgende Leistung mit der Nummer 558 eingefügt:			
„558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	13,68“.
6. Nach der Leistung nach Nummer 605 wird folgende Leistung mit der Nummer 605a eingefügt:			
„605a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation –	140	15,96“.
7. Nach der Leistung nach Nummer 612 wird folgende Leistung mit der Nummer 614 eingefügt:			
„614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	150	17,10“.
8. Nach der Leistung nach Nummer 624 werden folgende Leistungen mit den Nummern 626 und 627 eingefügt:			
„626	Rechtsherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –	1000	114,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
627	Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –	1500	171,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.“</i>		
9. Die Leistungen nach den Nummern 628 und 629 werden wie folgt gefaßt:			
„628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	800	91,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – ..	2000	228,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.“</i>		

10. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 630 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:
„Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.“
11. Der zweite Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 632 wird wie folgt gefaßt:
„Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.“
12. Nach der Leistung nach Nummer 648 wird folgende Leistung mit der Nummer 649 eingefügt:
- | | | | |
|------|--|-----|---------|
| „649 | Transkranielle, doppler-sonographische Untersuchung – einschließlich graphischer Registrierung – | 650 | 74,10“. |
|------|--|-----|---------|
13. Nach der Leistung nach Nummer 653 wird folgende Leistung mit der Nummer 654 eingefügt:
- | | | | |
|------|---|-----|---------|
| „654 | Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung – | 150 | 17,10“. |
|------|---|-----|---------|
- 13a. Die Leistung nach Nummer 659 wird wie folgt gefaßt:
- | | | | |
|------|---|-----|---------|
| „659 | Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung | 400 | 45,60“. |
|------|---|-----|---------|
14. Die Leistungen nach den Nummern 667 und 668 werden gestrichen.
15. Nach der Leistung nach Nummer 669 werden folgende Leistungen mit den Nummern 670 bis 672 eingefügt:
- | | | | |
|------|--|-----|---------|
| „670 | Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung | 120 | 13,68 |
| 671 | Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes – auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit – | 120 | 13,68 |
| 672 | Ausheberung des Duodenalsaftes – auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert – | 120 | 13,68“. |
16. Nach der Leistung nach Nummer 692 wird folgende Leistung mit der Nummer 692a eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|-----|---------|
| „692a | Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang – zusätzlich zu einer Leistung nach Nummer 685, 686 oder 692 – | 400 | 45,60“. |
|-------|---|-----|---------|
17. Nach der Leistung nach Nummer 698 wird folgende Leistung mit der Nummer 699 eingefügt:
- | | | | |
|------|---|-----|---------|
| „699 | Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung | 120 | 13,68“. |
|------|---|-----|---------|
18. Nach der Leistung nach Nummer 701 wird folgende Leistung mit der Nummer 703 eingefügt:
- | | | | |
|------|--|-----|--------|
| „703 | Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen .. | 500 | 57,—“. |
|------|--|-----|--------|
19. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 715 wird wie folgt gefaßt:
„Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.“
20. Nach der Leistung nach Nummer 748 werden folgende Leistungen mit den Nummern 750 und 752 eingefügt:
- | | | | |
|------|--|-----|---------|
| „750 | Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung | 120 | 13,68 |
| 752 | Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung – einschließlich Stimulation der Schweißsekretion – | 150 | 17,10“. |
21. Nach der Leistung nach Nummer 766 werden folgende Leistungen mit den Nummern 768 und 770 eingefügt:
- | | | | |
|------|---|-----|---------|
| „768 | Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung | 50 | 5,70 |
| 770 | Ausräumung des Mastdarms mit der Hand | 140 | 15,96“. |

22. Der dritte Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 793 wird wie folgt gefaßt:

„Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.“

23. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 800 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.“

24. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 801 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.“

25. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 807 wird folgende Leistung mit der Nummer 808 eingefügt:

„808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten –	400	45,60“.
------	---	-----	---------

26. Nach der Leistung nach Nummer 827 wird folgende Leistung mit der Nummer 827a eingefügt:

„827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung –	950	108,30“.
-------	---	-----	----------

27. Nach der Leistung nach Nummer 840 wird folgende Leistung mit der Nummer 842 eingefügt:

„842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	57,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“</i>		

28. Nach der Leistung nach Nummer 865 werden folgende Leistungen mit den Nummern 870 und 871 eingefügt:

„870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten –	750	85,50
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	17,10
	<i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.“</i>		

29. Nach der Leistung nach Nummer 1062 wird folgende Leistung mit der Nummer 1063 eingefügt:

„1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	27,36“.
-------	--	-----	---------

30. Nach der Leistung nach Nummer 1104 wird folgende Leistung mit der Nummer 1105 eingefügt:

„1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten –	180	20,52“.
-------	---	-----	---------

31. Nach der Leistung nach Nummer 1204 wird folgende Leistung mit der Nummer 1207 eingefügt:

„1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	70	7,98“.
-------	--	----	--------

32. Der erste Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1213 wird wie folgt gefaßt:

„Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.“

33. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1217 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.“

34. Nach der Leistung nach Nummer 1251 werden folgende Leistungen mit den Nummern 1252 und 1253 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|-----|---------|
| „1252 | Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampen-
fotographie | 100 | 11,40 |
| 1253 | Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds
mittels Fundusfotographie | 150 | 17,10“. |
35. Nach der Leistung nach Nummer 1408 wird folgende Leistung mit der Nummer 1409 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|-----|-------|
| „1409 | Messung otoakustischer Emissionen | 400 | 45,60 |
|-------|---|-----|-------|
- Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.“*
36. Nach der Leistung nach Nummer 1417 wird folgende Leistung mit der Nummer 1418 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--|-----|-------|
| „1418 | Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasen-
rachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder – | 180 | 20,52 |
|-------|--|-----|-------|
- Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.“*
37. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1730 wird wie folgt gefaßt:
- „Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.“*
38. Nach der Leistung nach Nummer 1738 wird folgende Leistung mit der Nummer 1739 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--|----|--------|
| „1739 | Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautver-
klebung | 60 | 6,84“. |
|-------|--|----|--------|
39. Nach der Leistung nach Nummer 1753 wird folgende Leistung mit der Nummer 1754 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|-----|---------|
| „1754 | Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse
in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer
Registrierung – | 180 | 20,52“. |
|-------|---|-----|---------|
40. Nach der Leistung nach Nummer 1758 wird folgende Leistung mit der Nummer 1759 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--|------|----------|
| „1759 | Transpenile oder transskrotale Venenembolisation | 2800 | 319,20“. |
|-------|--|------|----------|
41. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1798 wird folgende Leistung mit der Nummer 1799 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--------------------------------|-----|---------|
| „1799 | Nierenbeckendruckmessung | 150 | 17,10“. |
|-------|--------------------------------|-----|---------|
42. Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift „L. Chirurgie, Orthopädie“ werden wie folgt gefaßt:
- „Allgemeine Bestimmungen**
- Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.
- Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder 3135 zu kürzen.“
43. Nach der Leistung nach Nummer 2010 wird folgende Leistung mit der Nummer 2015 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|----|--------|
| „2015 | Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen
über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung – | 60 | 6,84“. |
|-------|---|----|--------|
44. Nach der Leistung nach Nummer 2092 wird folgende Leistung mit der Nummer 2093 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--------------------------------------|----|--------|
| „2093 | Spülung bei liegender Drainage | 50 | 5,70“. |
|-------|--------------------------------------|----|--------|

