

GOÄ aktuell:

Zur Berechnung einzelner ärztlicher Leistungen

A. Schleppers¹ und J. E. Schmitz²

¹ Referat für Gebührenfragen, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Sulzbach

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden
(Chefarzt: Prof. Dr. J. E. Schmitz)

Untersuchungsleistungen - Allgemeine Bestimmungen

Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.

Kommentar

1. Definition des Behandlungsfalles

Mit der Definition des Behandlungsfalles und seiner Begrenzung auf den Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes wurde in der GOÄ eine zeitliche Zäsur eingeführt. Sie unterscheidet sich von der des EBM, der auf das Quartal abstellt.

2. Beginn des Behandlungsfalles

Der Behandlungsfall beginnt mit der ersten Inanspruchnahme des Arztes. Erstreckt sich die Behandlung über den Zeitraum eines Monats hinaus, so beginnt mit der ersten Inanspruchnahme des Arztes nach Ablauf der Monatsfrist ein neuer Behandlungsfall.

Ein neuer selbständiger, vom ersten unabhängiger Behandlungsfall beginnt auch mit der Behandlung jeder weiteren Erkrankung, die der Arzt neben der Ersterkrankung behandelt. Mehrere Erkrankungen, die der Arzt nebeneinander oder nacheinander innerhalb der mit der ersten Inanspruchnahme beginnenden Monatsfrist behandelt, sind also nach der Definition der GOÄ mehrere selbständige Behandlungsfälle.

Wird der Patient nach Beendigung einer Behandlung innerhalb der Monatsfrist erneut von demselben Arzt wegen derselben rezidivierenden Erkrankung behandelt, so beziehen sich seine Leistungen auf denselben Behandlungsfall. Die Beendigung der Behandlung etwa

- durch den Therapieerfolg,
- durch die Abgabe der Behandlung an den Arzt eines anderen Gebietes,
- durch die Überweisung des Patienten durch den niedergelassenen Arzt an einen anderen Arzt oder seine Einweisung in das Krankenhaus oder
- durch einen Arztwechsel

beendet nach der Definition der Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen den Behandlungsfall nicht.

Beispiel:

Gibt im Krankenhaus eine Fachabteilung die Behandlung an eine andere ab, und wird der Patient dorthin verlegt, wird er aber innerhalb der Monatsfrist nach der ersten Inanspruchnahme in die abgebende Abteilung zurückverlegt und dort von demselben Arzt wegen derselben Erkrankung weiterbehandelt, so geschieht diese Behandlung im Rahmen des ersten Behandlungsfalles.

3. Beendigung des Behandlungsfalles

Der Behandlungsfall endet mit Ablauf der Monatsfrist. Die Verschlimmerung der Erkrankung und das Auftreten schwerwiegender Krankheitsfolgen innerhalb der Monatsfrist, die so gewichtig sind, daß sie einen Beratungs- und Untersuchungsbedarf erfordern, der dem einer neuen Erkrankung entspricht, kann die Beendigung des laufenden und den Beginn eines neuen Behandlungsfalles rechtfertigen.

4. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Werden in einem Behandlungsfall wegen derselben Erkrankung / Verletzung mehrere Anästhesieverfahren erforderlich, die derselbe liquidationsberechtigte Arzt erbringt, so handelt es sich um einen Behandlungsfall, z.B.

- 1. Eingriff Laparotomie bei Ileus in der Aufnahme-nacht
- 2. Eingriff Revision am nächsten Tag,

nicht aber, wenn es um verschiedene, voneinander unabhängige Erkrankungen / Verletzungen geht.

Wechselt der liquidationsberechtigte Anästhesist, wird also z.B. eine zweite Anästhesie wegen derselben Erkrankung / Verletzung innerhalb weniger Tage im Belegkrankenhaus oder in der Praxis eines Operateurs durch einen anderen niedergelassenen Anästhesisten durchgeführt, so ist dies für ihn ein neuer Behandlungsfall.

5. Berechnung der Monatsfrist

Die Monatsfrist berechnet sich nach §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB. Danach zählt der Tag der ersten Inanspruchnahme nicht mit; die Frist endet im folgenden Monat mit dem Ablauf des gleichen Kalendertages.

Gebührenfragen

Beispiel:

Tag der ersten Inanspruchnahme 05.05.,
Ende des Behandlungsfalles 05.06., 24.00 Uhr.
Wird die Behandlung am 06.06. fortgesetzt, so ist dies
der Beginn eines neuen Behandlungsfalles.

Bei Behandlungsbeginn am letzten Tag eines Monats
mit 31 Tagen, z.B. 31.05., dem ein Monat mit 30 Tagen
folgt, endet der Behandlungsfall mit Ende dieses
Monats, also am 30.06. (§ 188 Abs. 3 BGB).

**Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind
neben den Leistungen nach den Abschnitten C bis O
im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.**

Kommentar

Die Beratung nach Nr. 1 und die Untersuchung nach
Nr. 5 können jeweils isoliert oder auch nebeneinander
berechnet werden. Neben Leistungen aus den Ab-
schnitten C bis O (z.B. neben einer Anästhesielei-
stung) dürfen sie jedoch nur einmal im Behand-
lungsfall wegen derselben Erkrankung berechnet wer-
den. Von dieser Einschränkung nicht berührt werden
die Beratung nach Nr. 3 sowie die Untersuchungen
nach den Nrn. 6 bis 8.

Nicht eingeschränkt ist die Berechnung der Nr. 1
und/oder 5, z.B. neben den Leistungen des Abschnittes
B VI (Berichte, Briefe).

**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 Krankheitsfalles 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.**

Kommentar

Berechnen darf der Arzt Leistungen, die für die medi-
zinische Versorgung notwendig sind sowie darüber
hinausgehende Leistungen, die auf Verlangen des
Zahlungspflichtigen erbracht wurden (§ 1 Abs. 2
GOÄ). Letztere sind in der Rechnung zu kennzeich-
nen (§ 12 Abs. 3 letzter Satz GOÄ).

Müssen die hier aufgeführten Beratungen und/oder
Untersuchungen an demselben Tag mehrmals erbracht
werden, so sind die jeweiligen Uhrzeiten zur Klarstel-
lung des Behandlungsablaufes in der Rechnung anzu-
geben. Die mehrmalige Berechnung der Leistungen
nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, und/oder 8 ist auf Verlangen

des Zahlungspflichtigen zu begründen, der mehrmali-
ge Ansatz der Nr. 3 ist in jedem Fall zu begründen.

Untersuchungsleistungen - Allge- meine Kommentare

1. Definition der Untersuchung

Unter den Begriff "Untersuchung" fallen alle Maß-
nahmen zur Feststellung physischer und psychischer
Fakten, die für die Diagnose und Therapie von
Bedeutung sind. Im medizinischen Sprachgebrauch
versteht man unter der Untersuchung das Erheben
von Befunden (Feststellung von Befindlichkeiten),
gleich mit welcher Methode.

Diese Untersuchungen sind entweder in selbständigen
Gebührennummern oder in ganzen Abschnitten des
Leistungsverzeichnisses aufgeführt. Unterschieden
wird zwischen

- den körperlichen Untersuchungen allgemeiner Art,
- den organspezifischen Untersuchungen und
- den Labor- und Röntgenuntersuchungen.

Die Nrn. 5 bis 8 dienen der Abgeltung all derjenigen
Untersuchungen, die nicht speziell in der GOÄ aufge-
führt sind. Hierzu gehören insbesondere die allgemei-
nen körperlichen Untersuchungen durch

- Inspektion (z.B. Allgemein- und Ernährungszu-
stand, äußerliche Krankheitszeichen, Beweglich-
keit der Gelenke, Mißbildungen)
- Auskultation (z.B. Herz- und Lungenerkran-
kungen, Gefäß, Darmgeräusche)
- Palpation / Perkussion (z.B. Schmerzempfindlich-
keit, Lage und Größe von Organen, Flüssigkeitsan-
sammlungen, Reflexverhalten).

Welche Leistungen nach den Nrn. 5 bis 8 berechnet
werden können, richtet sich nach Art und Umfang der
im Einzelfall erforderlichen Untersuchungen.

2. Berechnung der Untersuchungsleistungen

Handelt es sich um ein singuläres Krankheitssymptom,
welches nur eine eng begrenzte klinische Unter-
suchung erfordert, so kann eine symptombezogene
Untersuchung nach Nr. 5 berechnet werden. Gleiches
gilt für die partielle Untersuchung eines oder mehrerer
Organsysteme, wenn diese alleine oder zusätzlich
notwendig werden, z.B. neben einer Messung des
Blutdruckes und der Pulsfrequenz die Auskultation
des Herzens und/oder die Palpation der Nierenlager
und/oder die Inspektion des Rachens und/oder die
Erhebung des Zahnstatus.

Die Leistung nach Nr. 6 mit den dort angegebenen
fachspezifischen Untersuchungen kommt für den
Anästhesisten kaum in Betracht.

Die Leistung nach Nr. 7 ist berechenbar, wenn sich aus
der Anamnese Hinweise auf Vor- oder Begleiterkran-

kungen ergeben, welche die vollständige Untersuchung eines in Nr. 7 angeführten Organsystems erfordern.

Die Voraussetzung "mindestens" in der Leistungslegende besagt, daß mit der Vergütung nach Nr. 7 auch die vollständige oder partielle Untersuchung weiterer Organsysteme abgegolten ist. Eine Mehrfachberechnung der Nr. 7 ist danach ausgeschlossen, wenn bei der gleichen Inanspruchnahme mehrere Organsysteme vollständig untersucht werden mußten.

Die umfangreichste der Untersuchungen ist die Erhebung des Ganzkörperstatus. Sie umfaßt nicht nur die eingehende Untersuchung der in der Leistungslegende angegebenen Organe, sondern zusätzlich eine orientierende neurologische Untersuchung.

3. Dokumentation

Die Angabe in den Leistungslegenden der Nrn. 6 - 8 "gegebenenfalls einschließlich Dokumentation" meint nicht, daß die Dokumentation generell dem Belieben des Arztes überlassen ist. Die Verpflichtung zu ärztlichen Aufzeichnungen ergibt sich aus § 15 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte. Obligatorisch ist danach zumindest die Dokumentation pathologischer Befunde.

4. Leistung zu ungelegener Zeit

Werden Untersuchungen nach den Nrn. 5 bis 8 zu ungelegenen Zeiten erbracht, so können nach der neuen GOÄ (1996) - wie bei den Beratungen - die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D zusätzlich berechnet werden. Für die Untersuchungen nach den Nrn. 5 bis 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr kann ferner ein Zuschlag nach K1 berechnet werden. Falls diese Untersuchungen zu ungelegenen Zeiten erforderlich werden, kann der Zuschlag nach K1 zusätzlich zu den Zuschlägen nach A bis D berechnet werden.

Untersuchungsleistungen - Spezielle Kommentare

GOÄ Nummer 5

1. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Im anästhesiologischen Bereich kann in Ausnahmefällen bei jungen Patienten mit unauffälliger Anamnese und ohne erkennbare Begleiterkrankungen präanästhesiologisch eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 genügen, falls ausreichende Fremdbefunde vorliegen, die der Anästhesist im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes verwerten kann.

Postoperativ dient die symptombezogene Untersuchung und/oder partielle Untersuchungen eines oder mehrerer Organsysteme der Feststellung, ob und inwieweit die Wirkungen der Anästhetika abgeklun-

gen sind und wann ein Patient auf die Bettenstation zurückverlegt oder nach ambulanten Narkosen und Regionalanästhesien nach Hause entlassen werden kann.

2. Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 5.

Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8, 50 und 51 sowie den Nrn. 448 und 449 nicht berechnungsfähig. "Neben" bezieht sich hierbei auf dieselbe Arzt-Patienten-Begegnung.

Generell nicht berechenbar ist die Untersuchung nach Nr. 5

- neben Leistungen, deren Legende eine Untersuchung expressis verbis oder sinngemäß beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. Besuche nach den Nrn. 50, 51, intensivmedizinische Überwachung / Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

GOÄ Nummer 7

1. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Vor der Durchführung von Operationen ist die Untersuchung auf Operationsfähigkeit, vor Anästhesieverfahren die Prüfung der Anästhesiefähigkeit stets erforderlich. Dazu gehört neben der Erhebung der Anamnese und einer Beratung über die Art des Anästhesieverfahrens in der Regel eine Untersuchung nach Nr. 7:

Untersuchung der Brustorgane:

- Auskultation von Herz und Lunge
- Perkussion von Herz und Lunge, Blutdruckmessung.

Nach den Umständen des einzelnen Falles entscheidet sich, inwieweit der verantwortliche Arzt bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse zur Beurteilung verwerten kann und in welchem Umfang weiterführende Untersuchungen (z.B. EKG, Röntgenuntersuchung, Labor) erforderlich sind.

Sind intra- oder postoperativ ernsthafte Komplikationen aufgetreten, so wird gegebenenfalls eine erneute Untersuchung nach Nr. 7 notwendig sein.

2. Abrechnungsbeschränkungen

Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 sowie den Leistungen nach den Nrn. 448 und 449 nicht berechnungsfähig, also z.B. nicht als Abschlußuntersuchung nach der Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bei ambulanten Anästhesien.

Gebührenfragen

Generell nicht berechenbar ist Nr. 7

- neben Leistungen, deren Legende eine Untersuchung *expressis verbis* oder sinngemäß beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. intensivmedizinische Überwachung / Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken, nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

GOÄ Nummer 8

1. Definition des Ganzkörperstatus

Voraussetzungen für die Berechenbarkeit der Nr. 8 sind

- die medizinische Indikation zur Erhebung des Ganzkörperstatus (z.B. die Erstuntersuchung eines neuen Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus oder die umfangreiche Erstuntersuchung eines Schmerzpatienten)
- daß alle Untersuchungen der in der Abrechnungsbestimmung angegebenen Organsysteme durchgeführt wurden.

Die orientierende neurologische Untersuchung beinhaltet die Prüfung der wichtigsten neurologischen Reflexe, eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane (Hör- und Sehorgane), der Motorik, der Koordination, der Sensibilität der Haut sowie der Pulse der hirnvorsorgenden Arterien (ebenso *Lang* zu Nr. 8).

2. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Für den Anästhesisten kommt für die präanästhesiologische Untersuchung in der Regel die Leistung nach Nr. 7 in Frage. Voraussetzung ist die vollständige Untersuchung mindestens eines der in der Leistungslegende angegebenen Organsysteme. Partielle Untersuchungen weiterer Organsysteme sind ebenfalls mit Nr. 7 abgegolten und können nicht zusätzlich nach den Nummern 5, 6 oder 8 berechnet werden.

Bei jungen, anamnestisch und klinisch unauffälligen Patienten kann eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 ausreichen, insbesondere wenn komplementäre Fremdbefunde vorliegen, die der Anästhesist im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes verwerten kann. Nr. 5 ist auch zu berechnen für die partielle Untersuchung eines Organsystems. Weitere Einzelheiten hierzu finden sich bei *Weigand/Weißbauer/Zierl*, Komm. zur 4. Änderung der GOÄ, Anästh. Intensivmed. 5/1990, S. 286. Gleiches gilt für eine symptombezogene neurologische Untersuchung, z.B. zur Feststellung der Analgesieausbreitung bei einer Spinal-/Peridural- oder Plexusanästhesie, da es sich hier nur um einen Teil der eingehenden neurologischen Untersuchung nach Nr. 800 handelt (ebenso *Brück* zu Nr. 8). In besonderen Fällen, z.B. moribunde Patienten mit multiplen Vorerkrankungen und notwendiger aufwen-

diger anästhesiologischer Betreuung, kann auch für den Anästhesisten im Einzelfall eine Erhebung des Ganzkörperstatus indiziert sein, um alle anästhesierelevanten Faktoren präoperativ, insbesondere bei fehlenden oder nicht ausreichenden Vorbefunden zu erfassen.

Auch kann die Erhebung eines Ganzkörperstatus bei komplexen Schmerzkrankheiten erforderlich sein, um eine exakte Diagnose im Hinblick auf die Auswahl des Therapieverfahrens treffen zu können. Häufig ist der Anästhesist im Rahmen der Schmerztherapie der erste Arzt, der neben einer detaillierten Anamnese auch eine vollständige körperliche Untersuchung mit den Inhalten der Leistungslegende zu Nr. 8 durchführt.

3. Fachgebietsgrenzen

Die Erhebung des Ganzkörperstatus ist - anders als im EBM - keinen fachgebietsbezogenen Einschränkungen unterworfen. Diese umfangreiche Untersuchung dürfte jedoch für den Anästhesisten im Rahmen operationsbezogener Anästhesieverfahren nur in speziellen Fällen indiziert sein, (vgl. *Weigand*, Komm. zur 4. Änderung der GOÄ, Anästh. Intensivmed. 5/1996, S. 286/287). Einige Kommentatoren vertreten die Auffassung, daß Nr. 8 nur von denjenigen Arztgruppen berechnet werden könne, denen die Erhebung des Ganzkörperstatus weiterbildungsrechtlich zugeordnet werden könne. Aufgeführt werden hier die praktischen Ärzte (Ärzte ohne Gebietsbezeichnung), Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte und Chirurgen, (vgl. *Brück* zu Nr. 8). Eine derartige Einschränkung ist jedoch weder den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B II noch der Leistungslegende zu Nr. 8 zu entnehmen. Der Ordnungsgeber hätte die Leistung nach Nr. 8 entsprechend formulieren müssen. Vielmehr ist die Leistung nach Nr. 8 bewußt dem Kapitel B "Allgemeine Beratungen und Untersuchungen" zugeordnet. Sie muß auch für den Anästhesisten unter Berücksichtigung der speziellen Indikationen berechenbar sein.

4. Abrechnungsbeschränkungen

Werden mehr als die in der Leistungslegende zu Nr. 8 angegebenen Organsysteme untersucht, so sind weitere Untersuchungsleistungen nach den Nr. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht zusätzlich zu Nr. 8 berechenbar (vgl. 2. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 8). Gleiches gilt für die Nr. 801 (eingehende psychiatrische Untersuchung), obwohl diese in der 2. und 4. Abrechnungsbestimmung nicht aufgeführt ist. Vorrangig ist in diesem Fall die Abrechnungsbestimmung nach Nr. 801, wonach neben dieser Leistung u.a. die Berechenbarkeit der Nr. 8 ausgeschlossen ist.

Generell nicht berechenbar ist Nr. 8

- neben Leistungen, deren Legende eine Untersuchung *expressis verbis* oder sinngemäß beinhaltet (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. intensivmedizinische Überwachung / Behand-

lung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische / psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Untersuchungsleistungen als ärztliche Wahlleistung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Untersuchung nach der Nr. 5, 7 und 8, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahmen und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter

persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhausträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
Referat für Gebührenfragen des BDA
Sossenheimer Weg 19
D-65843 Sulzbach.

Fachkommentar DRG* (2. Auflage)

Nun ist es soweit. Am 01.01.2003 werden die ersten deutschen Krankenhäuser, die das Optionsmodell 2003 gewählt haben, in die Abrechnung nach German Diagnosis-Related Groups – Version 1.0 – einsteigen.

Da die Kodierqualität nach ICD 10 und OPS 301 die Grundlage der sachgerechten Klassifikation eines Patienten und damit die Basis der Vergütung für die durchgeführten Behandlung bildet, war es erforderlich, die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2002 zu aktualisieren.

Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) haben die überarbeitete Version am 02.10.2002 verabschiedet und kurz darauf im Downloadbereich der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Deutsche Kodierrichtlinien 2003 zur Verfügung gestellt. Die Änderungen zur Version 2002 sind vorwiegend redaktioneller Natur und sollen der Qualitätsverbesserung dienen. Ziel der Überarbeitung war es nicht, das Regelwerk zu erweitern, sondern in enger Anlehnung an die Erstversion den Inhalt zu präzisieren.

In diesem Sinne wurden folgende Änderungen durchgeführt:

- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien, Fehlerbereinigung
- Bereinigung der Kodierrichtlinien um Angaben zum OPS 301, Version 2.0 (gültig bis 31.12.2001)

- Überprüfung sämtlicher Beispiele und ggf. Überarbeitung im Sinne einer spezifischeren Kodierung
- Inhaltliche Klarstellung zu einigen relevanten DKR
- Integration notwendiger Inhalte aus den Abrechnungsbestimmungen für 2003
- Überprüfung der DKR-Vorgaben auf DRG-Kompatibilität.

Unbestritten ist sicherlich, daß einige Präzisierungen erfolgt sind. Gleichzeitig sind jedoch viele Unklarheiten geblieben oder sogar neu geschaffen worden, so daß auch die Kodierarbeiten im Jahr 2003 in einigen Bereichen unterschiedlichen Interpretationen unterworfen sein werden.

Nach dem großen Erfolg der inzwischen vergriffenen ersten Auflage zum Fachkommentar DRG Anästhesiologie stellen wir Ihnen ab sofort mit der zweiten Auflage des "Fachkommentars DRG Anästhesiologie" einen vollständig aktualisierten, qualifizierten und fachbezogenen Ratgeber für die tägliche Arbeit mit den DRGs zur Verfügung.

Wir hoffen, daß auch diese Auflage für Sie einen interessanten Leitfaden in der täglichen Praxis mit qualifizierten Informationen und Orientierungshilfen darstellen wird.

* Bestellformular siehe 3. Umschlagseite