

Frankenstein/Täger/Andrassy

**Kodierleitfaden für die Angiologie 2024**



# Kodierleitfaden für die Angiologie 2024

Inklusive der aktuellen FoKA- und MD-Empfehlungen

von

Prof. Dr. Lutz Frankenstein

PD Dr. Tobias Täger

Prof. Dr. Martin Andrassy

13. Auflage 2024

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. Lutz Frankenstein und PD Dr. Tobias Täger  
Medizinische Universitätsklinik  
Abteilung Innere Medizin III  
Kardiologie, Angiologie und Pneumologie  
Im Neuenheimer Feld 410  
69120 Heidelberg  
E-Mail: Lutz\_Frankenstein@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Martin Andrassy  
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal  
Gutleutstr. 1-14  
76646 Bruchsal

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

ISBN 978-3-98800-034-7

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld  
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven  
Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

## Vorwort

Angiologische Erkrankungen sind wesentlich häufiger als gemeinhin akzeptiert. Alleine die chronischen Venenleiden verursachen einen hohen volkswirtschaftlichen Schaden und sind für die Patienten sehr einschränkend. Nicht viel anders verhält es sich mit den arteriellen Erkrankungen. Dabei werden wir nicht zuletzt durch die Entwicklung der Altersstruktur und der sogenannten Wohlstandskrankheiten vor stetig wachsende Patientenzahlen gestellt.

Nicht immer ist die Zuordnung angiologischer Krankheitsbilder zum Fachgebiet „Angiologie“ einfach oder eindeutig. Es bestehen Überschneidungen mit den vaskulären Erkrankungen an Herz (Kardiologie) und Nervensystem (Neurologie/Neurochirurgie), Teilaspekten bei Venen-/Lymphgefäßleiden (Dermatologie), sowie eine enge Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie und den internistischen Teilgebieten, die ätiologisch beteiligt sind (z. B. Rheumatologie, Diabetologie etc.). Dieser Zuordnungs-Aspekt wird in dem vorliegenden Kodierleitfaden komplett ignoriert werden, da die Fachgebietszugehörigkeit die Verschlüsselung und Abrechnung nicht berührt.

Bezüglich der Abrechnung im DRG-System steht die Angiologie wie fast keine andere Disziplin im Spannungsfeld von ambulanten und stationersetzenden Maßnahmen. Größere Veränderungen der Kodierung sind nicht passiert. Das DRG-Jahr 2024 steht ganz im Zeichen der Ambulantisierung.

Der AOP-Katalog ist um eine ganze Reihe von Maßnahmen erweitert worden – interessanterweise nicht um den vollständigen Satz der in IGES-Gutachten erwähnten Leistungen. Für die Angiologie gab es keine Änderungen – nicht zuletzt, weil die Angiologie seit Jahren ausgeprägt ambulantisiert ist.

Betrachtet man den reinen Katalogeffekt angiologischer Kernleistungen, so ist erstmals seit Jahren eine moderate, aber relativ breit gefächerte Aufwertung zu sehen. Denjenigen, die dies für die Abbildung der Mehrkosten angiologischer Innovation halten, sei

entgegnet, dass mathematisch der gleiche Effekt auch durch Ausgliederung weniger kostenintensiver Leistungen (zum Beispiel in den ambulanten Bereich) erreicht werden kann.

Eine angiologische Abteilung sollte in Ihrer Dokumentation einen hohen Wert auf Genauigkeit und Verständlichkeit legen: der medizinische Sachverhalt ist komplex und Kodierer sind keine Fachärzte. Sie benötigen daher einfache Angaben, welche Maßnahmen am Patienten durchgeführt wurden bzw. welche Diagnosen behandelt wurden. Dies kann im einfachsten Fall bereits den Erfolg oder Misserfolg beim Streit um primäre und sekundäre Fehlbelegung bedeuten. Kodierfehler werden nicht mehr ausgeglichen. Im Zweifel werden keine Erlöse für angefallene Kosten generiert.

Scheuen Sie nicht die Kontaktaufnahme mit den Autoren, da interpretierbare Kodierungen und knifflige Fallkonstellationen von Ihrem Feedback leben. Ein Dank vorab an alle Leser für Ihre Kommentare und Hinweise.

