

Ausfüllhinweise Modul 15/1: Gynäkologische Operationen (Mammachirurgie siehe Modul 18/1)

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
1	Fallpauschalen-Nummer	FPKatalog		Eintrag der Fallpauschale, die die Abrechnung der in diesem Datensatz dokumentierten Leistung widerspiegelt. Erlaubte Listeneinträge: Siehe Fallpauschalen KEL 2003 (Katalog der einbezogenen Leistungen). http://www.bqs-online.de/download/gsfpse-2003-anhang-1a-kel-20021218.pdf
2	Sonderentgelt-Nummer	SEKatalog		Eintrag des Sonderentgelts, das die Abrechnung der in diesem Datensatz dokumentierten Leistung widerspiegelt. Erlaubte Listeneinträge: Siehe Sonderentgelte KEL 2003 (Katalog der einbezogenen Leistungen). http://www.bqs-online.de/download/gsfpse-2003-anhang-1a-kel-20021218.pdf
2,1	FP/SE-Katalog-Version	FPSEVersion	2000 = Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge 2000 (Vertrag vom 16.12.1999) und frühere Versionen 2001 = Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge 2001 (Fassung vom 21.12.2000) 2002 = Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge 2002 (Fassung vom November 2001)	2003 gelten weiter die Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge 2002
3	Institutionskennzeichen	IKNr		Das IK wird bei der Datenübermittlung zwischen den Gesetzl. Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet. Die IK werden durch die Sammel- und Vergabestelle IK in St. Augustin vergeben und gepflegt. Bitte das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK verwenden
3,1	Betriebsstätten-Nummer			Dieses Datenfeld dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung (immer „1“) kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
4	Fachabteilung	Fachabt	Codes siehe Dokumentationsbogen	
5	Identifikationsnummer der Patientin			Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme
6	Geburtsjahr			
7	Aufnahmedatum			Datum der Aufnahme ins Krankenhaus
8	Aufnahmediagnose(n) ICD-10	ICD10		
8,1	Aufnahmediagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
9	Präoperative Risikoeinstufung (ASA)	ASA	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	Risikoklassifikation ASA = American Society of Anesthesiologists
10	Präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)	praeCDC	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	<p>Präoperative Wundkontamination nach CDC – Kriterien:</p> <p>1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. <i>elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</i></p> <p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <p>- z. B. <i>Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen.</i></p> <p>3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. <i>abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung</i></p> <p>4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. <i>OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom</i></p>
11	Voroperation im gleichen OP-Gebiet	JN	1 = ja 0 = nein	Hiermit sind Voroperationen gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind (z. B. Vor-OP an den Adnexen, vorausgegangene Appendektomie bei geplanter Hysterektomie, vorausgegangene Pelviskopien).
12	Notfall	JN	1 = ja 0 = nein	
13	Medikamentöse Thromboseprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
14	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	
15	Primär ambulant geplante und begonnene Operation	JN	1 = ja 0 = nein	
16	Stationäre Weiterbehandlung erforderlich	JN	1 = ja 0 = nein	
17	Operations-Datum			
18	Operations-Zugang	OpZugang	1 = abdominal 2 = vaginal 3 = laparoskopisch 4 = hysteroskopisch 5 = vulvar 6 = sonstige	
19	Ungeplanter Wechsel des Zugangs	JN	1 = ja 0 = nein	
20	Operation OPS-301	OPS301		
20,1	OPS-301-Version	OPSVersion	1 = OPS-301 Version 1.1 2 = OPS-301 Version 2.0 3 = OPS-301 Version 2.1	
21	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)			
22	Revisions-Operation aufgrund von Komplikationen notwendig	RevisionsOP	0 = nein 1 = nach Ersteingriff in derselben Einrichtung 2 = nach Ersteingriff in auswärtiger Einrichtung	
23	Bluttransfusion	JN	1 = ja 0 = nein	Gabe von Erythrozytenpräparaten intraoperativ bzw. während des gesamten postoperativen Verlaufs im Zusammenhang mit dem dokumentierten Eingriff
24	Intraoperative Komplikationen	JN	1 = ja 0 = nein	
25	Art der Komplikation (intraoperativ)	IntraOpKompl	1 = Blase 2 = Harnleiter 3 = Urethra 4 = Darm 5 = Uterus 6 = Gefäß-/Nervenläsion 7 = Lagerungsschaden 8 = andere Organverletzungen 9 = andere intraoperative Komplikationen	
26	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe zur postoperativen (eingriffsbezogenen) Wundinfektion. Wenn die Angabe mit 1 = Ja beantwortet worden ist, ist die Einteilung der postoperativen Wundinfektion nach CDC-Klassifikation (Item 27) anzugeben.
