

nebe leben GmbH:

Companion to Peppology

Informationen zu PEPP – kurz und bündig

Inhalt

Glossar	4	Splitting Sucht	27
Rechtliches	5	Splitting Psychose	28
Vorwort	6	Splitting affektive Störungen	29
Das kleine 1 × 1 des PEPP	7	Kognitive Funktionsprüfungen	31
Zeitverlauf des PEPP	8	Splitting organische Störungen	33
Definitionshandbuch	9	Alltagsfunktionsprüfungen	34
Degression	10	Splitting Sucht KJP	35
Deutsche Kodierrichtlinien	11	Weiteres Splitting KJP	36
ICD	12	Splitting Psychosomatik	37
Das kleine 1 × 1 des Codierens	14	1:1-Betreuung Erwachsene	38
OPS	17	Intensive Betreuung KJP	39
OPS-Zusatzcodes	18	Zusatz-, ergänz. Tagesentgelte	40
Therapieeinheiten	19	MDK-Prüfungen	41
Intensivmerkmale Erwachsene	21	Dokumentation PIA	42
Intensivmerkmale KJP	23	Änderungen 2019	43
PsychPV	24	Quellen	45
Funktionen	25		

Zugriff auf Internetressourcen über:

www.peppology.de



Glossar

Basis-PEPP	PEPP-Obergruppe entsprechend dem Grouping-Ergebnis
BMI	Body-Mass-Index
Definitionshandbuch	Gruppierungsregeln (<i>Grouping</i>) zur Ermittlung einer → PEPP, herausgegeben vom → InEK
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien, in der Version „DKR-Psych“ für die psychiatrischen Fächer
Entgeltkatalog	Fallgruppen (→ „PEPPs“) mit Bewertungsrelationen, Zusatzentgelte, ergänzende Tagesentgelte
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HD, ND	Hauptdiagnose, Nebendiagnose
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten (WHO, deutsche Modifikation des → DIMDI)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (getragen von Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und privaten Krankenversicherungen)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel, amtliche Klassifikation des → DIMDI
PEPP	<i>Neutrum, nur Singular:</i> das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik <i>Femininum:</i> die PEPP = Fallgruppe entsprechend dem Grouping-Ergebnis (analog zu einer DRG)
PEPPV	Vereinbarung zum → PEPP (Regeln zu Abrechnung und Wiederaufnahmen)
Psychiatrische Fächer	Sammelbezeichnung für Psychiatrie der Erwachsenen, Psychosomatik und → KJP
Therapieeinheit	Zählgröße für Therapien, je 25 min, → KJP je 15 min

Rechtliches

Herausgeber

Herausgeber der Broschüre ist die nebe leben GmbH, Esslingen am Neckar.

Urheberrecht

Wir weisen darauf hin, daß in dieser Broschüre Inhalte aufgeführt sind, die dem Urheberrecht unterliegen. Die Quellen sind größtenteils offizielle Veröffentlichungen oder werden angegeben. Aus dem Fehlen einer Quellenangabe kann nicht geschlossen werden, daß die Information keinem Urheberrecht unterliegt. Alle weiteren Rechte an dieser Broschüre und ihren Inhalten bleiben dem Herausgeber vorbehalten. Kopien und andere Arten der Verwertung, auch elektronisch, sind ohne Zustimmung des Herausgebers nicht gestattet.

Haftungsausschluß

Die Inhalte wurden sorgfältig erstellt. Dennoch können Druckfehler und falsche Informationen nicht ausgeschlossen werden. Wir übernehmen keine Haftung für die Aktualität, die Richtigkeit oder die Vollständigkeit der Informationen in dieser Broschüre. Wir freuen uns über Verbesserungsvorschläge.

Vorwort

„Companion to Peppology“ ist kein ganz ernstgemeinter Titel. Aber tatsächlich ist der Umgang mit dem Abrechnungssystem anstrengend und kompliziert wie eine Wissenschaft, daher die Idee „Peppology“. Dabei soll die Broschüre ein Begleiter sein, um das wichtigste in Kürze greifbar zu haben wie in einem Kitteltaschenbuch, auch wenn in den psychiatrischen Fächern der weiße Kittel nur ausnahmsweise zum Einsatz kommt.