Heidelberg, Februar 2024

Lutz Frankenstein,  
Tobias Täger & Martin Andrassy

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	5
1 Einführung .....	13
1.1 Hauptdiagnose.....	13
1.2 Nebendiagnose .....	13
1.3 Symptome.....	14
1.4 Prozeduren.....	14
2 Erkrankungen der Arterien.....	15
2.1 Atherosklerose und Folgeerkrankungen .....	15
2.1.1 Supraaortale und hirnversorgende Gefäße..	15
2.1.2 Aorta .....	16
2.1.3 Arme .....	16
2.1.4 Beine – pAVK & Folgen.....	16
2.1.5 Nierenarterie .....	18
2.1.6 Sonstige Arterien .....	18
2.2 Sonstige Erkrankungen der Arterien .....	18
2.2.1 Aorta .....	18
2.2.2 Pulmonale Gefäße .....	20
2.2.3 Truncus coeliacus und Mesenterialgefäße ...	23
2.2.4 Nierenarterien.....	24
2.2.5 Arterielle Embolien.....	25
2.2.6 „Resteschlüssel“ .....	25
3 Venöse Erkrankungen.....	27
3.1 Phlebothrombose und postthrombotisches Syndrom..	28
3.2 Thrombophlebitis .....	29
3.3 Varikosis/chronisch venöse Insuffizienz (CVI) .....	32
3.4 Ulcus cruris venosum.....	33
3.5 Pfortaderthrombose und Portale Hypertension .....	34
4 Erkrankungen der Lymphgefäße .....	35
5 Entzündliche Gefäßerkrankungen/ Vaskulitiden .....	43
5.1 Wegener'sche Granulomatose – Granulomatose mit Polyangiitis (GPA).....	43
5.2 Churg-Strauss Syndrom.....	44
5.3 Mikroskopische Polyangiitis .....	44

5.4	Kryoglobulinämische Vaskulitis .....	44
5.5	Schoenlein-Henoch Purpura .....	45
5.6	Kutane leukozytoklastische Angiitis .....	45
5.7	Panarteriitis nodosa .....	45
5.8	Kawasaki-Syndrom .....	46
5.9	Riesenzellarteriitis .....	46
5.10	Takayasu Arteriitis .....	46
5.11	Thrombangiitis obliterans .....	46
5.12	Morbus Behçet .....	47
5.13	Verbliebene Schlüssel .....	47
6	Ulcus cruris und diabetischer Fuß .....	49
6.1	Ulcus cruris .....	49
6.2	Diabetischer Fuß .....	51
7	Angiologische Notfälle .....	53
7.1	Dissektion von Arterien .....	53
7.1.1	Dissektion zerebraler Arterien .....	53
7.1.2	Aortendissektion .....	53
7.1.3	Dissektion sonstiger Arterien .....	54
7.2	Arterielle Embolie .....	55
7.2.1	Arterielle Embolie hirnversorgender Gefäße .....	55
7.2.2	Arterielle Embolie viszeraler Gefäße .....	56
7.2.3	Arterielle Embolie von Extremitätenarterien .....	57
7.2.4	Arterielle Embolie in Schwangerschaft und Wochenbett .....	57
7.3	Lungenembolie .....	58
8	Begleiterkrankungen .....	59
8.1	Multiresistente Erreger .....	59
8.2	Häufige Nebendiagnosen in der Angiologie .....	66
8.2.1	Stoffwechselerkrankungen .....	66
8.2.2	Nierenerkrankungen .....	68
8.2.3	Infektionen .....	68
8.2.4	Hypertonus .....	68
8.2.5	Herzkrankungen .....	69
8.2.6	Komplikationen .....	70
8.2.7	Folgestände nach Erkrankungen und Eingriffen .....	71

