

Frankenstein/Täger/Andrassy

# Kodierleitfaden für die Angiologie 2022

Inklusive der aktuellen FoKA- und  
MDK-Empfehlungen

2022



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Frankenstein/Täger/Andrassy  
**Kodierleitfaden für die Angiologie 2022**

## Kodierleitfaden für die Angiologie 2022

Inklusive der aktuellen FoKA- und MDK-Empfehlungen

von

Prof. Dr. Lutz Frankenstein

PD Dr. Tobias Täger

Prof. Dr. Martin Andrassy

11. Auflage 2022



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](mailto: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](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns  
zukunftsbewusst für umweltverträgliche und

wiederverwertbare Materialien entschieden. Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-862-0

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

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

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: Wachter Kommunikationsdesign, St. Martin

Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

# 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 2022 verspricht, in vielerlei Hinsicht ungewöhnlich zu sei - insbesondere durch die Dinge, die nicht sind - und davon gibt es einige: Das wohl ungewöhnlichste ist, dass die Datenbasis des aktuellen Katalogs erstmals nicht das vorletzte Datenjahr ist. Corona hat die Leistungserbringung so nachhaltig durcheinander gebracht, dass sich der Datensatz 2020 als weitestgehend ungeeignet erwiesen hat, den DRG-Katalog 2022 zu kalkulieren. Statt dessen ist erneut das Datenjahr 2019

genutzt worden und erst in einem zweiten Schritt wurden die Corona-Effekte im Datensatz 2020 validiert bzw. kontrolliert.

Auch die längst überfällige Überarbeitung des AOP-Katalogs ist um einen Zwischenschritt erweitert: Im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens erhielt 2020 die Bietergemeinschaft IGES Institut GmbH und Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (GÖ-B) den Zuschlag und soll das Gutachten bis Januar 2022 fertigstellen. Im Hintergrund laufen auf allen Seiten die Stellungnahmen und Kommentierungen auf Hochtouren. Da die Angiologie wie fast keine andere Disziplin im Spannungsfeld von ambulanten und stationersetzenden Maßnahmen steht, werden hier sicherlich für viele Häuser Weichen gestellt werden!

Zu guter Letzt sind die Auswirkungen von COVID-19 auf alle Aspekte der Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung auch weiterhin nicht vollumfänglich abschätzbar. Es bleibt abzuwarten, ob jenseits der aktuellen Kalkulationsmethodik ein „vollständiges“ Durchschlagen auf die Kalkulationsdaten mit einer Auswirkung auf zukünftige DRG-Kalkulationen erfolgt.

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, Januar 2022

Lutz Frankenstein,  
Tobias Träger & Martin Andrassy

# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

### 1 Einführung

1.1 Hauptdiagnose

1.2 Nebendiagnose

1.3 Symptome

1.4 Prozeduren

### 2 Erkrankungen der Arterien

#### 2.1 Atherosklerose und Folgeerkrankungen

2.1.1 Supraaortale und hirnversorgende Gefäße

2.1.2 Aorta

2.1.3 Arme

2.1.4 Beine - pAVK & Folgen

2.1.5 Nierenarterie

2.1.6 Sonstige Arterien

#### 2.2 Sonstige Erkrankungen der Arterien

2.2.1 Aorta

2.2.2 Pulmonale Gefäße

2.2.3 Truncus coeliacus und Mesenterialgefäße

2.2.4 Nierenarterien

2.2.5 Arterielle Embolien

2.2.6 „Resteschlüssel“

### 3 Venöse Erkrankungen

3.1 Phlebothrombose und postthrombotisches Syndrom

3.2 Thrombophlebitis

3.3 Varikosis/chronisch venöse Insuffizienz (CVI)

3.4 Ulcus cruris venosum

3.5 Pfortaderthrombose und Portale Hypertension

### 4 Erkrankungen der Lymphgefäße

### 5 Entzündliche Gefäßerkrankungen/ Vaskulitiden

5.1 Wegener'sche Granulomatose

5.2 Churg-Strauss Syndrom

5.3 Mikroskopische Polyangiitis

5.4 Kryoglobulinämische Vaskulitis

5.5 Schoenlein-Henoch Purpura

5.6 Kutane leukozytoklastische Angiitis

5.7 Panarteriitis nodosa

5.8 Kawasaki-Syndrom

5.9 Riesenzellarteriitis

5.10 Takayasu Arteriitis

5.11 Thrombangiitis obliterans

5.12 Morbus Behçet

5.13 Verbliebene Schlüssel

6 Ulcus cruris und diabetischer Fuß

6.1 Ulcus cruris

6.2 Diabetischer Fuß

7 Angiologische Notfälle

7.1 Dissektion von Arterien

7.1.1 Dissektion zerebraler Arterien

7.1.2 Aortendissektion

7.1.3 Dissektion sonstiger Arterien

7.2 Arterielle Embolie

7.2.1 Arterielle Embolie hirnersorgender Gefäße

7.2.2 Arterielle Embolie viszeraler Gefäße

7.2.3 Arterielle Embolie von Extremitätenarterien

7.2.4 Arterielle Embolie in Schwangerschaft und Wochenbett

7.3 Lungenembolie

8 Begleiterkrankungen

8.1 Multiresistente Erreger

8.2 Häufige Nebendiagnosen in der Angiologie

8.2.1 Stoffwechselerkrankungen

8.2.2 Nierenerkrankungen

8.2.3 Infektionen

8.2.4 Hypertonus

8.2.5 Herzerkrankungen

8.2.6 Komplikationen

8.2.7 Folgezustände nach Erkrankungen und Eingriffen

9 Diagnostik

9.1 Nicht-invasive Diagnostik



9.1.1 Nicht kodierbare (diagnostische) Prozeduren

9.1.2 Nur einmal kodierbare (diagnostische) Prozeduren

9.1.3 Spezifische nicht-invasive Diagnostik

9.2 Invasive Diagnostik

9.2.1 Arteriographie

9.2.2 Phlebographie

9.2.3 Lymphographie

9.2.4 Endosonographie & optische Kohärenztomographie

10 Interventionen

10.1 Perkutan transluminale Interventionen an Gefäßen des großen Kreislaufs

10.1.1 Ballonangioplastie/perkutane transluminale Angioplastie (PTA)

10.1.2 Drug Eluting Ballon (DEB) und antikörperbeschichtete Ballons

10.1.3 Blade-Angioplastie (Scoring Balloons/Cutting Balloon)

10.1.4 Laser-Angioplastie

10.1.5 Artherektomie und Rotationsartherektomie

10.1.6 Fremdkörperentfernung

10.1.7 Thrombaspiration, Thrombektomie & Rotationsthrombektomie

10.1.8 Intraarterielle Spasmolyse

10.1.9 Kryoplastie

10.1.10 Drahtsysteme zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse

10.2 Perkutan transluminale Interventionen an Gefäßen des Lungenkreislaufs

10.3 Perkutan-transluminale Stentimplantation

10.3.1 Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents

10.3.2 Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents

10.3.3 Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Stents (Stent-Graft)

[10.3.4 Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen Stents](#)

[10.3.5 Denervation über die Arteria renalis zur Therapie des Hochdrucks](#)

[10.3.6 Interventionelle AV-Fisteln](#)

[10.4 Gefäßverschlusssysteme](#)

[11 Unterbrochene Interventionen](#)

[12 NUBs und Zusatzentgelte](#)

[12.1 NUB 2022](#)

[12.2 Integration NUB in das DRG-System](#)

[12.3 ZE](#)

[13 Änderungen 2022 gegenüber 2021](#)

[13.1 ICD](#)

[13.2 CC-Matrix](#)

[13.3 OPS](#)

[13.4 Deutsche Kodierrichtlinien 2022](#)

[13.5 AOP](#)

[14 Notwendigkeit stationärer Behandlung/G-AEP](#)

[15 Ambulantes Operieren](#)

[15.1 Aus AOP wird stationär](#)

[15.2 Systematik des AOP-Katalogs](#)

[15.3 AOP-Kataloge](#)

[16 Verbringung](#)

[17 Legende zu den Kodierbeispielen](#)

[Links zu DRG-verwandten Themen](#)

[Links zu medizinischen und anderen Bereichen](#)

# 1 Einführung

Zunächst zwei einfache Regeln:

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

Folgt man diesem Satz, umschifft 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.-))

- I65.0 Verschluss und Stenose der A. vertebralis
- I65.1 Verschluss und Stenose der A. basilaris
- I65.2 Verschluss und Stenose der A. carotis
- I65.3 Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien
- I65.8 Verschluss und Stenose sonstiger präzerebraler Arterien
- I65.9 Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten präzerebralen Arterie

### **2.1.2 Aorta**

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

- I70.0 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)

- I70.26 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)

- I70.20 Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden (Stadium I nach Fontaine)
- I70.21 Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr (Stadium IIa nach Fontaine)
- I70.22 Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m (Stadium IIb nach Fontaine)

- I70.23 Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz (Stadium III nach Fontaine)
- I70.24 Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration (Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration, Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis])
- I70.25 Becken-Bein-Typ, mit Gangrän (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 I70.2\* erfasst. Nicht zuletzt deshalb sind diese Erkrankungen in anderen Schlüsseln (z. B. der I73.\*) als Exklusivum geführt. Bezüglich des Unterschieds zwischen Ulcus und Gangrän schafft das DIMDI-FAQ GM-1014 ([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)), definitorische Klarheit. Ist die Ausprägung der pAVK nicht bekannt, sondern nur, dass es eine gibt, wird ausnahmsweise nicht über die I70.9 verschlüsselt. Deren Benennung lautet nämlich „Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose“. In dieser Konstellation wählt man:

- I70.29 Sonstige und nicht näher bezeichnete Atherosklerose der Extremitätenarterien (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 „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 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 bezeichnenbaren 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 (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.: Supravalvuläre 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. Die Einteilung folgt der Dana Point Klassifikation (Simonneau et al. JACC 2009). Beiden gemeinsam ist der zunehmende Anstieg des Gefäßwiderstandes mit Anstieg des Blutdrucks im Lungenkreislauf.

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

- I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie
- I27.1 Kyphoskoliotische Herzkrankheit
- I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
- I27.20 Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
- I27.28 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.)

Aufpassen muss man lediglich beim „Eisenmenger“: Ein Eisenmenger-**Defekt** ist eine angeborene Fehlbildung und wird daher über die:

Q21.88 sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten verschlüsselt. Im Gegensatz dazu ist das Eisenmenger-**Syndrom** (synonym: Eisenmenger-Komplex) eine sekundäre (reaktive) pulmonale Widerstandserhöhung bei einem bestehenden Links-rechts-Shunt. Es kommt nun zu einer Shuntumkehr mit Entwicklung einer deutlichen Zyanose.