45. Nach der Überschrift „III. Gelenkchirurgie“ in Abschnitt L werden folgende Allgemeine Bestimmungen eingefügt:
 „Allgemeine Bestimmungen
 Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.
 Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.
 Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.“
46. Nach der Leistung nach Nummer 2184 werden folgende Leistungen mit den Nummern 2189 bis 2193, 2195 und 2196 in Abschnitt L III eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|------|---------|
| „2189 | Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicatiiresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper – | 1500 | 171,— |
| 2190 | Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk | 1800 | 205,20 |
| 2191 | Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht – | 2000 | 228,— |
| 2192 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung | 500 | 57,— |
| 2193 | Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten | 1800 | 205,20 |
| 2195 | Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 – | 300 | 34,20 |
| 2196 | Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193 | 250 | 28,50“. |
47. Nach der Leistung nach Nummer 2225 wird folgende Leistung mit der Nummer 2226 eingefügt:
- | | | | |
|-------|--|-----|---------|
| „2226 | Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks | 120 | 13,68“. |
|-------|--|-----|---------|
48. Nach der Leistung nach Nummer 2280 wird folgende Leistung mit der Nummer 2281 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|------|----------|
| „2281 | Perkutane Nukleotomie (z.B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) | 1400 | 159,60“. |
|-------|---|------|----------|
49. Nach der Leistung nach Nummer 2407 wird folgende Leistung mit der Nummer 2408 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|------|----------|
| „2408 | Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla | 1100 | 125,40“. |
|-------|---|------|----------|
50. Die Leistungen nach den Nummern 2850 und 2851 werden gestrichen.
51. Nach der Leistung nach Nummer 3055 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:
 „Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.“
52. Nach der Leistung nach Nummer 3079 wird folgende Leistung mit der Nummer 3084 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---------------------------------------|------|----------|
| „3084 | Valvuloplastik einer Herzklappe | 3300 | 376,20“. |
|-------|---------------------------------------|------|----------|
53. Nach der Leistung nach Nummer 3190 wird folgende Leistung mit der Nummer 3192 eingefügt:
- | | | | |
|-------|---|------|---------|
| „3192 | Milzrevision, als selbständige Leistung | 2000 | 228,—“. |
|-------|---|------|---------|

54. Abschnitt M wird wie folgt gefaßt:

„M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.

Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.

Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.

2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z.B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.

Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z.B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z.B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.

Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.

Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden.

Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.

7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z.B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:

Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);

Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;

Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;

Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.

Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z.B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.

Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	10,26
	<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>		
3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	6,84
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	13,68
3503	Hämatokrit	70	7,98
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße	60	6,84
Katalog			
3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z.B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z.B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	80	9,12
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z.B. Methyleneblau, Lugol), je Material	100	11,40
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z.B. Gramfärbung), je Präparat	120	13,68
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urin-teststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	5,70
	<i>Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.</i>		
	<i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	70	7,98

Katalog

- 3512 Alpha-Amylase
- 3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)
- 3514 Glukose
- 3515 Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)
- 3516 Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)
- 3517 Hämoglobin
- 3518 Harnsäure
- 3519 Kalium
- 3520 Kreatinin
- 3521 Lipase

Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	100	11,40
Katalog		
3523 Antistreptolysin (ASL)		
3524 C-reaktives Protein (CRP)		
3525 Mononukleostest		
3526 Rheumafaktor (RF)		
3528 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	130	14,82
3529 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	150	17,10
3530 Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	13,68
3531 Urinsediment	70	7,98
3532 Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	90	10,26

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

Höchstwerte

3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	54,72
--	-----	-------

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550 Blutbild und Blutbildbestandteile	60	6,84
--	----	------

Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden:

Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.

3551 Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	2,28
3552 Retikulozytenzahl	70	7,98

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555 Calcium	40	4,56
3556 Chlorid	30	3,42
3557 Kalium	30	3,42
3558 Natrium	30	3,42

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3560 Glukose	40	4,56
3561 Glykierte Hämoglobine (HbA _{1c} , HbA _{1d})	200	22,80
3562.H1 Cholesterin	40	4,56
3563.H1 HDL-Cholesterin	40	4,56
3564.H1 LDL-Cholesterin	40	4,56
3565.H1 Triglyzeride	40	4,56

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3570.H1 Albumin, photometrisch	30	3,42
3571 Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	150	17,10
3572 Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3573.H1 Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	3,42
3574 Proteinelektrophorese im Serum	200	22,80
3575 Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	11,40

5. Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3580.H1 Anorganisches Phosphat	40	4,56
3581.H1 Bilirubin, gesamt	40	4,56
3582 Bilirubin, direkt	70	7,98
3583.H1 Harnsäure	40	4,56
3584.H1 Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	4,56
3585.H1 Kreatinin	40	4,56
3587.H1 Alkalische Phosphatase	40	4,56
3588.H1 Alpha-Amylase (auch immunitätsinhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	5,70
3589.H1 Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	40	4,56
3590.H1 Creatinkinase (CK)	40	4,56
3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB), Immunitätsinhibitionsmethode	50	5,70
3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT) ...	40	4,56
3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	5,70
3594.H1 Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST) .	40	4,56
3595.H1 Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	4,56
3596.H1 Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	40	4,56
3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH)	40	4,56
3598.H1 Lipase	50	5,70
3599 Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	7,98

6. Gerinnungssystem

3605 Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	5,70
3606 Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	70	7,98
3607 Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	5,70

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	100	11,40
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	18,24
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	31,92
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	18,24
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	6,84

8. Spurenelemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma	40	4,56
3621	Magnesium	40	4,56

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nummern 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.

Höchstwerte

3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	99,18
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	159,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	62,70

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	6,84
<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>			
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	70	7,98
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	35	3,99
3653	Urinsediment, mikroskopisch	50	5,70
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	9,12

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	4,56
3661	Gallensediment, mikroskopisch	40	4,56
3662	HCl, titrimetrisch	70	7,98
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	18,24
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	13,68
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	17,10
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	70	7,98
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	45,60

Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.

3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	18,24
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch – einschließlich chemischer Reaktionen –	250	28,50
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	570	64,98

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	10,26
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	64,98
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	13,68
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z.B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	28,50
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	7,98
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	10,26
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	18,24
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	20,52
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	64,98
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	6,84
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Lumineszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	570	64,98
3694	Lymphozytentransformationstest	570	64,98
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	13,68
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	64,98
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	250	28,50
	<i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i>		
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	51,30
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	41,04
	<i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i>		
3700	Tumorstammzellenassay – gegebenenfalls auch von Zellanteilen – zur Prüfung der Zytostatikasensibilität	2000	228,—

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	90	10,26
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	4,56
3712	Viskosität (z.B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	28,50
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	4,56
3715	Bikarbonat	60	6,84
3716	Osmolalität	50	5,70

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721	Glykierte Proteine	250	28,50
3722	Fructosamin, photometrisch	70	7,98
3723	Fruktose, photometrisch	200	22,80
3724	D-Xylose, photometrisch	200	22,80
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	22,80
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	46,74
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	77,52
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	20,52
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	34,20
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Elektroimmundiffusion	300	34,20

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

3735	Albumin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	17,10
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	13,68
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	28,50
3739	Alpha ₁ -Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3742	Ferritin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
3744	Fibronectin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3745	Beta ₂ -Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	22,80
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	22,80
3750	Isoelektrische Fokussierung (z.B. Oligoklonale Banden)	570	64,98
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	4,56
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	13,68
3753	Alpha ₂ -Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden .	180	20,52
3754	Mikroglobuline (Alpha ₁ , Beta ₂), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	22,80

3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	6,84
3756	Myoglobin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	6,84
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3760	Protein im Urin, photometrisch	70	7,98
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	28,50
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	4,56
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z.B. Westernblot)	570	64,98
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	28,50
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	41,04
7. Substrate, Metabolite, Enzyme			
3774	Ammoniak (NH ₄)	220	25,08
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	20,52
3776	Citrat, photometrisch	300	34,20
3777	Gallensäuren, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	33,06
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	13,68
3779	Homogentisin säure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	4,56
3780	Kreatin	120	13,68
3781	Laktat, photometrisch	220	25,08
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	22,80
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	64,98
3784	Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	17,10
3785	Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	34,20
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	25,08
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	13,68
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	22,80
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthese und ähnliche), je Enzym	120	13,68
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	13,68
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	33,06
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52

3793	Lysozym	120	13,68
3794	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	22,80
3795	Tartrathemmbar saure Phosphatase (PSP)	110	12,54
3796	Trypsin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	22,80

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	33,06
--	-----	-------

Katalog

Antikörper gegen

- 3805.H2 Basalmembran (GBM)
- 3806.H2 Centromerregion
- 3807.H2 Endomysium
- 3808.H2 Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)
- 3809.H2 Glatte Muskulatur (SMA)
- 3811.H2 Haut (AHA, BMA und ICS)
- 3812.H2 Herzmuskulatur (HMA)
- 3813.H2 Kerne (ANA)
- 3814.H2 Kollagen
- 3815.H2 Langerhans-Inseln (ICA)
- 3816.H2 Mikrosomen (Thyropoxidase)
- 3817.H2 Mikrosomen (Leber, Niere)
- 3818.H2 Mitochondrien (AMA)
- 3819.H2 nDNA
- 3820.H2 Nebenniere
- 3821.H2 Parietalzellen (PCA)
- 3822.H2 Skelettmuskulatur (SkMA)
- 3823.H2 Speicheldrüsengewebe
- 3824.H2 Spermien
- 3825.H2 Thyreoglobulin
- 3826.H2 zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
- 3827.H2 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
---	-----	-------

Katalog

Antikörper gegen

- 3832 Basalmembran (GBM)
- 3833 Centromerregion
- 3834 Endomysium
- 3835 Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)
- 3836 Glatte Muskulatur (SMA)
- 3838 Haut (AHA, BMA und ICS)
- 3839 Herzmuskulatur (HMA)
- 3840 Kerne (ANA)
- 3841 Kollagen
- 3842 Langerhans-Inseln (ICA)
- 3843 Mikrosomen (Thyropoxidase)
- 3844 Mikrosomen (Leber, Niere)
- 3845 Mitochondrien (AMA)
- 3846 nDNA

- 3847 Parietalzellen (PCA)
 3848 Skelettmuskulatur (SkMA)
 3849 Speicheldrangepithel
 3850 Spermien
 3852 Thyreoglobulin
 3853 zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
 3854 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese 300 34,20

Katalog

Antikörper gegen

- 3857 dDNS
 3858 Histone
 3859 Ribonukleoprotein (RNP)
 3860 Sm-Antigen
 3861 SS-A-Antigen
 3862 SS-B-Antigen
 3863 Scl-70-Antigen
 3864 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 450 51,30

Katalog

Antikörper gegen

- 3868 Azetylcholinrezeptoren
 3869 Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion
 3870 Interferon alpha
 3871 Mikrosomen (Thyropoxydase)
 3872 Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)
 3873 Myeloperoxydase (P-ANCA)
 3874 Proteinase 3 (C-ANCA)
 3875 Spermien
 3876 Thyreoglobulin
 3877 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

3879 Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 550 62,70

3881 Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 290 33,06

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination 90 10,26

Katalog

Antikörper gegen

- 3884 Fc von IgM (Rheumafaktor)
 3885 Thyreoglobulin (Boydentest)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 180 20,52

Katalog

Antikörper gegen

- 3886 Fc von IgM (Rheumafaktor)
 3889 Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern 200 22,80

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nummern 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.

3890	Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Mischallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	28,50
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	28,50
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	22,80
3893	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt	500	57,—
3894	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt	900	102,60
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Fraktion	1100	125,40
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden .	290	33,06
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3631.H zu beachten.

3900.H3	Ca 125, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	34,20
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	34,20
3903.H3	Ca 50, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3908.H3	Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	34,20
3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3910.H3	Thymidinkinase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	102,60
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,—
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	34,20
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,—

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,54
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3932	Blutungszeit	60	6,84
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	11,40
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	13,68
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	28,50
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	20,52
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	41,04
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	52,44
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	82,08
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	34,20
3945	Heparin, chromogenes Substrat	140	15,96
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	7,98
3947	Plasmatauschversuch	460	52,44
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	140	15,96
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	46,74
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – , je Faktor	480	54,72
3951	Protein C-Aktivität	450	51,30
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3953	Protein S-Aktivität	450	51,30
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30
3955	Reptilasezeit	100	11,40

3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	22,80
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	20,52
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	54,72
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	11,40
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	7,98
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	102,60
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	6,84
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	54,72
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	41,04
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	29,64
3966	Gesamtkomplement AH 50	600	68,40
3967	Gesamtkomplement CH 50	500	57,—
	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems	250	28,50

Katalog

3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

3980	AB0-Merkmale	100	11,40
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	180	20,52
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	34,20
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	500	57,—

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

Katalog

3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	13,68
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C ^w , Kell, D ^u , Duffy), je Merkmal	200	22,80
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	41,04
	<i>Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>		
3987	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	15,96
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	22,80
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	6,84
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	7,98

3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu ...	100	11,40
3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	3,42
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	400	45,60
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	15,96
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	39,90
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	68,40
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	13,68
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	10,26
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	360	41,04
	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	22,80
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>		
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	100	11,40
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	45,60
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	85,50
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	342,—
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	3,42
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	410,40
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	285,—
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	307,80
4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	91,20
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	182,40
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	85,50
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender – einschließlich Kontrollen –	4600	524,40
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	262,20

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 250 28,50

Katalog

- 4020 Cortisol
- 4021 Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)
- 4022.H4 Freies Trijodthyronin (fT3)
- 4023.H4 Freies Thyroxin (fT4)
- 4024 Humanes Choriongonadotropin (HCG)
- 4025 Insulin
- 4026 Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)
- 4027 Östriol
- 4028 Plazentalaktogen (HPL)
- 4029.H4 T3-Uptake-Test (TBI, TBK)
- 4030 Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)
- 4031.H4 Thyroxin
- 4032.H4 Trijodthyronin
- 4033 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 350 39,90

Katalog

- 4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron
- 4036 Androstendion
- 4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- 4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)
- 4039 Östradiol
- 4040 Progesteron
- 4041 Prolaktin
- 4042 Testosteron
- 4043 Wachstumshormon (HGH)
- 4044 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 480 54,72

Katalog

- 4045 Aldosteron
- 4046 C-Peptid
- 4047 Calcitonin
- 4048 cAMP
- 4049 Corticotropin (ACTH)
- 4050 Erythropoetin
- 4051 Gastrin
- 4052 Glukagon
- 4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität
- 4054 Osteocalcin
- 4055 Oxytocin
- 4056 Parathormon
- 4057 Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten
- 4058 Reninkonzentration
- 4060 Somatomedin
- 4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH)
- 4062 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	85,50
Katalog		
4064 Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)		
4065 Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)		
4066 Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067 Parathyroid hormone related peptide		
4068 Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)		
4069 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4070 Thyreoglobulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper –	900	102,60
Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	570	64,98
Katalog		
4071 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
4072 Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin		
4073 Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074 Metanephrine		
4075 Serotonin		
4076 Steroidprofil		
4077 Vanillinmandelsäure (VMA)		
4078 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4079 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	39,90
4080 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	13,68
4081 Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	13,68
4082 Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	140	15,96
4083 Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	570	64,98
4084 Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570	64,98
4085 Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	250	28,50
4086 Östrogenrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –	1200	136,80
4087 Progesteronrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –	1200	136,80
4088 Andere Hormonrezeptoren (z.B. Androgenrezeptoren) – einschließlich Aufbereitung –	1200	136,80
4089 Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	51,30

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

4090 ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4091 ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4092 Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma) ..	1140	129,96

4093	Cortisoltagessprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	114,—
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	249,66
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	22,80
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	13,68
4097	Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4098	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4099	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	280	31,92
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	437,76
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	239,40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	79,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	109,44
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	57,—
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	437,76
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	102,60
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	22,80
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	114,—
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	57,—
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	79,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	328,32
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	218,88
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	123,12
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	57,—
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	82,08

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	28,50
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,68
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	6,84
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	64,98
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	52,44

17. Spurenelemente, Vitamine

4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	13,68
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	4,56
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	46,74
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4135	Zink, Atomabsorption	90	10,26
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D ₂), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	54,72
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH) ₂ D ₃ , Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	85,50
4140	Folsäure und/oder Vitamin B ₁₂ , Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	41,04
	Katalog		
4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98
	Katalog		
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D ₂)		
4145	Vitamin B ₁		
4146	Vitamin B ₆		
4147	Vitamin K		

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

	Untersuchung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	28,50
	Katalog		
4150	Amikacin		
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamazepin		
4157	Chinidin		
4158	Cocainmetabolite		
4160	Desipramin		
4161	Digitoxin		
4162	Digoxin		
4163	Disopyramid		
4164	Ethosuximid		
4165	Flecainid		
4166	Gentamicin		
4167	Lidocain		
4168	Methadon		
4169	Methotrexat		
4170	N-Azetylprocainamid		
4171	Netilmicin		
4172	Opiate		
4173	Phenobarbital		
4174	Phenytoin		
4175	Primidon		
4176	Propaphenon		
4177	Salizylat		
4178	Streptomycin		
4179	Theophyllin		

4180	Tobramicin		
4181	Valproinsäure		
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	34,20
	Untersuchung mittels Ligandenassay – einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	700	79,80
	Katalog		
4186	Amitriptylin		
4187	Imipramin		
4188	Nortriptylin		
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
	Katalog		
4190	Aluminium		
4191	Arsen		
4192	Blei		
4193	Cadmium		
4194	Chrom		
4195	Gold		
4196	Quecksilber		
4197	Thallium		
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	360	41,04
	Katalog		
4199	Amiodarone		
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)		
4201	Chinidin		
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	450	51,30
	Katalog		
4203	Antibiotika		
4204	Antimykotika		
	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	46,74
	Katalog		
4206	Valproinsäure		
4207	Ethanol		
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	54,72
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	102,60
4211	Ethanol, photometrisch	150	17,10
4212	Exogene Gifte, dünn-schichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	28,50
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten R_f -Werten, je Untersuchung	360	41,04
4214	Lithium	60	6,84

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

- Antikörper gegen
- 4220 *Borrelia burgdorferi*
- 4221 Brucellen
- 4222 *Campylobacter*
- 4223 Francisellen
- 4224 *Legionella pneumophila* bis zu fünf Typen, je Typ
- 4225 Leptospiren
- 4226 Listerien, je Typ
- 4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)
- 4228 Salmonellen-H-Antigene
- 4229 Salmonellen-O-Antigene
- 4230 Staphylolysin
- 4231 Streptolysin
- 4232 *Treponema pallidum* (TPHA, Cardiolipinmikroflokkungstest, VDRL-Test)
- 4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ
- 4234 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 230 26,22

Katalog

- Antikörper gegen
- 4235 Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)
- 4236 *Borrelia burgdorferi*
- 4237 Brucellen
- 4238 *Campylobacter*
- 4239 Francisellen
- 4240 Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ
- 4241 Leptospiren
- 4242 Listerien, je Typ
- 4243 Rickettsien
- 4244 Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen
- 4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen
- 4246 Staphylolysin
- 4247 Streptolysin
- 4248 *Treponema pallidum* (TPHA, Cardiolipinmikroflokkungstest, VDRL-Test)
- 4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ
- 4250 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

Katalog

- Antikörper gegen
- 4251 *Bordetella pertussis*
- 4252 *Borrelia burgdorferi*
- 4253 *Chlamydia trachomatis*
- 4254 *Coxiella burneti*
- 4255 *Legionella pneumophila*
- 4256 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)
- 4257 *Mycoplasma pneumoniae*
- 4258 Rickettsien
- 4259 *Treponema pallidum* (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)
- 4260 *Treponema pallidum* (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)
- 4261 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
Katalog		
Antikörper gegen		
4263 Bordetella pertussis		
4264 Borrelia burgdorferi		
4265 Chlamydia trachomatis		
4266 Coxiella burneti		
4267 Legionella pneumophila		
4268 Mycoplasma pneumoniae		
4269 Rickettsien		
4270 Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)		
4271 Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)		
4272 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	800	91,20
Katalog		
Antikörper gegen		
4273 Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) ..	250	28,50
Katalog		
Antikörper gegen		
4275 Campylobacter		
4276 Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)		
4277 Chlamydia trachomatis		
4278 Coxiella burneti		
4279 Gonokokken		
4280 Leptospiren		
4281 Listerien		
4282 Mycoplasma pneumoniae		
4283 Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)		
4284 Yersinien		
4285 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	39,90
Katalog		
Antikörper gegen		
4286 Borrelia burgdorferi		
4287 Campylobacter		
4288 Coxiella burneti		
4289 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)		
4290 Mycoplasma pneumoniae		
4291 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden		
Katalog		
4293 Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
4294 Streptolysin, Hämolysehemmung	230	26,22
4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell	120	13,68
4297 Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	13,68

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

Antikörper gegen

4300 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test)

4301 Röteln-Virus

4302 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 240 27,36

Katalog

Antikörper gegen

4305 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test)

4306 Röteln-Virus

4307 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

Katalog

Antikörper gegen

4310 Adenoviren

4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)

4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)

4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)

4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus

4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted

4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)

4317 FSME-Virus

4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)

4319 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)

4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)

4321 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)

4322 HIV 1

4323 HIV 2

4324 Influenza A-Virus

4325 Influenza B-Virus

4327 Masern-Virus

4328 Mumps-Virus

4329 Parainfluenza-Virus 1

4330 Parainfluenza-Virus 2

4331 Parainfluenza-Virus 3

4332 Respiratory syncytial virus

4333 Tollwut-Virus

4334 Varizella-Zoster-Virus

4335 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
Katalog		
Antikörper gegen		
4337	Adenoviren	
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	
4344	FSME-Virus	
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	
4349	HIV 1	
4350	HIV 2	
4351	Influenza A-Virus	
4352	Influenza B-Virus	
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	
4354	Masern-Virus	
4355	Mumps-Virus	
4356	Parainfluenza-Virus 1	
4357	Parainfluenza-Virus 2	
4358	Parainfluenza-Virus 3	
4359	Respiratory syncytial virus	
4360	Röteln-Virus	
4361	Tollwut-Virus	
4362	Varizella-Zoster-Virus	
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) ..	250	28,50
Katalog		
Antikörper gegen		
4365	Adenoviren	
4366	Coronaviren	
4367	Influenza A-Virus	
4368	Influenza B-Virus	
4369	Influenza C-Virus	
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	
4371	Parainfluenza-Virus 1	
4371a	Parainfluenza-Virus 2	
4372	Parainfluenza-Virus 3	
4373	Polyomaviren	
4374	Reoviren	
4375	Respiratory syncytial virus	
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	240	27,36
Katalog		
Antikörper gegen		
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)	
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)	
4381	HBs-Antigen	
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)	
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)	
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)	

- 4385 Masern-Virus (IgG und IgM)
- 4386 Mumps-Virus (IgG und IgM)
- 4387 Röteln-Virus (IgG und IgM)
- 4388 Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)
- 4389 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 300 34,20

Katalog

Antikörper gegen

- 4390 Cytomegalie-Virus (IgM)
- 4391 Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)
- 4392 FSME-Virus (IgM)
- 4393 HBc-Antigen (IgG und IgM)
- 4394 Herpes simplex-Virus (IgM)
- 4395 HIV
- 4396 Masern-Virus (IgM)
- 4397 Mumps-Virus (IgM)
- 4398 Röteln-Virus (IgM)
- 4399 Varizella-Zoster-Virus (IgM)
- 4400 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – 350 39,90

Katalog

Antikörper gegen

- 4402 HBc-Antigen (IgM)
- 4403 HBe-Antigen (IgM)
- 4404 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –

Katalog

Antikörper gegen

- 4405 Delta-Antigen 800 91,20
- 4406 Hepatitis C-Virus 400 45,60
- Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden 800 91,20

Katalog

Antikörper gegen

- 4408 Hepatitis C-Virus, Immunoblot
- 4409 HIV, Immunoblot

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

Katalog

Antikörper gegen

- 4415 Candida albicans
- 4416 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 510 58,14

Katalog

Antikörper gegen

- 4418 Candida albicans
4419 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

Antikörper gegen

- 4421 Aspergillus
4422 Candida albicans
4423 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 240 27,36

Katalog

Antikörper gegen

- 4425 Aspergillus
4426 Candida albicans
4427 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

Antikörper gegen

- 4430 Echinokokken
4431 Schistosomen
4432 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 240 27,36

Katalog

Antikörper gegen

- 4435 Echinokokken
4436 Schistosomen
4437 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	33,06
Katalog		
Antikörper gegen		
4440 Entamoeba histolytica		
4441 Leishmanien		
4442 Plasmodien		
4443 Pneumocystis carinii		
4444 Schistosomen		
4445 Toxoplasma gondii		
4446 Trypanosoma cruzi		
4447 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
Katalog		
Antikörper gegen		
4448 Entamoeba histolytica		
4449 Leishmanien		
4450 Pneumocystis carinii		
4451 Plasmodien		
4452 Schistosomen		
4453 Toxoplasma gondii		
4454 Trypanosoma cruzi		
4455 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) ..	250	28,50
Katalog		
Antikörper gegen		
4456 Echinokokken		
4457 Entamoeba histolytica		
4458 Leishmanien		
4459 Toxoplasma gondii		
4460 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	230	26,22
Katalog		
Antikörper gegen		
4461 Toxoplasma gondii		
4462 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	39,90
Katalog		
Antikörper gegen		
4465 Entamoeba histolytica		
4466 Leishmanien		
4467 Schistosomen		
4468 Toxoplasma gondii		
4469 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

IV. Untersuchungen
zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muß die Art der berechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.

1. Untersuchungen
zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum 130 14,82

Katalog

- 4500 Betahämolyisierende Streptokokken Typ B
- 4501 Hämophilus influenzae Kapseltyp b
- 4502 Neisseria meningitidis Typen A und B
- 4503 Streptococcus pneumoniae
- 4504 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich einfacher Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung 90 10,26

Katalog

- 4506 Methylenblaufärbung
- 4508 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung 110 12,54

Katalog

- 4510 Giemsa-Färbung (Punktate)
- 4511 Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)
- 4512 Ziehl-Neelsen-Färbung
- 4513 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen –, qualitativ, je Untersuchung 160 18,24

Katalog

- 4515 Auraminfärbung
- 4516 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4518 Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum 250 28,50

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung 250 28,50

Katalog

- 4520 Beta-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe B
- 4521 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme
- 4522 Legionellen

- 4523 *Neisseria meningitidis*
- 4524 *Neisseria gonorrhoeae*
- 4525 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung/Gewebekultur

4530	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z.B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium	80	9,12
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4531	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	11,40
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4532	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	100	11,40
4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	250	28,50
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z.B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	13,68
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z.B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	28,50
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	45,60
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	39,90
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	28,50
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	57,—

c. Identifizierung/Typisierung

4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z.B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest) je Test und Keim	60	6,84
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z.B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	13,68
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z.B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	13,68
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	18,24
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe – mindestens zwanzig Reaktionen –, je Keim	240	27,36

4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	37,62
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	34,20
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
	Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	60	6,84
	Katalog		
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	33,06
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, je Untersuchung	250	28,50
	Katalog		
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563	Legionellen		
4564	Neisseria meningitidis		
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	46,74
	Katalog		
4567	Anaerobier		
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z.B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie – einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z.B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion –, je Untersuchung	570	64,98
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	64,98
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antisera je Keim), je Antiserum	120	13,68
	Katalog		
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4573	Escherichia coli		
4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	250	28,50
	Katalog		
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzuchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	28,50
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzuchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung .	350	39,90

d. Toxinnachweis

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	28,50
--	--	-----	-------

Katalog

4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme
4592	Staphylococcus aureus
4593	Vibrionen
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	28,50
--	--	-----	-------

Katalog

4596	Clostridium botulinum
4597	Corynebacterium diphtheriae
4598	Staphylokokkentoxin
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	57,—
------	--	-----	------

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.

Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.

e. Keimzahl, Hemmstoffe

4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z.B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	6,84
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenskulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	28,50
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	6,84

f. Empfindlichkeitstestung

4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz	20	2,28
	<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>		
4611	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	3,42
4612	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	5,70

4613	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	8,55
4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzucht in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	28,50

**2. Untersuchungen
zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren**

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Latex-Agglutination), je Untersuchung	60	6,84
--	----	------

Katalog

4630	Rota-Viren
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	80	9,12
---	----	------

Katalog

4633	Herpes simplex Viren
4634	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	33,06
------	---	-----	-------

4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	3180	362,52
------	--	------	--------

Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	28,50
--	-----	-------

Katalog

4640	Adeno-Viren
4641	Hepatitis A-Viren
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)
4644	Influenza-Viren
4645	Parainfluenza-Viren
4646	Rota-Viren
4647	Respiratory syncytial virus
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

b. Züchtung

4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzucht auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz	450	51,30
------	--	-----	-------

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nummer 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nummer 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nummern 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.

4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z.B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	28,50
------	--	-----	-------

4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	28,50
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	28,50
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	330	37,62
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum ..	290	33,06
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzucht, je Untersuchung	3180	362,52
	Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	28,50

Katalog

- 4675 Adeno-Viren
- 4676 Influenza-Viren
- 4677 Parainfluenza-Viren
- 4678 Rota-Viren
- 4679 Respiratory syncytial virus
- 4680 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

3. Untersuchungen
zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum ...	120	13,68
---	-----	-------

Katalog

- 4705 Aspergillus
- 4706 Candida
- 4707 Kryptokokkus neoformans
- 4708 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.

4710 Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	9,12
4711 Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z.B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	13,68
4712 Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	33,06
4713 Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	28,50

b. Züchtung

4715 Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z.B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	11,40
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4716 Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z.B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium ..	120	13,68
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4717 Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z.B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	13,68
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>		

c. Identifizierung/Charakterisierung

4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	13,68
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	28,50
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) –, je Untersuchung	120	13,68
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	33,06
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	28,50

d. Empfindlichkeitstestung

4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	13,68
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	28,50

4. Untersuchungen

zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast) –, qualitativ, je Untersuchung	120	13,68
---	-----	-------

Katalog

- 4740 Amöben
- 4741 Lamblien
- 4742 Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)
- 4743 Trichomonaden
- 4744 Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier
- 4745 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast) –, nach einfacher Anreicherung (z.B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung ...	160	18,24
--	-----	-------

Katalog

- 4747 Amöben
- 4748 Lamblien
- 4749 Trichomonaden
- 4750 Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier
- 4751 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

- 4753 Giemsa-Färbung (Blutausstrich) (z.B. Malariaplasmodien)
- 4754 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	22,80
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugolfärbung oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z.B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	28,50
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	33,06
4759	Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	28,50

b. Züchtung

Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	28,50
--	-----	-------

Katalog

- 4760 Amöben
- 4761 Lamblien
- 4762 Trichomonaden
- 4763 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung	120	13,68
---	-----	-------

Katalog

- 4765 Trichomonaden
 - 4766 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.
 - 4768 Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung
- | | | |
|--|-----|-------|
| | 250 | 28,50 |
|--|-----|-------|

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

- 4770 Trypanosoma cruzi
- 4771 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten

Allgemeine Bestimmung

Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nummern 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder Material nach Anzüchtung) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.

4780 Isolierung von Nukleinsäuren	900	102,60
4781 Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym ..	150	17,10
4782 Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	57,—
4783 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,—

4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	34,20
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,—.

55. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 4850 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.“

56. Nach der Leistung nach Nummer 4851 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:

„Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.“

57. Nach der Leistung nach Nummer 4852 wird folgende Leistung mit der Nummer 4860 eingefügt:

„4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) – einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung –, auch mehrere Präparate	160	18,24“.
-------	---	-----	---------

58. Abschnitt O wird wie folgt gefaßt:

„O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin,
Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

I. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bildokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.
6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.
7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Zähne

5000	Zähne, je Projektion	50	5,70
	<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>		
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	28,50
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	45,60

Finger oder Zehen

5010	jeweils in zwei Ebenen	180	20,52
5011	ergänzende Ebene(n)	60	6,84

Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.

Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe

5020	jeweils in zwei Ebenen	220	25,08
5021	ergänzende Ebene(n)	80	9,12

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk

5030	jeweils in zwei Ebenen	360	41,04
5031	ergänzende Ebene(n)	100	11,40

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	18,24
------	--	-----	-------

Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.
Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.

5037	Bestimmung des Skeletalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –	300	34,20
5040	Beckenübersicht	300	34,20
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	22,80
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	950	108,30
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	500	57,—
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk	400	45,60
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	45,60
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	22,80
5098	Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	260	29,64
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	34,20
5101	ergänzende Ebene(n)	160	18,24
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	45,60
5106	ergänzende Ebene(n)	180	20,52
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	57,—
5111	ergänzende Ebene(n)	200	22,80

Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.