9	Diagnostik.....	73
9.1	Nicht-invasive Diagnostik.....	73
9.1.1	Nicht kodierbare (diagnostische) Prozeduren .....	73
9.1.2	Nur einmal kodierbare (diagnostische) Prozeduren.....	74
9.1.3	Spezifische nicht-invasive Diagnostik .....	74
9.2	Invasive Diagnostik .....	75
9.2.1	Arteriographie .....	75
9.2.2	Phlebographie.....	75
9.2.3	Lymphographie .....	76
9.2.4	Endosonographie [IVUS] & optische Kohärenztomographie.....	77
10	Interventionen .....	79
10.1	Perkutan transluminale Interventionen an Gefäßen des großen Kreislaufs.....	79
10.1.1	Ballonangioplastie/perkutane transluminale Angioplastie (PTA).....	81
10.1.2	Drug Eluting Ballon (DEB) und antikörperbeschichtete Ballons.....	89
10.1.3	Blade-Angioplastie (Scoring Balloons/Cutting Balloon).....	94
10.1.4	Laser-Angioplastie.....	96
10.1.5	Atherektomie und Rotationsatherektomie...	98
10.1.6	Fremdkörperentfernung.....	101
10.1.7	Thrombaspiration, Thrombektomie & Rotationsthrombektomie .....	106
10.1.8	Medikamentöse Thrombolyse.....	112
10.1.9	Embolieprotektionssysteme .....	116
10.1.10	Intraarterielle Spasmolyse .....	117
10.1.11	Selektive Embolisation .....	121
10.1.12	Kryoplastie.....	122
10.1.13	Drahtsysteme zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse .....	124
10.1.14	Periphere Lithoplastie .....	128

---

10.2	Perkutan transluminale Interventionen an Gefäßen des Lungenkreislaufs inkl. Lungenarterienembolie (LAE) .....	131
10.3	Perkutan-transluminale Stentimplantation.....	138
10.3.1	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents.....	139
10.3.2	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents...	157
10.3.3	Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Stents (Stent-Graft).....	159
10.3.4	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen Stents .....	166
10.3.5	Denervation über die Arteria renalis zur Therapie des Hochdrucks.....	168
10.3.6	Interventionelle AV-Fisteln.....	169
10.4	Gefäßverschlussysteme .....	170
11	Unterbrochene Interventionen .....	173
12	NUBs und Zusatzentgelte.....	175
12.1	NUB 2024.....	175
12.2	Integration NUB in das DRG-System .....	175
12.3	ZE .....	175
13	Änderungen 2024 gegenüber 2023.....	179
13.1	ICD.....	179
13.2	CC-Matrix .....	182
13.3	OPS .....	183
13.4	Deutsche Kodierrichtlinien 2024.....	185
13.5	AOP.....	186
14	Notwendigkeit stationärer Behandlung/Kontextfaktoren ..	187

15	Ambulantes Operieren.....	189
15.1	Aus AOP wird stationär.....	189
15.2	Systematik des AOP-Katalogs.....	190
15.3	AOP-Kataloge.....	190
16	Verbringung.....	197
17	Legende zu den Kodierbeispielen.....	199
18	Link-Sammlung.....	211
	Links zu DRG-verwandten Themen.....	211
	Links zu medizinischen und anderen Bereichen.....	212
	Stichwortverzeichnis.....	213



# 1 Einführung

Zunächst zwei einfache Regeln:

1. Keine Diagnose ohne Mehraufwand, keine Prozedur ohne Durchführung!

Folgt man diesem Satz, umschiffen man schon die größten Fehler der Verschlüsselung.

2. Kein Kodieren ohne vollständige Unterlagen!

Manches steht eben nicht explizit im Arztbrief – der Pflegeaufwand z. B. fast grundsätzlich nicht. Oft ergeben sich Codes trotzdem z. B. aus der Kombination aus Testergebnis und Pflegekurve – beispielsweise die Relevanz einer Hypokaliämie.

## 1.1 Hauptdiagnose

Stellen Sie sich nur eine einzige (die folgende) Frage: Warum/ aufgrund welcher Krankheit ist der Patient am Tag der stationären Aufnahme wirklich aufgenommen worden? Das ist die Hauptdiagnose. Die Antwort ist retrospektiv, also mit allen Informationen des Entlassbriefes zu geben. Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/ oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen, ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. [DKR D002].

## 1.2 Nebendiagnose

Einfache Regel: Alles, was wir als „Diagnose“ belegen können, aber nicht die Hauptdiagnose ist, ist eine Nebendiagnose. Stets aber: kein Aufwand = keine Nebendiagnose! Der Mehraufwand muss natürlich dokumentiert sein als eine der folgenden drei

Formen: therapeutische Maßnahmen; diagnostische Maßnahmen; erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

### 1.3 Symptome

In zwei grundsätzlichen Konstellationen kodieren wir Symptome:

1. Das Symptom ist ein eigenständiges Problem.

Damit können wir Symptome sogar als Hauptdiagnose haben – eben immer dann, wenn das Symptom als eigenständiges Problem der Grund für die stationäre Aufnahme war.

2. Das Symptom ist das einzige, was wir kodieren können

Gelegentlich enden Aufenthalt und Arztbrief nach einer langen Liste von Untersuchungen ohne greifbare Erkrankung bzw. Diagnose. Dann sind Symptome direkt als Nebendiagnosen kodierbar, wenn sie Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen erfüllen [DKR D003].

### 1.4 Prozeduren

Während Diagnosen nur kodierbar sind, wenn sie einen (von den o. a. drei möglichen Formen von) Aufwand verursachen, ist die Regel für Prozeduren noch einfacher – wir kodieren nur, was wir gemacht haben. Prozeduren sind also Aufwand. Die zweite Regel ist, dass der gewählte Kode die Prozedur vollständig beschreiben sollte.

## 2 Erkrankungen der Arterien

### 2.1 Atherosklerose und Folgeerkrankungen

Atherosklerose ist immer eine Systemerkrankung. Ihre Manifestation verursacht viele der Wohlstandserkrankungen der westlichen Welt mit hoher gesundheitlicher und ökonomischer Relevanz. Deswegen gibt es auch einen eigenen Schlüssel, der einen Teil der Folgekrankheiten gleich mit beinhaltet. Unter der I70 (Atherosklerose) gruppieren rein ätiologisch/begrifflich auch die Arteriosklerose, die Arteriosklerose, die Arteriosklerotische Gefäßkrankheit im allgemeinen, das arterielle Atherom, die arterielle/arteriovaskuläre/oder vaskuläre Degeneration, die Endarteriitis deformans oder obliterans und die senile Arteriitis bzw. Endarteriitis. Die Koronargefäße verschlüsseln über die I25 und die Mesenterialgefäße über die K55. Auf letztere wird noch gesondert eingegangen.

#### 2.1.1 Supraaortale und hirnversorgende Gefäße

Im Sinne des DRG werden die supraaortalen Gefäße – zusammen mit weiteren Arterien – zu „sonstige Arterien“ zusammengefasst. Der Schlüssel lautet folglich:

I70.8 Atherosklerose sonstiger Arterien

Da dies die einzige Information des Schlüssels ist, ist im Sinne der vollständigen Abbildung der Erkrankung eventuell noch ein Schlüssel zur Angabe des Ausmaßes der Stenosierung durch die Atherosklerose nötig. Das wäre dann die:

I65.- Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt  
Inkl.: Embolie/Obstruktion (komplett) (partiell)/Stenose/Thrombose der A. basilaris, A. carotis oder A. vertebralis, ohne resultierenden Hirninfarkt  
Exkl.: Als Ursache eines Hirninfarktes (I63.-)

- 165.0 Verschluss und Stenose der A. vertebralis
- 165.1 Verschluss und Stenose der A. basilaris
- 165.2 Verschluss und Stenose der A. carotis
- 165.3 Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien
- 165.8 Verschluss und Stenose sonstiger präzerebraler Arterien
- 165.9 Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten präzerebralen Arterie  
Inkl.: Präzerebrale Arterie o. n. A.

### **2.1.2 Aorta**

Soll lediglich unspezifisch die Atherosklerose der Aorta verschlüsselt werden, so verwendet man die:

- 170.0 Atherosklerose der Aorta

### **2.1.3 Arme**

Hier gibt es unabhängig von Ausmaß bzw. genauer Lokalisation nur einen Schlüssel in der I70.2- (Atherosklerose der Extremitätenarterien)

- 170.26 Schulter-Arm-Typ, alle Stadien

### **2.1.4 Beine – pAVK & Folgen**

Die I70.2- (Atherosklerose der Extremitätenarterien) beinhaltet auch die atherosklerotische Gangrän, die Mönckeberg-(Media-)Sklerose und die periphere arterielle Verschlusskrankheit der Extremitäten

- 170.20 Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden  
Inkl.: Stadium I nach Fontaine
- 170.21 Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr  
Inkl.: Stadium IIa nach Fontaine

- 170.22 Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m  
Inkl.: Stadium IIb nach Fontaine
- 170.23 Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz  
Inkl.: Stadium III nach Fontaine
- 170.24 Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration  
Inkl.: Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration; Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]
- 170.25 Becken-Bein-Typ, mit Gangrän  
Inkl.: Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän; Trockene Gangrän, Stadium IVa nach Fontaine; Feuchte Gangrän, Stadium IVb nach Fontaine

Auch die Claudicatio intermittens bzw. das intermittierende Hinken als klinische Manifestation werden ausschließlich über die 170.2\* erfasst. Nicht zuletzt deshalb sind diese Erkrankungen in anderen Schlüsseln (z. B. 173.\*) als Exklusivum geführt. Bezüglich des Unterschieds zwischen Ulcus und Gangrän schafft das DIMDI-FAQ GM-1014<sup>1</sup> definitorische Klarheit. Ist die Ausprägung der pAVK nicht bekannt, sondern nur, dass es eine gibt, wird ausnahmsweise nicht über die 170.9 verschlüsselt. Deren Benennung lautet nämlich „Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose“. In dieser Konstellation wählt man:

- 170.29 Sonstige und nicht näher bezeichnete Atherosklerose der Extremitätenarterien  
Inkl.: Periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK] ohne Angabe eines Stadiums (nach Fontaine); Periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK] o. n. A.

Bezüglich der Ulzeration bei pAVK verweisen wir auf das Kapitel 6 „Ulcus cruris und diabetischer Fuß“ – nicht zuletzt, weil bei einem Patienten mit pAVK auch Ulzerationen anderer Genese als der pAVK selbst auftreten können. In solchen Konstellationen

---

<sup>1</sup> [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/_node.html).

wäre die Verschlüsselung der I70.24 falsch, da hier ein ätiologischer Zusammenhang gemeint ist.

### **2.1.5 Nierenarterie**

Für die Atherosklerose der Nierenarterien (inklusive der Goldblatt-Niere) verwendet man die:

I70.1 Atherosklerose der Nierenarterie

Nicht gemeint mit diesem Schlüssel (Exklusivum) sind alle Zustände, die unter der I12 (Hypertensive Nierenkrankheit) zusammengefasst werden, also: Arteriosklerose der Niere, arteriosklerotische Nephritis (chronisch, interstitiell), hypertensive Nephropathie, Nephrosklerose [Nephro-Angiosklerose].

### **2.1.6 Sonstige Arterien**

Alle anderen, spezifisch bezeichnbaren Arterien werden unter „sonstige Arterien“ zusammengefasst. Der Schlüssel für ihren atherosklerotischen Befall lautet folglich:

I70.8 Atherosklerose sonstiger Arterien

## **2.2 Sonstige Erkrankungen der Arterien**

### **2.2.1 Aorta**

#### **Aneurysma der Aorta**

Sowohl die Dissektion als auch das klassische Aneurysma gehen in die gleiche Gruppe: I71 (Aortenaneurysma und -dissektion). Grundsätzlich trennt der Schlüssel zum einen nach der Lokalisation bzw. dem betroffenen Aortenabschnitt und zum anderen bezüglich des Status „Ruptur“:

I71.- Aortenaneurysma und -dissektion

I71.1 Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert

- I71.2 Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
- I71.3 Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert
- I71.4 Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
- I71.5 Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert
- I71.6 Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
- I71.8 Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert  
Inkl.: Ruptur der Aorta o. n. A.
- I71.9 Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur  
Inkl.: Aneurysma/Dilatation/hyaline Nekrose der Aorta

### **Aortendisektion**

Wie bereits beschrieben, verschlüsselt auch die Aortendisektion über die I71. Hier verweisen wir auf das Kapitel 7 „Angiologische Notfälle“.

