



## Ausfüllhinweise Dekubitusprophylaxe (DEK)

Stand: 30. April 2021 (QS-Spezifikation 2021 V07)  
Copyright © 2021 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	-	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	-	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p>
4	Fachabteilung	-	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses übernommen werden.</p> <p>Hier wird die aufnehmende Abteilung aus den Routinedaten generiert.</p>
5	Identifikationsnummer des Patienten	-	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.</p>
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p>
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p>

9	Aufnahmegrund	01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme	Besonderheiten bei der DRG- Fallzusammenführung: Bei der DRG- Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG- Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.
10	Entlassungsdatum Krankenhaus	§ 301-Vereinbarung Format: TT.MM.JJJJ	Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021 Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.
11	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1  § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021. Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Zeile Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	

## Teildatensatz Dekubitus (DEK)

### Dekubitus

12	Wievielter Dekubitus?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Diese Information soll automatisch eingetragen werden. Hier sind alle Dekubitusulcera ab einem Grad/Kategorie 2 zu kodieren.  Es handelt sich bei dieser Angabe um eine laufende Nummer ab Dekubitus Grad/Kategorie 2. Sie soll nicht den chronologischen Ablauf der Dekubitusulcera abbilden, sondern ist für das Anlegen von Teildatensätzen notwendig.  Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  Es ist für alle im Abrechnungsdatensatz mit L89.1-, L89.2-, L89.3- oder L89.9 kodierten Dekubitus der Schweregrad/ die Kategorie anzugeben. Dieser entspricht
13	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	-	

den Angaben im Abrechnungsdatensatz. Dekubitusulcera mit einem Stadium / einer Kategorie 1 (L89.0-) sind nicht zu dokumentieren.

L89.1- Dekubitus Stadium / Kategorie 2:  
Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverlust o.n.A.

L89.2- Dekubitus Stadium / Kategorie 3:  
Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.

L89.3- Dekubitus Stadium / Kategorie 4:  
Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln).

L89.9- Dekubitus, Stadium / Kategorie nicht näher bezeichnet:  
Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Stadiums.

Daneben ist die Lokalisation anzugeben: Die Lokalisation entspricht der fünften Stelle des L89.- ICD-Kodes. Wird der Punkt in L89.- mit gezählt, handelt es sich um die sechste Stelle.

0 = Kopf  
1 = Obere Extremität  
2 = Dornfortsätze  
3 = Beckenkamm [Spina iliaca]  
4 = Kreuzbein [Steißbein]  
5 = Sitzbein  
6 = Trochanter  
7 = Ferse  
8 = Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität  
9 = Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Die Seitenlokalisierung ist dem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung für den L89.- zu entnehmen und ist im nachfolgenden Datenfeld "Seitenlokalisierung" zu kodieren.

Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.

An dieser Stelle ist die Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus zu kodieren.

Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung nach Format § 301-Vereinbarung.

Hinweis: K wird generiert, wenn keine Seitenangabe für den unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" dokumentierten Dekubitus in den Abrechnungsdaten nach § 301-Vereinbarung zu finden ist.

Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Aufnahme ein Dekubitus (an dieser Stelle, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag.

Hinweise:

- Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Aufnahme ein Dekubitus auf beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf einer Seite kein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.
- Wird ein Patient mit einem Dekubitus aufgenommen, der während des stationären Aufenthaltes plastisch gedeckt werden soll, so ist in diesem Datenfeld „ja“ zu dokumentieren.
- Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den

14 Seitenlokalisierung

B = beidseitig  
K = keine Seitenlokalisierung angegeben  
L = links  
R = rechts

15 War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")

0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden  
1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden  
9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum.

Beispiel:

1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.1.2021
  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.1.2021
- Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01.2021 vorlag.

Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Entlassung ein Dekubitus (an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag.

Hinweise:

- Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Entlassung ein Dekubitus aus einer der beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf keiner der Seiten ein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.
- Wurde während des stationären Aufenthaltes eine plastische Deckung des Dekubitus vorgenommen, sodass der Dekubitus bei Entlassung nicht mehr vorhanden ist, so ist in diesem Datenfeld „Nein“ zu dokumentieren.
- Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum.