5115	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	45,60
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	29,64
5121	ergänzende Ebene(n)	140	15,96

2. Hals- und Brustorgane

5130	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –	280	31,92
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	31,92

Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

5137	Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen	450	51,30
5139	Teil der Brustorgane	180	20,52

Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.

5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100	11,40
------	--	-----	-------

3. Bauch- und Verdauungsorgane

5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	550	62,70
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	79,80
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 –	1200	136,80
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökagebiet	300	34,20
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1300	148,20
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	79,80
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) – ...	1400	159,60
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1000	114,—
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	800	91,20
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –	1100	125,40
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	45,60
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	34,20

Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	57,—
5192	Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –	200	22,80
5200	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –	600	68,40
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	200	22,80
5220	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite . . .	300	34,20
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	300	34,20
5235	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	500	57,—
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	400	45,60

4. Spezialuntersuchungen

5260	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z.B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	400	45,60
<i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>			
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	34,20
<i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	51,30
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	17,10
5280	Myelographie	750	85,50
5285	Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en) –	450	51,30
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	74,10
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	27,36
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)		
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>			

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.

Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	228,—
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	400	45,60
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>			

5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	68,40
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	114,—
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>	200	22,80
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	34,20
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	228,—
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	68,40
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	800	91,20
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	205,20
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	68,40
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	114,—
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	68,40
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>	800	91,20
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2200	250,80
	<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	3000	342,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>		
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	400	45,60
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	68,40
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>		
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	273,60
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	342,—
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie ..	400	45,60

5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	114,—
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>		
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	1200	136,80
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	182,40
5330	Venographie einer Extremität	750	85,50
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	22,80
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computer-gestützter Analyse und Abbildung	800	91,20
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.</i>		
5338	Lymphographie, je Extremität	1000	114,—
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt	250	28,50

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

Die Leistungen nach den Nummern 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.

5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2800	319,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>		
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	68,40
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	3800	433,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i>		

5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	1000	114,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 – bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde –	500	57,—
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	114,—
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	228,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt	200	22,80
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	228,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>		
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	285,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>		
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Hals-Bereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	3500	399,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>		
5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Hals-Bereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	4500	513,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>		
5359	Embolisation der Vena spermatica – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	285,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5360	Embolisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	228,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5361	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2600	296,40
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

5369	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	3000	342,—
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –	2000	228,—
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	262,20
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	296,40
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	216,60
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –	1900	216,60
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	228,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>		
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 –	500	57,—
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion –	800	91,20
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	114,—
	<i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>		
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	34,20

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.
2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion – sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der intra-artikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden – ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
7. Rechnungsbestimmungen
 - a) Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
 - b) Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile –	350	39,90
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z.B. Bestimmung der injizierten Aktivität) –	1300	148,20
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) – <i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1000	114,—
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	1200	136,80

Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

b. Gehirn

5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	136,80
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	102,60

Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.

c. Lunge

5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt	1300	148,20
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	148,20

d. Herz

5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurfraction und regionaler Wandbewegung in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1200	136,80
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurfraction und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	3800	433,20

Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.

5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1000	114,—
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2000	228,—
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung – ...	2800	319,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>		

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	256,50
5426	Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	1260	143,64
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen –	400	45,60
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	256,50

f. Tumorszintigraphie

Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z.B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern

5430	eine Region	1200	136,80
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	256,50
	<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>		
	<i>Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>		
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		

g. Nieren

5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards –	2800	319,20
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung –	1600	182,40
5442	Statische Nierenzintigraphie	600	68,40
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z.B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) –	700	79,80
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen –	1000	114,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.</i>		

h. Endokrine Organe

5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe – mit Ausnahme der Schilddrüse –	1000	114,—
	<i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.</i>		

i. Gastrointestinaltrakt

5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage – gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	1300	148,20
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	148,20

j. Hämatologie, Angiologie

5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	900	102,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.</i>		
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	2200	250,80
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	2200	250,80
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	57,—
	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern		
5465	eine Region	1260	143,64
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	256,50
	<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>		
	<i>Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>		

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor – einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum –	950	108,30
------	---	-----	--------

l. Sonstige

5472	Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z.B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle –	950	108,30
5473	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurfraction aus Erster-Radionuklid-Passage) –	900	102,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>		
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	153,90

m. Mineralgehalt

5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	34,20
------	---	-----	-------

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung – mindestens zwei ROI –	750	85,50
5481	Sequenzsintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge –	680	77,52
5483	Subtraktionssintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolsintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	77,52
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z.B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), – einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen –	1300	148,20
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaskpektren –	980	111,72

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	136,80
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	228,—
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	6000	684,—
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	7500	855,—

2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	282,72
5602	Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	153,90
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika .	1080	123,12
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane .	2700	307,80
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	256,50
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen – <i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>	900	102,60
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität –	1620	184,68
	<i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>		

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	501,60
------	---	------	--------

5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	478,80
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	490,20
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	501,60
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	456,—
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	273,60
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	456,—
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>		
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	114,—
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	114,—
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	91,20
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	684,—
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsserie umfaßt grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.
2. Eine Bestrahlungsfraction umfaßt alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muß indikationsgerecht erfolgen.
3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nummern 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z.B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorzidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.
4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfractionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	28,50
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>		
Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	22,80
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	11,40
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>		

5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	114,—
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion ...	2000	228,—

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	22,80
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>		
5812	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion	190	21,66
	<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>		
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	102,60

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen
(mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Minstdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muß diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.

Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z.B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.

Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.

5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	171,—
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>		
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	57,—
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	228,—
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	720	82,08
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	1000	114,—
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.

Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

5840	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	171,—
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>		
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	228,—
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion	300	34,20
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	114,—
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	239,40

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung –	6900	786,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	114,—
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	228,—
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	283,86
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	786,60“

59. Abschnitt Q wird gestrichen.

Artikel 2

Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Wortlaut der Gebührenordnung für Ärzte in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen. Dabei können die Anlage und deren Untergliederungen mit neuen durchlaufenden Ordnungszeichen versehen werden. Die Bekanntmachung nach Satz 1 kann auch Anpassungen enthalten, die sich auf Grund des Artikels 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb dieser Verordnung ergeben.

Artikel 3

Übergangsvorschrift

Für vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbrachte Leistungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung weiter.

Artikel 4
Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 18. Dezember 1995

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister für Gesundheit
Horst Seehofer

**Zehnte Verordnung
zum Gerätesicherheitsgesetz
(Verordnung über das Inverkehrbringen von Sportbooten – 10. GSGV*)**

Vom 18. Dezember 1995

Auf Grund des § 4 Abs. 1 des Gerätesicherheitsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Oktober 1992 (BGBl. I S. 1793) verordnet die Bundesregierung nach Anhörung des Ausschusses für technische Arbeitsmittel:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für das Inverkehrbringen von Sportbooten, unvollständigen Booten und einzelnen oder eingebauten Bauteilen.

(2) Sportboote im Sinne dieser Verordnung sind unabhängig von der Antriebsart sämtliche Wasserfahrzeuge mit einer nach der jeweils auf sie anzuwendenden harmonisierten Norm gemessenen Rumpflänge von 2,5 m bis 24 m, die für Sport- und Freizeit Zwecke bestimmt sind, sowie Wasserfahrzeuge, die gleichzeitig auch für Charter- oder Schulungszwecke verwendet werden können, sofern sie für Sport- und Freizeit Zwecke in den Verkehr gebracht werden.

(3) Bauteile im Sinne dieser Verordnung sind Bauteile nach Anhang II der Richtlinie 94/25/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Juni 1994 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Sportboote (ABl. EG Nr. L 164 S. 15).

(4) Diese Verordnung gilt nicht für:

1. ausschließlich für Rennen bestimmte und vom Hersteller entsprechend gekennzeichnete Wasserfahrzeuge, einschließlich Rennruderboote und Trainingsruderboote,
2. Kanus und Kajaks, Gondeln und Tretboote sowie aufblasbare Spielgeräte oder Badehilfen ohne Vorrichtungen für Besegelung oder Außenbordantrieb,
3. Segelsurfbretter,
4. motorbetriebene Surfbretter, Wassermotorräder und ähnliche Wasserfahrzeuge,
5. Originalfahrzeuge und vorwiegend mit Originalmaterialien angefertigte und vom Hersteller entsprechend gekennzeichnete einzelne Nachbauten von vor 1950 entworfenen historischen Wasserfahrzeugen,
6. Versuchsboote, solange sie nicht auf dem Markt der Gemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in den Verkehr gebracht werden,

*) Diese Verordnung dient der Umsetzung der Richtlinie 94/25/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Juni 1994 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Sportboote (ABl. EG Nr. L 164 S. 15), soweit sie das Inverkehrbringen von Sportbooten betrifft. Soweit diese Richtlinie die Inbetriebnahme von Sportbooten auf dem Wasser betrifft, wird sie durch verkehrsrechtliche Vorschriften des Bundes und, soweit erforderlich, der Länder umgesetzt.

7. den Eigengebrauch gebaute Boote, solange sie während eines Zeitraums von fünf Jahren nicht auf dem Markt der Gemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in den Verkehr gebracht werden,

8. unbeschadet des Absatzes 2, Fahrgastschiffe im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 der Binnenschiffs-Untersuchungsordnung vom 17. März 1988 (BGBl. I S. 238), zuletzt geändert durch Artikel 10 Abs. 1 der Verordnung vom 19. Dezember 1994 (BGBl. II S. 3822),

9. Tauchfahrzeuge,

10. Luftkissenfahrzeuge,

11. Tragflügelboote.

§ 2

Sicherheitsanforderungen

Sportboote, unvollständige Boote und Bauteile dürfen nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie den grundlegenden Anforderungen des Anhangs I der Richtlinie 94/25/EG entsprechen und bei bestimmungsmäßigem Betrieb und sachgemäßer Instandhaltung die Sicherheit und die Gesundheit von Personen, die Sicherheit von Sachen und die Umwelt nicht gefährden.

§ 3

Voraussetzungen für das Inverkehrbringen

(1) Sportboote dürfen nur dann in den Verkehr gebracht werden, wenn

1. das Sportboot mit der CE-Kennzeichnung nach § 4 Abs. 1 und 2 versehen und ihm eine schriftliche Konformitätserklärung mit den Angaben nach Nummer 2 des Anhangs XV der Richtlinie 94/25/EG beigelegt ist, wodurch der Hersteller oder sein in der Gemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassener Bevollmächtigter bestätigt, daß
 - a) das Sportboot den Sicherheitsanforderungen des § 2 entspricht und
 - b) die in Artikel 8 Nr. 1 bis 3 der Richtlinie 94/25/EG vorgeschriebenen Verfahren der EG-Konformitätsbewertung eingehalten sind, und
2. dem Sportboot vom Hersteller oder seinem in der Gemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassenen Bevollmächtigten ein Handbuch nach Anhang I Nr. 2.5 der Richtlinie 94/25/EG in deutscher Sprache beigelegt ist.

(2) Ein unvollständiges Boot darf ohne Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in den Verkehr gebracht werden, wenn diesem Boot eine Erklärung des

Herstellers oder seines in der Gemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassenen Bevollmächtigten oder der für das Inverkehrbringen verantwortlichen Person gemäß Anhang III Buchstabe a der Richtlinie 94/25/EG beigefügt ist.

(3) Bauteile dürfen nur dann in den Verkehr gebracht werden, wenn

1. das Bauteil mit der CE-Kennzeichnung nach § 4 Abs. 1 und 2 versehen und ihm eine schriftliche Konformitätserklärung mit den Angaben nach Nummer 2 des Anhangs XV der Richtlinie 94/25/EG beigefügt ist, wodurch der Hersteller oder sein in der Gemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassener Bevollmächtigter oder die für das Inverkehrbringen verantwortliche Person gemäß Anhang III Buchstabe b der Richtlinie 94/25/EG bestätigt, daß
 - a) das Bauteil den Sicherheitsanforderungen des § 2 entspricht und
 - b) die in Artikel 8 Nr. 4 der Richtlinie 94/25/EG vorgeschriebenen Verfahren der EG-Konformitätsbewertung eingehalten sind, und
2. dem Bauteil eine Erklärung des Herstellers oder seines in der Gemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassenen Bevollmächtigten oder der für das Inverkehrbringen verantwortlichen Person gemäß Anhang III Buchstabe b der Richtlinie 94/25/EG beigefügt ist.

(4) Unterliegt das Sportboot oder das Bauteil auch anderen Rechtsvorschriften, die die CE-Kennzeichnung vorschreiben, wird durch die CE-Kennzeichnung auch bestätigt, daß das Sportboot oder das Bauteil ebenfalls den Bestimmungen dieser anderen anzuwendenden Rechtsvorschriften entspricht. Steht jedoch gemäß einer oder mehrerer dieser Rechtsvorschriften dem Verantwortlichen während einer Übergangszeit die Wahl der anzuwendenden Regelung frei, so bestätigt die CE-Kennzeichnung in diesem Fall lediglich, daß das Sportboot oder das Bauteil den vom Verantwortlichen tatsächlich angewandten Rechtsvorschriften nach Satz 1 entspricht. In diesen Fällen müssen in den dem Sportboot oder dem Bauteil

beiliegenden Unterlagen, Hinweisen oder Anleitungen alle Nummern der den von ihm angewandten Rechtsvorschriften zugrundeliegenden Gemeinschaftsrichtlinien entsprechend ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften aufgeführt sein.

§ 4

CE-Kennzeichnung

(1) Die nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 oder Abs. 3 Nr. 1 erforderliche CE-Kennzeichnung muß auf jedem Sportboot oder Bauteil sichtbar, lesbar und dauerhaft angebracht sein.

(2) Die CE-Kennzeichnung besteht

1. aus dem Kennzeichen „CE“ nach Anhang IV der Richtlinie 94/25/EG,
2. aus der Kennnummer der benannten Stelle, wenn sie an der Fertigungskontrolle beteiligt ist.

(3) Zeichen oder Aufschriften, die mit der CE-Kennzeichnung verwechselt werden können, dürfen nicht angebracht werden.

§ 5

Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Gerätesicherheitsgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 3 Abs. 1, 2 oder 3 ein Sportboot, ein unvollständiges Boot oder ein Bauteil in den Verkehr bringt.

§ 6

Übergangsbestimmungen

Sportboote, unvollständige Boote und Bauteile, die den am 16. Juni 1994 im Geltungsbereich dieser Verordnung geltenden Bestimmungen entsprechen, dürfen bis zum 16. Juni 1998 in den Verkehr gebracht werden.

§ 7

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 16. Juni 1996 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 18. Dezember 1995

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister für Verkehr
Wissmann

Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung
Norbert Blüm

**Dritte Verordnung
zur Änderung seeverkehrsrechtlicher Vorschriften*)**

Vom 18. Dezember 1995

Auf Grund des

- § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 4 und 6, Satz 2, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und § 9c des Seeaufgabengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. September 1994 (BGBl. I S. 2802), § 9 geändert durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. Juni 1995 (BGBl. I S. 778), verordnet das Bundesministerium für Verkehr,
- § 12 Abs. 2 Satz 1 des Seeaufgabengesetzes in Verbindung mit dem 2. Abschnitt des Verwaltungskostengesetzes vom 23. Juni 1970 (BGBl. I S. 821) verordnet das Bundesministerium für Verkehr,
- § 5 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Seelotswesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. September 1984 (BGBl. I S. 1213), § 5 geändert durch Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Juli 1994 (BGBl. I S. 1554), verordnet das Bundesministerium für Verkehr nach Anhörung der Küstenländer und der Bundeslotsenkammer:

Artikel 1

**Änderung der
See-Sportbootvermietungsverordnung**

Die See-Sportbootvermietungsverordnung vom 7. April 1981 (BGBl. I S. 343) wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Verordnung
über die Inbetriebnahme
und die gewerbsmäßige Vermietung
von Sportbooten im Küstenbereich“.