### **Aortenisthmusstenose/Koarktation**

Die Aortenisthmusstenose (synonym: Koarktation) ist angeboren. Folglich kodiert sie auch über die Q25 (Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien):

- Q25.1 Koarktation der Aorta  
Inkl.: Aortenisthmusstenose (präduktal) (postduktal)

### **Stenose und sonstige Fehlbildung der Aorta**

Die angeborenen Fehlbildungen der Aorta verschlüsselt man mit einer Ausnahme ebenfalls über die Q25 (Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien). Die Koarktation ist bereits oben beschrieben. Es gibt noch folgende Schlüssel:

- Q25.2 Atresie der Aorta
- Q25.3 Stenose der Aorta (angeboren)  
Inkl.: Supralvalvuläre Aortenstenose  
Exkl.: Angeborene Aortenklappenstenose (Q23.0)
- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta

Die Q25.4 beinhaltet dabei das Aneurysma des Sinus Valsalvae (rupturiert), die angeborenen Aneurysmata bzw. Dilatationen der Aorta, die Aplasie bzw. Fehlen der Aorta, den doppelten Aortenbogen [Gefäßring der Aorta], die Hypoplasie der Aorta und die Persistenz von Gefäßkonvoluten im Bereich des Aortenbogens oder eines rechten Aortenbogens.

Einzig die Hypoplasie der Aorta bei hypoplastischem Linksherzsyndrom (Q23.4) verschlüsselt nicht über die Q25.

Eine erworbene Stenose der Aorta wird über die Primärerkrankung verschlüsselt (z. B. I70 Atherosklerose bzw. bei Fehlen solcher Angaben über die I77.1 (Arterienstriktur).

### **Verletzung der Aorta und ihrer Abgänge**

Für die Verletzung der Aorta und ihrer Abgänge gibt es folgende Schlüssel:

- S25.0 Verletzung der Aorta thoracica  
Inkl.: Aorta o. n. A.
- S25.1 Verletzung des Truncus brachiocephalicus oder der A. subclavia
- S25.5 Verletzung von Interkostalgefäßen
- S25.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße des Thorax
- S35.0 Verletzung der Aorta abdominalis  
Exkl.: Aorta o. n. A. (S25.0)
- S35.5 Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion  
Inkl.: Arteria oder Vena iliaca
- S35.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens

## **2.2.2 Pulmonale Gefäße**

### **Lungenarterienembolie**

Hier verweisen wir auf das Kapitel 7 „Angiologische Notfälle“.

## Pulmonale Hypertonie

Unter dem landläufigen Begriff der pulmonalen Hypertonie versteht man die pulmonalarterielle Hypertonie als primäre Erkrankung und die pulmonale Hypertonie als sekundäre Erkrankung bei anderen Grundleiden. Beiden gemeinsam ist der zunehmende Anstieg des Gefäßwiderstandes mit Anstieg des Blutdrucks im Lungenkreislauf. Die Einteilung folgt der Nizza Klassifikation (Simonneau et al. Eur Res J 2018).

Im Sinne der ICD-Klassifikation findet man alle Formen in der I27 (Sonstige pulmonale Herzkrankheiten):

- I27.0- Primäre pulmonale Hypertonie
    - .00 Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]
    - .01 Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]
    - .02 Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]
    - .08 Sonstige primäre pulmonale Hypertonie  
Inkl.: Pulmonale venookklusive Krankheit [PVOD]
  - I27.1 Kyphoskoliotische Herzkrankheit
  - I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
    - .20 Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
    - .21 Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung
    - .22 Pulmonale Hypertonie bei Lungenkrankheit und Hypoxie
    - .28 Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
- Hinw.:** Soll die Ursache angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.
- I27.8 Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten  
Exkl.: Eisenmenger-Defekt (Q21.88)
  - I27.9 Pulmonale Herzkrankheit, n. n. b.  
Inkl.: Chronische kardiopulmonale Krankheit; Cor pulmonale (chronisch) o. n. A.