Da der Umgang mit PEPP kompliziert genug ist, bemühen wir uns hier um eine einfache und griffige Sprache. Sperrige Begriffe werden zum Teil vereinfacht und verkürzt. Die Geschlechtsangaben schließen immer beide Geschlechter ein.

Um das PEPP-Dickicht zu entwirren, ist es hilfreich, die → Quellen zu kennen. Zugriff darauf erhalten Sie einfach über unsere Seite

www.peppology.de

nebe leben GmbH

Wir beraten Krankenhäuser in Fragen des Erlösmanagements. Als Unternehmen, das von einem praktizierenden Psychiater gegründet wurde und geführt wird, passen wir gut zu Herausforderungen im PEPP-Umfeld. So haben wir bereits etliche Projekte erfolgreich begleitet – in der Erwachsenenpsychiatrie ebenso wie in der Psychosomatik und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kontakt

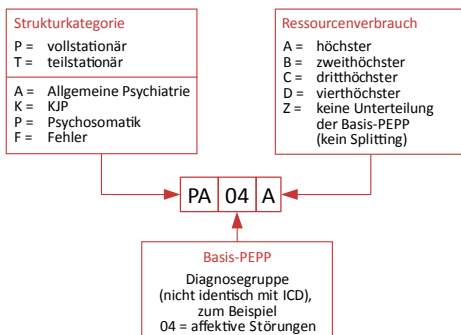
Wenden Sie sich gerne an uns, wir liefern Ihnen bei Bedarf neue Broschüren – und Ideen für Ihre Herausforderungen.

nebe leben GmbH · www.nebe-leben.de · info@nebe-leben.de · +49 151 56929346



Das kleine Einmaleins des PEPP

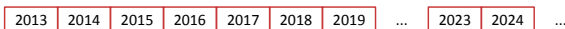
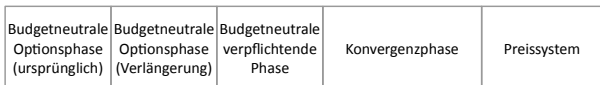
- Jede voll- oder teilstationäre Behandlung zählt als Fall. Erneute Aufenthalte innerhalb von 14 Tagen werden zu einem Fall zusammengeführt (bis zu 90 Tagen nach dem ersten Fall der Kette). Ambulante Behandlungen werden bislang nicht im PEPP abgerechnet.
- Abgerechnet werden alle Behandlungstage, auch der Entlassungstag. Es gibt keine Fallpauschale. Der Krankenhauserlös für jeden Behandlungstag ergibt sich aus: Bewertungsrelation für den Fall \times „Basisentgeltwert“ (Größenordnung bei Erwachsenen: $1,0 \times 250$ EUR).
- Die Bewertungsrelation bestimmt sich nach *der* PEPP (im Sinne von Fallgruppe), diese wird anhand von Abteilungsart, Alter, Diagnosen, Prozeduren (Maßnahmen) und Belegungstagen ermittelt.
- Nomenklatur einer PEPP: zwei Buchstaben für die Strukturkategorie (Abteilungsart), zwei Ziffern für die Basis-PEPP und ein Buchstabe für die Aufwandsunterscheidung:



- Der wichtigste Faktor für den Erlös ist die Zahl der Behandlungstage, gefolgt von der Hauptdiagnose, gefolgt von Nebendiagnosen und Prozeduren.
- Unter den Prozeduren sind in der Erwachsenenpsychiatrie 1:1-Betreuung und Intensivmerkmale besonders wichtig, in der KJP Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung.
- Therapieeinheiten sind derzeit noch nachrangig. Die stationsäquivalente Behandlung hat bislang kaum praktische Bedeutung.

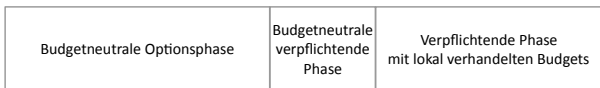
Zeitverlauf des PEPP

Regelung bis 2016



Vorbereitung bis 2012: verpflichtende Dokumentation, Probekalkulation, erste Eckkalkulation; Verlängerung der Optionsphase durch GKV-FQWG 01.01.2015

Regelung heute (seit dem PsychVVG, 2017)



- Nach dem Wegfall der Konvergenzphase wächst bei den Krankenhäusern mit niedrigem Basisentgeltwert das Budget nicht mehr automatisch.
- Für Krankenhäuser mit hohem Basisentgeltwert wird es schwierig, lokale Besonderheiten nachzuweisen, die den Basisentgeltwert rechtfertigen und nicht bereits durch das PEPP-Leistungsgerüst abgebildet sind.
- Entscheidend für die krankenhausesindividuell zu findenden Basisentgeltwerte wird der „Krankenhausvergleich“ sein, der mit dem PsychVVG eingeführt wurde und über dessen Verfahren man sich bis Januar 2019 auf Basis eines InEK-Konzeptes einigen muß.