2. § 1 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Diese Verordnung gilt für Sportboote, die zur Teilnahme am Verkehr auf den Seeschiffahrtsstraßen und

den seewärts angrenzenden Gewässern des deutschen Küstenmeeres in Betrieb genommen oder gewerbsmäßig vermietet werden. Sportboote im Sinne dieser Verordnung sind Wasserfahrzeuge mit und ohne Maschinenantrieb, die für Sport- oder Erholungszwecke verwendet werden, sowie Wassermotorräder und andere motorisierte Wassersportgeräte, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist. Als Vermietung im Sinne dieser Verordnung gilt die Überlassung eines Sportbootes an den Mieter ohne Gestellung eines Bootsführers oder einer Besatzung.“

3. Nach § 1 wird folgender neuer § 2 eingefügt:

„§ 2

Inbetriebnahme von Sportbooten

(1) Sportboote im Sinne des § 1 Abs. 2 und 4 der Verordnung über das Inverkehrbringen von Sportbooten vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1936), die nach dem 15. Juni 1998 erstmals auf den Markt der Gemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gelangen, dürfen nur in Betrieb genommen werden, wenn sie mit der CE-Kennzeichnung im Sinne des § 4 Abs. 1 und 2 der vorgenannten Verordnung versehen sind.

(2) Wassermotorräder und andere motorisierte Wassersportgeräte dürfen zur Teilnahme am Verkehr nur in Betrieb genommen werden, wenn sie mit einem gültigen amtlichen Kennzeichen nach § 4 der Verordnung über die Kennzeichnung von auf Binnenschiffahrtsstraßen verkehrenden Kleinfahrzeugen vom 21. Februar 1995 (BGBl. I S. 226), die durch § 9 der Verordnung vom 31. Mai 1995 (BGBl. I S. 769) geändert worden ist, versehen sind.“

4. Der bisherige § 2 wird § 2a und in Absatz 1 wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird das letzte Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

*) Artikel 1 dieser Verordnung dient der Umsetzung der Richtlinie 94/25/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Juni 1994 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Sportboote (ABl. EG Nr. L 164 S. 15), soweit sie die Inbetriebnahme von Sportbooten auf den Seeschiffahrtsstraßen und den seewärts angrenzenden Gewässern betrifft.

- b) In Nummer 3 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:
 „4. mit den nach § 2 erforderlichen Kennzeichnungen versehen ist.“
5. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach den Wörtern „und später alle zwei Jahre“ das Wort „möglichst“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:
 „(3) Die Zulassungsbehörde darf das Bootszeugnis nur einem fahrtüchtigen und mit den nach § 2 erforderlichen Kennzeichnungen versehenen Sportboot erteilen.“
6. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
 „Kennzeichnung
 gewerbsmäßig vermieteter Sportboote“.
- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
 „(3) An Wassermotorrädern und anderen motorisierten Wassersportgeräten müssen deutlich lesbar Name und Wohnort des Unternehmers dauerhaft angebracht sein.“
7. In § 7 Abs. 2 werden das Wort „Sportbootführerscheinverordnung“ durch das Wort „Sportbootführerscheinverordnung-See“ und die Wörter „geändert durch Artikel 1 Nr. 4 der Verordnung vom 19. Dezember 1975 (BGBl. 1976 I S. 9)“ durch die Wörter „zuletzt geändert durch Artikel 5 der Verordnung vom 7. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3744), in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
8. Die Überschrift des § 8 wird wie folgt gefaßt:
 „Pflichten
 der Mieter und Bootsführer
 gewerbsmäßig vermieteter Sportboote“.
9. Die Überschrift des § 9 wird wie folgt gefaßt:
 „Beschränkungen und
 Ausnahmen für die gewerbsmäßige Vermietung von Sportbooten“.
10. § 11 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 Buchstabe a wird die Angabe „§ 2 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 2a Abs. 1 Satz 1“ ersetzt.
- b) In Nummer 4 wird der Punkt durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
 „5. als Bootsführer entgegen § 2 ein Sportboot, ein Wassermotorrad oder ein anderes motorisiertes Wassersportgerät zur Teilnahme am Verkehr in Betrieb nimmt.“
11. § 13 wird gestrichen.

Artikel 2

Änderung der Anlaufbedingungsverordnung

Die Anlage zu § 1 Abs. 1 der Anlaufbedingungsverordnung vom 23. August 1994 (BGBl. I S. 2246), die durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3744) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift der Nummer 6 wird wie folgt gefaßt:
 „6. Verpflichtung zur Annahme eines Lotsen und zur Erstellung der Prüfliste“.
2. Nummer 6.1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „In der inneren Deutschen Bucht haben einen Seelotsen anzunehmen:“ durch die Wörter „Soweit in den Lotsverordnungen Elbe vom 15. Juni 1994 (BAnz. S. 7061), Weser/Jade vom 15. Juni 1994 (BAnz. S. 7129) und Ems vom 15. Juni 1994 (BAnz. S. 7131) in der jeweils geltenden Fassung nichts anderes bestimmt ist, haben in der inneren Deutschen Bucht außerhalb des deutschen Küstenmeeres einen Seelotsen anzunehmen:“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
 „Für die genannten Fahrtstrecken sind die Regelungen der Lotsverordnungen Elbe, Weser/Jade und Ems als Bedingung für das An- und Auslaufen zu beachten.“
- c) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:
 „Die Verpflichtung zur Annahme eines Seelotsen auf Fahrtstrecken innerhalb des deutschen Küstenmeeres richtet sich nach den Lotsverordnungen für die einzelnen Seelotsreviere.“
3. Nummer 6.2 wird wie folgt gefaßt:
 „6.2 Der Kapitän eines Schiffes, das gefährliche oder umweltschädliche Güter als Massengut oder in verpackter Form befördert und die inneren Gewässer der Bundesrepublik Deutschland anläuft oder aus diesen ausläuft, hat die in Anhang 3 aufgeführte Prüfliste sorgfältig in zweifacher Ausfertigung zu erstellen. Er hat die Prüfliste bei Durchführung einer Lotsberatung dem Seelotsen zu dessen Unterrichtung und darüber hinaus auf Anforderung den zuständigen Schiffsverkehrspolizeibehörden und der See-Berufsgenossenschaft zur Verfügung zu stellen.“

Artikel 3

Änderung der Sportbootführerscheinverordnung-See

§ 10 Abs. 1 Nr. 9 der Sportbootführerscheinverordnung-See vom 20. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1988), die zuletzt durch Artikel 5 Nr. 8 der Verordnung vom 7. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3744) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

- „9. Reisekosten für die Mitglieder der Prüfungsausschüsse und die Kosten für die Bereitstellung von Prüfungsräumen.“

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz – Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. – Druck: Bundesdruckerei GmbH, Zweigniederlassung Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Postfach 13 20, 53003 Bonn
Telefon: (02 28) 3 82 08 - 0, Telefax: (02 28) 3 82 08 - 36.

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 97,80 DM. Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 3,10 DM zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Januar 1993 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Postgirokonto Bundesgesetzblatt Köln 3 99-509, BLZ 370 100 50, oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe ohne Anlageband: 20,65 DM (18,60 DM zuzüglich 2,05 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 21,65 DM.

Preis des Anlagebandes: 105,80 DM (99,20 DM zuzüglich 6,60 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 106,80 DM.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7%.

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. · Postfach 13 20 · 53003 Bonn

Postvertriebsstück · Z 5702 · Entgelt bezahlt

Artikel 4

Neufassung der Verordnung über die Inbetriebnahme und die gewerbsmäßige Vermietung von Sportbooten im Küstenbereich

Das Bundesministerium für Verkehr kann den Wortlaut der Verordnung über die Inbetriebnahme und die gewerbsmäßige Vermietung von Sportbooten im Küstenbereich in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an

geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen.

Artikel 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am 1. Januar 1996 in Kraft. Artikel 1 tritt am 16. Juni 1996 in Kraft.

Bonn, den 18. Dezember 1995

Der Bundesminister für Verkehr
In Vertretung
Hans Jochen Henke