27	CDC-Klassifikation	postCDC	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit 1 = Ja beantwortet worden ist. CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision. 3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächliche Inzision. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision. 3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. 3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>¹ Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen</p>
28	Sonstige postoperative Komplikationen	JN	1 = ja 0 = nein	
29	Art der Komplikation (postoperativ)	PostopKomplGyn	01 = Pneumonie 02 = kardiovaskuläre Komplikationen 03 = tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose 04 = Lungenembolie 05 = Infektion der ableitenden Harnwege 06 = Serom/Hämatom 07 = OP-pflichtige Nachblutung 08 = Gefäß- und / oder Nervenschäden 09 = Dekubitus 10 = Fieber > 38° C (ab 3. Tag postop. > 48 h) 11 = Sepsis 12 = Ileus 13 = andere postop. Komplikationen	<p>Schlüsselwert 01 (Pneumonie):</p> <p>Pneumoniekriterien nach CDC Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. 2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. • Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten. • Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p> <p>Schlüsselwert 02 (Kardiovaskuläre Komplikationen): Komplikationen des Herzen oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell)</p> <p>Schlüsselwert 03 (Tiefe/Bein-Beckenvenenthrombose) : Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>Schlüsselwert 04 (Lungenembolie): Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>Schlüsselwert 05 (Infektion der ableitenden Harnwege): Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC) muss eines der folgenden Kriterien erfüllen: 1. Eines der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Mißempfindungen und eine Urinkultur von > 10⁵ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen. 2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Mißempfindungen und eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> • Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv • Pyurie (> 10 Leukozyten/ml oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin) • Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen • zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10² koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin • Urinkultur mit < 10⁵ KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden • Diagnose des Arztes Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie. </p> <p>Schlüsselwert 06: (Serom/Hämatom) Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention erforderlich ist.</p> <p>Schlüsselwert 08: (Gefäß- und Nervenschäden) Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden Nervenschaden (sensibel oder motorisch) definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist, so daß Hautnervenschäden nicht zu dokumentieren sind.</p> <p>Schlüsselwert 11: (Sepsis) Sepsis (CDC-Definitionen) - Durch Labor bestätigte primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen:</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>1. Pathogener Erreger aus Blutkultur isoliert, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle verwandt ist.*</p> <p>2. Eines der folgenden: Fieber (> 38 °C), Schüttelfrost oder Hypotonie (systolischer Druck <= 90 mmHg)</p> <p>UND eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gewöhnlicher Hautkeim¹, welcher nicht mit einer Infektion an anderer Stelle verwandt ist*, wurde aus zwei zu verschiedenen Zeiten entnommenen Blutkulturen isoliert - gewöhnlicher Hautkeim wurde in mindestens einer Blutkultur bei einem Patienten mit intravasulärem Fremdkörper isoliert UND Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie - positiver Antigen-Bluttest und Krankheitserreger ist mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt. <p>- Klinische primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen: Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (> 38 °C), • Hypotonie (systolischer Druck <= 90 mmHg), • Oligurie (< 20 ml/h) ohne sonstige erkennbare Ursache <p>UND sämtliche der folgenden Anzeichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen oder Antigene im Blut entdeckt. 2. Keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle². 3. Arzt leitet eine Therapie wegen Sepsis ein. <p>- Sekundäre Sepsis³ Ein durch Blutkultur isolierter Keim stimmt mit einer verwandten nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein. Dies ist als sekundäre Sepsis zu klassifizieren.</p> <p>* Stimmt der aus der Blutkultur isolierte Mikroorganismus mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein, wird die Sepsis als sekundäre Sepsis klassifiziert. Eine Ausnahme besteht bei der katheterassoziierten Sepsis, die als primäre klassifiziert wird, auch dann, wenn lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle ersichtlich sind.</p> <p>¹z. B. Koagulase negative Staphylokokken, Corynebakterien, Propionibakterien</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>² Bei Vorliegen offensichtlicher Infektionen an anderer Stelle, hierzu zählen auch Infektionen an der Gefäßkathetereinstichstelle inklusive evtl. vorliegender arterien- oder Veneninfektion, kann keine klinische primäre Sepsis diagnostiziert werden.</p>
30	Postoperative Histologie	JN	1 = ja 0 = nein	
31	Führender Befund	HistolOpGyn	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p><u>Erläuterungen zu einzelnen Schlüsselwerten (Schlüssel 6: Histologie)</u></p> <p><u>Adnexe</u> 18 ohne histologische Organpathologie = histologisch gesundes Gewebe (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung) 19 andere Adnex-Histologie = Veränderungen an den Adnexen (Tuben und/oder Ovarien), die in den Schlüsselwerten 10 bis 17 des Histologie-Schlüssels nicht vorgesehen sind</p> <p><u>Cervix uteri</u> 28 ohne histologische Organpathologie = histologisch gesundes Gewebe (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung) 29 andere Cervix-Histologie = Veränderungen der Cervix uteri, die in den Positionen 20 bis 24 des Histologie-Schlüssels nicht vorgesehen sind</p> <p><u>Corpus uteri</u> 38 ohne histologische Organpathologie = histologisch gesundes Gewebe (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung) 39 andere Corpus-Histologie = Veränderungen des <u>Corpus uteri</u>, die in Positionen 30 und 31 des Histologie-Schlüssels nicht vorgesehen sind</p> <p><u>Vagina/Vulva</u> 78 ohne histologische Organpathologie = histologisch gesundes Gewebe (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung) 79 andere Vagina/Vulva-Histologie = Veränderungen von Vagina und/oder Vulva, die in den Positionen 70 bis 72 des Histologie-Schlüssels nicht vorgesehen sind</p> <p>Abortmaterial ist mit „39 andere Corpus-Histologie“ zu dokumentieren</p> <p>Metastasenbefall der Adnexe (z. B. Krukenber-Tumor) ist mit „19 andere Adnex-Histologie“ zu dokumentieren Korpusmalignome, welche keine Karzinome sind (z. B. Uterusleiomyosarkom, Leiomyomatose), sind unter „39 andere-Korpus-Histologie“ zu dokumentieren</p>
32	pT	TNMPT	Kodes siehe Dokumentationsbogen	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
33	pN	TNMPN	0 = 0 1 = 1 X = X	
34	pM	TNMM	0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden	
35	G	TNMG	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 B = B X = X	
36	weitere Befunde	HistolOpGyn	Kodes siehe Dokumentationsbogen	
37	Assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden	JN	1 = ja 0 = nein	
38	Wiederholte Einmalkatheterisierung	Jleer	1 = ja	
39	Transurethraler Dauerkatheter	Jleer	1 = ja	
40	Suprapubischer Dauerkatheter	Jleer	1 = ja	
41	Entlassungsdatum			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus
42	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10	ICD10		Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Modul der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen
42,1	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000	
43	Entlassungsgrund	EntlGrund	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 Leistungsträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
44	Sektion erfolgt	JN	1 = ja 0 = nein	