Definitionshandbuch

Das Definitionshandbuch wird jährlich vom InEK veröffentlicht. Am Anfang wird die „Strukturkategorie“ festgelegt; Algorithmus: teilstationäre PEPPs → Fehler- und Prä-PEPPs (spezielle Bedingungen und extrem hoher Betreuungsaufwand) → vollstationäre PEPPs.

Die teilstationären PEPPs sind formal Z-PEPPs ohne Splitting; TA20Z kann aber durch Aufwand auf TA19Z und TK04Z auf TK14Z aufgewertet werden.

Vollstationäre PEPPs

Inhalt	Basis-PEPP	Splitting	BR
Erwachsenenpsychiatrie			
Intelligenzstörungen	PA01	A, B	1,20 – 1,06
Sucht	PA02	A, B, C, D	1,09 – 0,94
Schizophrenie	PA03	A, B	1,04 – 0,94
Affektive Störungen	PA04	A, B, C	1,06 – 0,87
Persönlichkeits-, Eßstörungen	PA14	A, B	1,03 – 0,94
Organische Störungen, Demenz	PA15	A, B, C	1,25 – 1,07
KJP			
Intelligenzstörungen	PK01	A, B	1,75 – 1,56
Sucht	PK02	A, B	1,70 – 1,42
Schizophrenie	PK03	Nein (Z)	1,72
Affektive Störungen	PK04	A, B	1,64 – 1,43
Eßstörungen	PK10	Nein (Z)	1,67
Verhaltensstörungen	PK14	A, B, C	1,73 – 1,46
Psychosomatik			
Affektive Störungen	PP04	A, B	0,88 – 0,82
Eßstörungen	PP10	A, B	1,04 – 0,94
Persönlichkeitsstörungen	PP14	Nein (Z)	0,88

BR: Bewertungsrelation am Ende der → Degression, gerundet

Für ausgewählte PEPPs werden in dieser Broschüre Informationen zu den → Splittingkriterien gegeben.

Deutsche Kodierrichtlinien

Hauptdiagnose

- Diagnose, die „nach Analyse“ den stationären Aufenthalt veranlaßt hat, das heißt Befunde und Erkenntnisse aus dem Verlauf werden rückblickend mit berücksichtigt
- Beispiel: Patient kommt mit Alkoholintoxikation, dann durch Verlauf und Fremdanamnese Erkenntnis, daß der Alkoholkonsum auf einem hypomanischen Syndrom bei bekannter bipolarer affektiver Störung beruhte im Sinne einer „Selbstbehandlung“ → Hauptdiagnose hypomanische Episode bei bipolarer Störung F31.0

Nebendiagnosen

- Diagnose muß aktuell vorhanden sein, nicht nur in der Vergangenheit oder anamnestisch
- Diagnose muß mit Aufwand einhergehen
 - Therapeutisch (zum Beispiel Medikation)
 - Diagnostisch (Röntgen, Konsile, Laboruntersuchungen, die ohne die Nebendiagnose nicht veranlaßt worden wären)
 - Sonstiger Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand (beliebig, aber muß dokumentiert sein)
 - Es gibt keine Bestimmungen über die Höhe des Aufwandes, er darf also auch sehr klein sein
 - Es gibt keine Vorschrift, daß sich *ein* Aufwand nicht auf mehrere Nebendiagnosen beziehen darf
- Keine Codierung von Symptomen, die schon durch eine übergeordnete Diagnose erklärt sind (Angst bei depressivem Syndrom, Schlafstörung bei Manie, Fieber bei Pneumonie et cetera)
- Nicht kodierrichtlinienkonforme, aber klinisch bedeutsame Diagnosen müssen und sollen nicht unterdrückt werden; sie dürfen aber nicht in die groupingrelevante Codierung und in die PEPP-Ermittlung eingehen

Verdachtsdiagnosen

- Als reguläre Diagnose zu codieren, auch wenn Diagnose nicht eindeutig ist, aber Behandlung in dieser Richtung erfolgt (Beispiel: antibiotische Behandlung bei Verdacht auf bakterielle Pneumonie)

ICD

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD der WHO) wird für deutsche Verwaltungszwecke angepaßt; verbindlich ist derzeit die ICD-10-GM (*german modification*), die vom DIMDI jedes Jahr herausgegeben wird.

Stellen der Codes

Es gibt dreistellige, vierstellige und fünfstellige Codes. Die Codierung ist nur korrekt und gültig, wenn sie „endständig“ erfolgt, das heißt wenn die Zahl der möglichen Codestellen ausgeschöpft wird.

Beispiele

Stellen	Code	Inhalt
3	F61	Kombinierte Persönlichkeitsstörung
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode
5	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung

Andersherum ist es nicht zulässig, mehr Stellen zu codieren, als der Code hergibt. Nach Überarbeitung der ICD sind die früher möglichen Codierungen F10.25 (Alkoholabhängigkeit, derzeit abstinent) und F43.21 (depressive Anpassungsstörung) heute nicht mehr erlaubt und müssen durch F10.2 und F43.2 ersetzt werden.

Spezifische Codierung

Wenn es mehrere Möglichkeiten der Codierung zu geben scheint, ist die spezifischste Codierung die zu bevorzugende. Das Kriterium der Spezifität entscheidet auch in Streitfällen. Bei der Suche nach Codes helfen Softwarewerkzeuge, die meistens im Krankenhausinformationssystem integriert sind, oder das alphabetische ICD-Verzeichnis. In der Frage nach dem spezifischsten Code hat das systematische ICD-Verzeichnis Vorrang vor dem alphabetischen (für die Verzeichnisse siehe www.peppology.de).

Zusatzkennzeichen

Bei somatischen Krankheiten kann an den Code eine Seitenbezeichnung angefügt werden: L = links, R = rechts, B = beidseitig. Die Kennzeichnungen der Diagnosesicherheit (V = Verdacht, Z, A, G) sind im stationären Bereich nicht erlaubt.

Inklusiva und Exklusiva

Inklusiva geben Hinweise, was im jeweiligen Code eingeschlossen ist. Exklusiva bezeichnen Krankheiten, die abzugrenzen sind, weil sie eine andere Genese haben oder nicht regelhaft gleichzeitig auftreten. Sie können parallel codiert werden, zum Beispiel organischer Wahn (F06.2) oder organische Depression (F06.3) bei Demenz (F00–F03).

Sekundäre Diagnosen

Sekundäre Codes können nicht allein, sondern nur zusammen mit einem primären Code verwendet werden; sie sind dann immer Nebendiagnosen.

- Ausrufezeichencodes sind zum Teil erlösrelevant, in den psychiatrischen Fächern besonders die Codes → U69.30! bis U69.36! für den Konsumweg bei Drogen.
- Sternchencodes gehören zum Kreuz-Stern-System, bei dem eine Ätiologie-Primärdiagnose (†) mit einer Manifestation-Sekundärdiagnose (*) kombiniert wird, zum Beispiel G30.1† mit F00.1* für die Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn oder E11.20† mit N08.3* für den Diabetes Typ 2 mit Nephropathie.

Suizidversuche und Suizidalität

Der spezifischste Code für Suizidversuch oder Suizid ist X84.9! und besser als zum Beispiel Z72.8. Der Code R45.8 (Suizidalität) ist in Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen nicht erlaubt. Generell ist abzuwägen, ob die Vorteile (Zusatzinformation, Auswertungsmöglichkeiten) einer Codierung größer sind als die Nachteile (mögliche Stigmatisierung; bei häufigem Gebrauch Suggestierung, daß Depression, Schizophrenie et cetera ohne solche Codes nicht stationär behandlungsbedürftig sei).

Achsen der Diagnosearten

Diagnosearten stehen auf verschiedenen Achsen, die voneinander unabhängig sind:

- Hauptdiagnose versus Nebendiagnosen (→ Deutsche Kodierrichtlinien)
- Primär- versus Sekundärdiagnosen (→ ICD)
- Aufnahme- versus Entlassungsdiagnosen (Meldungen nach § 301 SGB V)

OPS-Zusatzcodes

Zusatzcodes werden zusätzlich zu einem Behandlungscode (zum Beispiel 9-607, Regelbehandlung) gegeben.

Inhalt	Erwachsene	KJP
1:1-Betreuung (Einzelbetreuung)	9-640.0	9-693.1
Kleinstgruppe	9-640.1	9-693.0
Krisenintervention	9-641	9-690
Somatisch-psychiatrische Komplexbehandlung	9-642	
Mutter- oder Vater-Kind-Setting	9-643	
Stationersetzende Behandlungsmaßnahmen	9-644	9-691
Komplexer Entlassungsaufwand	9-645	9-692
Psychosoziale Notlage	9-646	
Qualifizierte Entzugsbehandlung	9-647	9-694
Supervisionsaufwand	9-648	9-695
Therapieeinheiten	9-649	9-696

Legende:

Hintergrund ■ = löst unter Umständen ergänzendes Tagesentgelt aus

Hintergrund ■, ohne Code = Code nicht existent

Hintergrund ■, mit Code = Code seit 2018 gestrichen

Der Code für die Therapieeinheiten ist ein reiner Zählcode. Dabei werden, beginnend mit dem Aufnahmetag, die Therapieeinheiten von sieben aufeinanderfolgenden Tagen in fünf Kategorien aufaddiert und jeweils ein entsprechender Code gegeben, der rückwirkend auf den ersten Tag der Siebentageperiode datiert wird. Die fünf Kategorien ergeben sich durch (1) Ärzte Einzel-, (2) Ärzte Gruppentherapie, (3) Psychologen Einzel-, (4) Psychologen Gruppentherapie, (5) Spezialtherapeuten Einzeltherapie. Seit 2019 entfallen die Codes für die Gruppentherapie der Spezialtherapeuten und für alle pflegerischen Therapieeinheiten.

Therapieeinheiten

Regeln

- Anrechnung der Therapeuten entsprechend der Grundvergütung (Beispiel: wie approbierte Psychologin besoldete Psychotherapeutin in Ausbildung zählt als Psychologin)
- Keine Anrechnung von Aufnahmeuntersuchung, Visite, Besprechungen ohne Patient (Teambesprechung), ausgenommen Besprechungen mit Richter, Betreuer und ähnliches

Erwachsene

- Gruppengröße maximal 18 Patienten
- Bei Gruppenpsychotherapie von 13 bis 18 Patienten zwei Therapeuten erforderlich, davon mindestens ein Arzt oder Psychologe

Kinder und Jugendliche

- Gruppengröße maximal 15 Patienten, Eltern-(Kind-)Gruppentherapien mit maximal acht Familien
- Bei Gruppen zwischen vier und zehn Patienten „in der Regel“ zwei Therapeuten erforderlich, ab elf unbedingt zwei Therapeuten
- Familien- und Elterngespräche ohne Patient zählen wie Einzeltherapie

Berechnung

Die Tabelle im OPS-Anhang ist zur Bestimmung nicht nötig. Die Zahl der Therapieeinheiten pro Patient errechnet sich als: Zahl der Therapeuten multipliziert mit vollendeten 25-min-Blöcken (KJP: 15-min-Blöcke), bei Gruppen dividiert durch die Zahl der Patienten.

Beispiel: In der KJP findet 55 min lang eine Gruppe mit zwei Psychologinnen und fünf Kindern statt $\rightarrow 2 \times \lfloor 55 \div 15 \rfloor \div 5 = 2 \times 3 \div 5 = 1,2$ Therapieeinheiten pro Patient. Auch die Nachkommastellen werden innerhalb einer Kategorie über sieben Tage aufaddiert.

Bei Gruppen mit Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen resultieren separate Therapieeinheiten (zum Beispiel Arzt und Psychologe).

Erlöswirkung

Erwachsene: Ärzte und Psychologen mäßig, aber langsam zunehmend, Spezialtherapeuten kaum; KJP: seit 2019 Auswirkung eines besonders hohen Anteils an Einzeltherapien (siehe Funktion → TEZH) auf zwei PEPPs.

Bei den Gruppentherapieeinheiten der Spezialtherapeuten und allen Therapieeinheiten der Pflege (beziehungsweise des Pflege- und Erziehungsdienstes der KJP) wurden die OPS-Codes abgeschafft. Es besteht offensichtlich keine Erwartung, daß diese Leistungen sich in Zukunft noch als Kostentrenner erweisen könnten und daher eine Erlöswirkung haben sollten.

Splitting Sucht Erwachsene

Aufwertung von PA02D auf PA02C

Alter \geq 65 Jahre

Delir F1_4

Kombination von \geq 2 Suchtgruppen F10, F12, F13, F15, F16, F18

Funktionen \rightarrow INTENS oder \rightarrow QEERW

ND Psychose F20.0, F21, F22.0, F25.0, F25.2

ND Kachexie R64 oder chronische Nierenkrankheit N18.4–5

Aufwertung auf PA02B

Psychotische Störung F11.5, F14.5 oder F16.5

Kombination von F11 mit F14 oder eine von beiden mit F10, F12, F13, F15, F16 oder F18

Funktionen \rightarrow IKPPKB oder \rightarrow MVKIS

Eine ND: Hirntumor, Hirnmetastase, CLL, CML, Pneumonie, schwere Sehbehinderung, Virushepatitis, HIV-Infektion, Enteritis, Chorea Huntington, Wernicke-Enzephalopathie

Schwangerschaft

Pflegegrad \geq 2

Aufwertung auf PA02A

Heroin nicht intravenös U69.31! oder Drogen intravenös U69.30!, U69.32!, U69.33!, U69.35! (siehe Tabelle Seite 26)

Opiate F11.2–8 mit Surrogatparameter für intravenösen Konsum: Virushepatitis, HIV-Infektion, Hautabszeß, Phlegmone, Kachexie

Funktionen \rightarrow EBAERW oder \rightarrow TEEZ

Pflegegrad \geq 3

Substanz	Intravenös	Nicht i. v.
Heroin	U69.30!	U69.31!
Sonstige Substanzen (auch Kokain)	U69.32!	
(Meth-)Amphetamin-haltige Stoffe	U69.33!	U69.34!
Sonstige Stimulanzien	U69.35!	U69.36!

Quellen

Schnellverweise finden Sie unter: www.peppology.de

Informationsquelle	Herkunft	Inhalt
ICD-10-GM	DIMDI	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosecodes
OPS-Katalog	DIMDI	<ul style="list-style-type: none">• Behandlungscodes• Zusatzcodes• Therapieeinheiten
Deutsche Kodier-richtlinien	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Definition Hauptdiagnose• Definition Nebendiagnose• Spezialanweisungen
Entgeltkatalog	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Bewertete vollstationäre PEPPs• Unbewertete vollstationäre PEPPs• Bewertete teilstationäre PEPPs• Unbewertete teilstationäre PEPPs• Zusatzentgelte (zum Teil in EUR)• Ergänzende Tagesentgelte mit Bewertungsrelationen
Definitionshandbuch	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Algorithmus zur PEPP-Ermittlung (Grouping-Logik)
PEPPV	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Abrechnungsregeln (zum Beispiel Verlegungen, Wiederaufnahmen)
FoKA – Fachaus-schuß Codierung	DGfM	<ul style="list-style-type: none">• Kommentierung oder Konsentierung der MDK-Richtlinien

Eigene Artikel

- Nebe J: Mythos Degression; f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jun 2015, 442–445
- Nebe J: Der Übergang von PEPP zum PsychVVG – Aktuelles zu Codierung und Medizincontrolling in den psychiatrischen Fächern; KU special Medizincontrolling, Sep 2016, 24–26
- Nebe J, Hochlehnert A, Wolff-Menzler C, Schauenburg H, Puppe B, Mosafer M: Fehlbelegungsprüfungen im PEPP-Zeitalter; KU special Medizincontrolling, Sep 2017, 18–20

Companion to Peppology 2019

PsychPV

Codierung

Erlösrelevanz

1:1-Betreuung

Dokumentation

Splittingkriterien

Intensivmerkmale

Funktionsprüfungen

Therapieeinheiten

OPS-Zusatzcodes

Änderungen 2019

Nebendiagnosen

MDK-Prüfung

Degression

PIA

nebe leben GmbH

Tobias-Mayer-Str. 4/1

73732 Esslingen am Neckar

+49 151 56929346

www.nebe-leben.de

info@nebe-leben.de



**nebe
leben**