Beispiel:

1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021
  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021
- Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01.2021 vorlag.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

## Teildatensatz Basis (B)

### Risikofaktoren

17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E10.- „Diabetes mellitus, Typ 1“</p> <p>E11.- „Diabetes mellitus, Typ 2“</p>
18	sonstiger Diabetes Mellitus	0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt: :</p> <p>E13.- "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus"</p>
19	eingeschränkte Mobilität	0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>G20.- „Primäres Parkinson-Syndrom“</p> <p>G81.- „Hemiparese und Hemiplegie“</p>

			G82.- "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie"
			G83.- „Sonstige Lähmungssyndrome“
			M24.5 „Gelenkkontraktur“
			M62.- „Sonstige Muskelkrankheiten“
			R26.3 „Immobilität“
			R40.- „Somnolenz, Sopor und Koma“
			R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“
			S14.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe“
			S24.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe“
			Z74.0 „Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität“
20	Infektion	0 = nein 1 = ja	Z99.3 „Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl“ Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:  A40.- „Streptokokkensepsis“  A41.- „Sonstige Sepsis“  J15.- „Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert“  J16.- „Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert“  J17.-* „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“  J18.- „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“  J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“  M72.6- „Nekrotisierende Fasziiitis“  M86.- „Osteomyelitis“  R57.2 „Septischer Schock“  R65.-! „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:  F00.-* „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“  F01.- „Vaskuläre Demenz“  F02.-* „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“  F03.- „Nicht näher bezeichnete Demenz“
21	Demenz und Vigilanzstörung	0 = nein 1 = ja	

22	Inkontinenz	0 = nein 1 = ja	<p>G30.- † „Alzheimer-Krankheit“ Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>N39.- „Sonstige Krankheiten des Harnsystems“</p> <p>R15 „Stuhlinkontinenz“</p> <p>R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E41.- „Alimentärer Marasmus“</p> <p>E43.- „Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung“</p> <p>E44.- „Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades“</p> <p>E46.- „Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung“</p>
23	Untergewicht oder Mangelernährung	0 = nein 1 = ja	<p>R64 „Kachexie“ Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>„Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p> <p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>B37.1 „Kandidose der Lunge“</p> <p>B37.7 „Candida-Sepsis“</p> <p>D50.- „Eisenmangelanämie“</p> <p>D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie“</p> <p>D52.- „Folsäure-Mangelanämie“</p> <p>D53.- „Sonstige alimentäre Anämien“</p> <p>D61.- „Sonstige aplastische Anämien“</p> <p>D62.- „Akute Blutungsanämie“</p> <p>D63.-* „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“</p> <p>D64.- „Sonstige Anämien“</p> <p>D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der</p>
24	Adipositas	0 = nein 1 = ja	<p>„Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p> <p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>„Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p> <p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>„Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p>
25	weitere schwere Erkrankungen	0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>„Ja“ wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>B37.1 „Kandidose der Lunge“</p> <p>B37.7 „Candida-Sepsis“</p> <p>D50.- „Eisenmangelanämie“</p> <p>D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie“</p> <p>D52.- „Folsäure-Mangelanämie“</p> <p>D53.- „Sonstige alimentäre Anämien“</p> <p>D61.- „Sonstige aplastische Anämien“</p> <p>D62.- „Akute Blutungsanämie“</p> <p>D63.-* „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“</p> <p>D64.- „Sonstige Anämien“</p> <p>D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der</p>

Leukozyten“

G63.2\* „Diabetische Polyneuropathie“

K70.- „Alkoholische Leberkrankheit“

K72.- „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert“

K74.- „Fibrose und Zirrhose der Leber“

N17.- „Akutes Nierenversagen“

N18.4 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4“

N18.5 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“

N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen“

R18 „Aszites“

R34 „Anurie und Oligurie“

R60.- „Ödem, anderenorts nicht klassifiziert“

R77.0 „Veränderungen der Albumine“

U69.01 „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“

U69.02 „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung“

U69.03 „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung“

26 Dauer der Beatmung      **Angabe in:** Stunden  
**Gültige Angabe:** >= 0 Stunden

Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“

Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.

Hier wird die Anzahl der Beatmungsstunden aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses abgeleitet.

## Lange Schlüssel

**Schlüssel 1**  
 "Entlassungsgrund"

01 = Behandlung regulär beendet  
 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  
 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  
 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  
 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 07 = Tod  
 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  
 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  
 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  
 11 = Entlassung in ein Hospiz  
 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung  
 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG  
 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  
 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)  
 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen  
 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt