

13 Neues für 2025

Mit dem neuen jährlichen Versionswechsel¹ zeigen sich auch in diesem Jahr Veränderungen in der Handhabung der stationären Abbildungen. Hier werden die klinisch relevanten und interessanten Punkte erwähnt. Bei neuen Möglichkeiten zur Spezifizierung helfen Sie, die medizinische Dokumentation mit diesen Informationen aktuell zu halten, damit die medizinische Kodierung so genau wie möglich abbilden kann.

Datenerfassung

Die bisherigen Grundlagen für die stationäre Abrechnung bestand aus der medizinischen Kodierung, welche man zusammengefasst im BfS²-Datensatz fand, und die dazugehörigen Kosten pro Fall, welche zusammenfassend im KTR³-Datensatz waren. Ab 2025 wirkt die Gesetzesänderung zur **Erhebung Spitalstation re Gesundheitsversorgung (SpiGes)**, die die Statistikgrundlagen der Schweizer Krankenhäuser beinhaltet. Der SpiGes-Datensatz fasst BfS- und KTR-Daten zusammen, so dass nur ein Datensatz für die Datengrundlagen der Spitaler generiert wird.

Folgende Änderungen gehen mit dem SpiGes-Datensatz einher:

- Aufhebung Hauptprozedur. Es gibt nur noch Prozeduren
- Aufhebung Zusatz zur Hauptdiagnose. Es gibt nur noch Haupt- und Nebendiagnosen
- Erfassung des Operateurs (kantonale geregelt)
- Erfassung POAs⁴ (kantonale geregelt)
- Fall-Identifikationsnummer ist neu AHV-Nummer

Kodierhandbuch

Kodierung von D63 akute Blutungsanämie: Der Nachweis eines pathologischen H moglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormen H moglobinwertes, das Einkreuzen von Blutkonserven, das Verabreichen von Eisenprodukten (oral und i.v.) oder die Verwendung von Cell Saver, genügen nicht. Die Kodierung darf dann erfolgen, wenn mindestens eine der folgenden weiterführenden diagnostischen Abklärungen oder therapeutischen Konsequenzen ersichtlich ist:

- Suche nach einer Blutungsquelle (z.B. Gastroskopie)
- Spezialanalysen wie z. B. gezielte Bestimmung der Gerinnungsfaktoren oder Analyse der Thrombozytenfunktion mittels Plättchenaggregation und/oder Immunphänotypisierung
- Gabe von Erythropoetin
- Transfusion von Blutprodukten
- Stillung einer Blutung

Die **Abbildung der Lungenembolie** in der Kodierung war bisher vielfach unklar, da die Therapie der akuten Phase oft in eine längerdauernde Prophylaxentherapie übergeht, oder die Zeit der erhöhten Antikoagulation je nach Präparat stark variiert. DRG-relevant ist nur die Kodierung der akuten Phase. Die **akute Lungenembolie** wird nun in den ersten 28 Tagen generell als akut

¹ [12 – Versionswechsel - SGAIM - SSMIG - SSGIM](#)

² BfS = Bundesamt für Statistik

³ KTR = Kostenträgerrechnung

⁴ Weitere Infos siehe weiterer Blog-Eintrag

kodiert, danach gilt die chronische Abbildung mit Z86.7 *Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese* (nicht DRG-relevant).

Sepsis und septischer Schock kann und soll man nun mit einer zusätzlichen Angabe, ob diese **nosokomial** oder **nicht-nosokomial** sind, versehen.

Pneumonien soll man angeben mit dem Beginn der Krankheit (vor Spitalaufenthalt, bis 48h nach der Spitalaufnahme, oder während des Spitalaufenthaltes / **nosokomial**).

ARDS bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern sollten mit einem **Stadium (mild, moderat, schwer)** versehen werden.

HIV sollte nach der CDC-Klassifikation angegeben werden. Die Laborkategorie ist nach dem aktuellen Spitalaufenthalt anzugeben (<200, 200-499, >500 CD4-Lymphozyten). Zudem soll die aktuelle klinische Kategorie A – C angegeben werden. Diese Regel ist nicht neu, aber präzisiert und aktualisiert worden.

Bei **Palliativbehandlungen** von onkologischen Patienten werden **Carcinoma in situ** nur kodiert, wenn diese noch **vorhanden** sind. Daher ist es wichtig, das aktuelle Vorhandensein von Tumoren richtig zu dokumentieren.

Karzinome können als akut resp. vorhanden kodiert werden (somit vielfach DRG-relevant), wenn die Angabe zu bestehenden **Hormontherapien** vorhanden ist, z.B. bei Mamma-Ca nach Mastektomie unter Tamoxifen, Aromatasehemmer oder GnRH-Analoga.

Ob ein **Diabetes mellitus entgleist** ist oder nicht, wird nicht anhand eines einmaligen Laborwertes oder Wert bei Eintritt definiert, sondern anhand der Richtlinien der Fachgesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie definiert – generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs (retrospektiv):

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit dreimal tgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung

oder

- stark schwankende BZ-Werte (Diff. mind. 5 mmol/l) mit dreimal tgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich erhöhtes HBA1c (> 9%) während der letzten 3 Mo und dreimal tgl BZ-Kontrollen und/oder
- mindestens dreimal Werte > 15 mmol/l mit mehrfacher Therapieanpassung
- bei Werten < 15 mmol/l aber aufw ndigem Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. BZ und dokumentiertem Nachspritzen

Der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglyk miewahrnehmungsst rung kann neu auch kodiert werden, siehe neue ICD-10-Kodes unten.

Paraplegien und Tetraplegien können neu korrekt spezifisch verschlüsselt werden auch ohne spinale Schädigungen, wie beispielsweise beim Guillain-Barré-Syndrom. Somit kann zwischen spastischer und schlaffer wie auch kompletter und inkompletter Querschnittslähmung unterschieden werden, wenn diese Angaben in den medizinischen Dokumenten ersichtlich sind.

Das **Beatmungskapitel** wurde komplett neu geschrieben, aber die inhaltlichen Regeln sind an sich dieselben geblieben. Weaning wird nicht mehr speziell erwähnt oder abgebildet.

Eine **Dyspnoe** ohne BGA-Veränderung darf nicht als akute respiratorische Insuffizienz deklariert werden.

Ein **Barthel-Index** muss innerhalb von 5 Tagen wiederholt werden, und dann der höchste Punktwert zu verschl sseln⁵. Die Erfassung des Barthel-Index innerhalb von 3 bis spätestens 5 Tagen wiederholt werden. Es ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei einer Aufenthaltsdauer von unter 3 Tagen wird der Barthel-Index nicht kodiert. Dieser ist bei Komplexbehandlungen und nephrologischen Erkrankungen DRG-relevant.

ICD-10 Version 2024⁶

Mit der neuen Version 2024 gibt es im Vergleich zur letztjährig gültigen Version 2022 neue ICD-10-Codes. Dies kann interessant sein für künftige Auswertungen oder Möglichkeiten für eine aktuelle oder künftige DRG-Relevanz. Die detaillierten Codes sind im Anhang I ersichtlich.

- **Sepsis:** Einführung neuer Codes, um Sepsis durch Viren, Pilze und Protozoen spezifischer kodieren zu können.
Beispiele: Sepsis durch Aspergillus, Blastomyces, Coccidoides, Cryptococcus, Histoplasma capsulatum, Mucorales, Paracoccidoides, Pilze, Protozoen, Sporothrix, Viren.
Aufnahme in CCL-Matrix: ja

Sowie zusätzlich Einführung neuer Zusatz-Codes, um den zeitlichen Bezug einer Sepsis zur stationären Krankenhausaufnahme spezifisch kodieren zu können. Neu ist die Unterscheidung von **nosokomialer und nicht-nosokomialer Sepsis und Schock** möglich.

Aufnahme in CCL-Matrix: nein

- **Diabetes mellitus:** Einführung neuer Zusatz-Codes zur spezifischen Kodierung einer Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter.
Hypoglykämie: Einführung neuer sekundärer Schlüsselnummern zur spezifischen Kodierung des Schweregrades einer Hypoglykämie und des Vorliegens einer Hypoglyk miewahrnehmungsst rung bei Diabetes mellitus, beispielsweise schwere Hypoglykämie ohne Koma, Hypoglyk misches Koma, Hypoglyk miewahrnehmungsst rung oder Insulinresistenz bei DM Typ I.
Aufnahme in CCL-Matrix: nein

- **Demenz:** Einführung neuer Zusatz-Codes (Symptomspezifikatoren) in Anlehnung an die ICD-11, um vorliegende psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz spezifisch kodieren zu können. Neu können folgende Symptome abgebildet werden: Psychosen, Affektive Symptome, Angstsymptome, Apathie, Agitation oder Aggression, Enthemmung und Wanderverhalten.

⁵ ausserhalb der geriatrischen Akutrehabilitation, der fachübergreifenden Frührehabilitation, der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, der palliativmedizinischen Komplexbehandlung, der Rehabilitation oder der Psychiatrie

⁶ Die letzten 2 Jahre war die ICD-10-Version von 2022 gültig

Aufnahme in CCL-Matrix: nein

Anmerkung: die unspezifische F03 *Demenz, nicht näher bezeichnet*, ist weiterhin nicht in der CCL-Matrix

- **Asthma bronchiale:** Einführung neuer 5-Steller, um den Kontrollstatus und Schweregrad des Asthmas bronchiale spezifisch kodieren zu können.
neu kann man das allergische, nicht-allergische und Misch-Asthma mit der Information der Kontrollierbarkeit und ob es als schwer bezeichnet ist, angeben.
Aufnahme in CCL-Matrix: nein
- **Akutes Atemnotsyndrom:** Einführung neuer 5-Steller, um das akute Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen spezifisch kodieren zu können. Die Schweregrade mild, moderat und schwer können nun auch beim ARDS der Kinder angegeben werden.
Aufnahme in CCL-Matrix: ja
- **Myokardinfarkt:** Einführung neuer 5-Steller, um eine Differenzierung von akuten subendokardialen Myokardinfarkten in Typ-1- und Typ-2-Infarkte gemäss Ätiologie vornehmen zu können.
Aufnahme in CCL-Matrix: ja
- **Pulmonale Hypertonie:** Einführung neuer 5-Steller, um eine leitliniengerechte Differenzierung der pulmonalen Hypertonie vornehmen zu können. Die IPAH, HPAH, APAH, DPAH und PVOD sind nun abbildbar⁷. Weiter können kyphoskoliotische Herzkrankheiten und pulmonale Hypertonie assoziiert mit chronischen Erkrankungen (Thrombembolie, Linksherzerkrankung, Lungenkrankheit und Hypoxie) separat abgebildet werden.
Aufnahme in CCL-Matrix: teils (siehe mehr Infos im Anhang)
- **Autoimmunh molytische Anämien und Krankheiten wie K lteagglutininkrankheit (CAD) oder -Syndrom (CAS)** kann neu abgebildet werden (D59)
- Mehrere **Lungenkrankheiten** kann man nun **mit oder ohne Exazerbation** angeben (Pneumokoniosen durch Asbest, allergische Alveolitis, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten)
- Ein **Pyothorax mit Fistel** kann man neu spezifizieren (mit Lungenparenchym-Fistel, zu Bronchus oder Trachea,  sophageal, pleurokutan, etc. J86.-)
- Die ** sophagitis** kann neu spezifiziert werden: eosinophil, radiogen, mit Abszess oder Erosion, durch chemische Substanzen, peptisch (K20.-, K21.-)
- Die Pankreatitis kann neu spezifiziert werden (autoimmun, hereditär, genetisch bedingt, chronisch, etc. K86.1-)

⁷ IPAH = idiopathische pulmonale arterielle Hypertonie

HPAH = hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie

APAH = Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension

DPAH = Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung

PVOD = Pulmonale venookklusive Krankheit

- Das akute Nierenversagen Stadium 1 muss zum Zeitpunkt der Messung ein angepasster Hydratationszustand vorhanden sein. bei Stadium 2 und 3 sowie bei Zuständen der Hyperhydratation gilt dies nicht.
- Es gibt neue Codes (U62.0-!) zur Darstellung von zytogenetischen und molekulargenetischen Differenzierung bei lymphatischem, blutbildendem und verwandtem Gewebe (D47.7), z.B. CHIP / CCUS

CHOP 2025

Jedes Jahr wird der schweizerische CHOP-Katalog ergänzt. Für die AIM gibt es folgende Veränderungen:

In-vitro-Aufbereitung des hämatopoetischen Stammzelltransplantats, mittels Genterapie kann nun neu abgebildet werden, mit zusätzlichen Informationen, ob mittels viralen Vektor, mittels CRISPR/Cas9 Geneditierung oder mittels sonstiger Genterapie. (41.0C.4-)

Endoskopische Behandlung von Magenblutungen können neu differenziert werden mit Ligaturen von Fundusvarizen und Magenvarizen. (44.43.2.-, 44.49.-, 44.91)

Die **Palliativmedizinische Komplexbehandlung** wurde überarbeitet und mit neuen Mindestmerkmalen und Berechnungsbeispielen (4-6 Tage) versehen. Es gibt nun Codes **ausserhalb** und **in** einer eigenständigen spezialisierten **Palliative Care Station**. (93.8A.2.-, 93.8B.1-, 93.8B.2-)

Den **Schweregrad der Anorexia nervosa** kann nun mit CHOP ergänzt werden (da es keine entsprechenden ICD-10-Codes gibt). Dieser wird pro Aufenthalt einmal erfasst, basierend auf dem tiefsten gemessenen BMI während des gesamten Behandlungsaufenthalts. Unterschieden wird ein **BMI unter 14** und **BMI zwischen 18.5 und 14**, oder bei Kindern zwischen der 5.- und 0.3 Perzentile oder unter 0.3 Perzentile. (94.A1.1-)

Bei onkologischen Therapien kann neu die Hyperthermie (Oberflächen-, Tiefenh.) abgebildet werden (99.85.-)

DRG / Fallpauschalenkatalog

Schwerpunkte bei den diesjährigen DRG-Veränderungen liegen bei der Kindermedizin, Gynäkologie, Hochaufw ndige F lle, Paraplegiologie, Palliativmedizin und Zu- und Abschlagskalkulationen.

- Die CAR-T-Zell Therapie bei Lymphomen erhält eine eigene DRG A20Z.
- Tumorboardbesprechung kann in bestimmten Kombinationen DRG-relevant sein
- Zerebralparesen (G80.-) wurden in 5 DRGs, v.h. in Kombination mit chirurgischen Eingriffen, aufgewertet
- Die Diagnose Para-/Tetraplegie wurde in mehreren DRGs aufgewertet und in Pr -MDCs als Splitkriterium aufgenommen
- Umbau der Prä-MDC Palliativmedizin
- Umbau B76A mit Kriterium Video-EEG ab 120 h

- Neues Split-Kriterium bei Morbus Parkinson mit «Ersteinstellung Levodopa-Arzneimittelpumpe» CHOP 99.2B.12
- Pneumologische Erkrankungen von DRG E65 und E75 wurden zusammengelegt und gleichgestellt. Neu gibt es E64D. Gestrichen wurden E77D, E77E, E86D.
- IPS/IMC Splitkriterien bei G12A ist neu >130/119 resp. >130/184 Aufwandspunkte
- Hauptdiagnosen E87.1 Hyponatriämie und E22.2 Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin gruppierten in verschiedene DRGs, nun wurde E87.1 in Basis DRG K64 Endokrinopathien aufgenommen.

Zusatzentgelte

neu auf der Liste:

ZE	Wirkstoff	Medikamente
ZE-2025-211	Andexanet alfa	Ondexxya
ZE-2025-230	Bezlotoxumab	Zinplava
ZE-2025-225	Capmatinib	Tabrecta
ZE-2025-236	Delandistrogene Moxeparvovec	Elevidys
ZE-2025-223	Durvalumab	Imfinzi
ZE-2025-224	Elexacaftor, Tezacaftor, Uvacaftor, CTK	Trikafta, Kaftrio
ZE-2025-229	Emicizumab	Hemlibra
ZE-2025-243	Etranacogene dezaparvovec	Hemgenix
ZE-2025-242	Exagamglogene autotemcel	Casgevvy
ZE-2025-237	Gilteritinib	Xospata
ZE-2025-234	Glofitamab	Columvi
ZE-2025-231	Idarucizumab	Praxbind
ZE-2025-235	Mosunetuzumab	Lunsumio
ZE-2025-240	Nirsevimab	Beyfortus
ZE-2025-226	Pemigatinib	Pemazyre
ZE-2025-238	Polatuzumab vedotin	Polivy
ZE-2025-222	Ponatinib	Iclusig
ZE-2025-241	Tabelecteucel	Ebvallo
ZE-2025-232	Tafamidis	Vyndaqel
ZE-2025-220	Tagraxofusp	Elzonris
ZE-2025-239	Talquetamab	Talvey
ZE-2025-227	Tebentafusp	Kimmtrak

- Weitere ZE wurden zusammengefasst
- Altersbeschränkung bei Voriconazol wurde gelöscht
- Unterste Dosisklassen wurden bei 3 ZE gelöscht
- Etablierung von Kinderdosisklassen bei 3 ZE

Anhang I – Neue ICD-10-Codes

- **Sepsis:** Einführung neuer 5-Steller, um Sepsis durch Viren, Pilze und Protozoen spezifischer kodieren zu können. Sowie zusätzlich Einführung neuer sekundärer Schlüsselnummern, um den zeitlichen Bezug einer Sepsis zur stationären Krankenhausaufnahme spezifisch kodieren zu können.

Sepsis (durch) (bei):

Aspergillus ([B44.70](#))
Blastomyces ([B40.70](#))
Coccidioides ([B38.70](#))
Cryptococcus ([B45.70](#))
Histoplasma capsulatum ([B39.30](#))
Mucorales ([B46.40](#))
Paracoccidioides ([B41.70](#))
Pilze o.n.A. ([B48.80](#))
Protozoen o.n.A. ([B60.80](#))
Sporothrix ([B42.70](#))
Viren o.n.A. ([B34.80](#))

U69.80! Nicht-nosokomiale Sepsis

U69.81! Nosokomiale Sepsis

U69.82! Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme

U69.83! Nicht-nosokomialer septischer Schock

U69.84! Nosokomialer septischer Schock

U69.85! Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme

- **Diabetes mellitus:** Einführung einer neuen sekundären Schlüsselnummer zur spezifischen Kodierung einer Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter.

Hypoglykämie: Einführung neuer sekundärer Schlüsselnummern zur spezifischen Kodierung des Schweregrades einer Hypoglykämie und des Vorliegens einer Hypoglyk miewahrnehmungsst rung bei Diabetes mellitus.

U69.72! Schwere Hypoglykämie ohne Koma

U69.73! Hypoglyk misches Koma bei Diabetes mellitus

U69.74! Hypoglyk miewahrnehmungsst rung bei Diabetes mellitus

U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter

- **Demenz:** Einführung neuer sekundärer Schlüsselnummern (Symptomspezifikatoren) in Anlehnung an die ICD-11, um vorliegende psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz spezifisch kodieren zu können. (v.a. wenn F03 selber nicht in der CCL-Matrix ist)

U63.0! Psychotische Symptome bei Demenz

U63.1! Affektive Symptome bei Demenz
U63.2! Angstsymptome bei Demenz
U63.3! Apathie bei Demenz
U63.4! Agitation oder Aggression bei Demenz
U63.5! Enthemmung bei Demenz
U63.6! Wanderverhalten bei Demenz

- **Asthma bronchiale:** Einführung neuer 5-Steller, um den Kontrollstatus und Schweregrad des Asthmas bronchiale spezifisch kodieren zu können.

J45.01 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, als teilweise kontrolliert
J45.11 Nichtallergisches Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und nicht schwer
J45.81 Mischformen des Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und nicht schwer
J45.91 Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und nicht schwer
J45.02 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, unkontrolliert und nicht schwer
J45.12 Nichtallergisches Asthma bronchiale, unkontrolliert und nicht schwer
J45.82 Mischformen des Asthma bronchiale, unkontrolliert und nicht schwer
J45.92 Asthma bronchiale, als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet
J45.03 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, gut kontrolliert und schwer
J45.13 Nichtallergisches Asthma bronchiale, gut kontrolliert und schwer
J45.83 Mischformen des Asthma bronchiale, gut kontrolliert und schwer
J45.93 Asthma bronchiale, als gut kontrolliert und schwer bezeichnet
J45.04 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und schwer
J45.14 Nichtallergisches Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und schwer
J45.84 Mischformen des Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und schwer
J45.94 Asthma bronchiale, teilweise kontrolliert und schwer
J45.05 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, unkontrolliert und schwer
J45.15 Nichtallergisches Asthma bronchiale, unkontrolliert und schwer
J45.85 Mischformen des Asthma bronchiale, unkontrolliert und schwer
J45.95 Asthma bronchiale, unkontrolliert und schwer

- **Akutes Atemnotsyndrom:** Einführung neuer 5-Steller, um das akute Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen spezifisch kodieren zu können.

J80.04 Mildes akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
J80.05 Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
J80.06 Schweres akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]

- **Myokardinfarkt:** Einführung neuer 5-Steller, um eine Differenzierung von akuten subendokardialen Myokardinfarkten in Typ-1- und Typ-2-Infarkte gemäss Ätiologie vornehmen zu können.

I21.40 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
I21.41 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt
I21.48 Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt

- **Pulmonale Hypertonie:** Einführung neuer 5-Steller, um eine leitliniengerechte Differenzierung der pulmonalen Hypertonie vornehmen zu können.

In CCL-Matrix aufgenommen:

I27.00 Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]

I27.01 Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]

I27.02 Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]

I27.08 Sonstige primäre pulmonale Hypertonie, Pulmonale venookklusive Krankheit [PVOD]

Nicht in CCL-Matrix aufgenommen:

I27.1 Kyphoskoliotische Herzkrankheit

I27.20 Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie

I27.21 Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung

I27.22 Pulmonale Hypertonie bei Lungenkrankheit und Hypoxie

I27.28 Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie