

Markus Thalheimer

Kodierleitfaden für die Hämatologie/Onkologie 2026

Inklusive aller Entscheidungen des
Bundesschlichtungsausschusses

2026



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Thalheimer

**Kodierleitfaden für die Hämatologie/Onkologie
2026**

Kodierleitfaden für die Hämatologie/ Onkologie 2026

einschließlich Stammzelltransplantation und
Gerinnungsstörungen

Definitionen, Hitlisten und Beispiele auf Grundlage
des aG-DRG-Systems 2026

mit den Empfehlungen der DGHO und den
kommentierten Empfehlungen der SEG 4 des MD
sowie allen Entscheidungen des
Bundesschlichtungsausschusses

von

Dr. Markus Thalheimer

23. Auflage 2026

 medhochzwei

Anschrift des Autors:
Dr. Markus Thalheimer
Geschäftsbereich Erlösmanagement
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Wichtiger Hinweis:

Die Angaben in diesem Kodierleitfaden wurden nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und entsprechen dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes.

Für Angaben zu Diagnosen- und Prozeduren-Kodierungen kann trotzdem weder vom Verlag noch vom Autor Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer wird angehalten, die Angaben des Leitfadens sorgfältig zu prüfen und gegebenenfalls den eigenen DRG-Beauftragten zu Rate zu ziehen. Jede Verwendung der Codes und die daraus resultierenden DRGs erfolgen in der inhaltlichen Verantwortung des Benutzers.

Verwendete Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. sind auch ohne Kennzeichnung nicht als frei zu betrachten und dürfen daher nicht von jedermann benutzt werden. Redaktion, Herausgeber, Verlag und vertreibende Einrichtung übernehmen keine Haftung für Schäden, die aus fehlerhaften Angaben in diesem Werk entstehen.

ISBN eBook: 978-3-98800-217-4

© 2026, medhochzwei Verlag, Heidelberg
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg
E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de
Web: 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 Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven
Titelbild: Florian [Augustin/Shutterstock.com](https://www.shutterstock.com)

Vorwort 2026 und Danksagung

Das Jahr 2026 bringt für die Hämatologie/Onkologie wieder nur wenige Änderungen im DRG-System, diesmal standen erneut die Entwicklung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V sowie Vorarbeiten an den Leistungsgruppen zur kommenden Krankenhausreform für das InEK im Vordergrund. In den letzten Jahren standen die Abbildung der COVID-19-Fälle und die Bewältigung der durch die Pandemie verursachten Veränderungen (Fallzahlrückgang, Leistungs- und Kostenverschiebungen) im Mittelpunkt der Anpassungen, diese werden an einigen Stellen bereits wieder zurückgebaut. Erwähnenswert für die Hämatologie ist die Zusammenlegung von Fallpauschalen für akute Leukämien, da die Kosten nicht mehr stark differieren. Aber auch „unter der Oberfläche“ gibt es jährlich einige Detailveränderungen, die in diesem Leitfaden alle ausführlich erläutert werden. Wesentliche Umbauten erfuhr das System wie jedes Jahr bei den onkologischen Zusatzentgelten mit gleich 10 neuen Medikamenten im Katalog (vorher NUB). Es gibt Anpassungen des Zusatzentgeltkatalogs an die Neuerungen und Preisveränderungen am Markt, insbesondere durch neue subkutane Applikationsformen einiger Medikamente (für 2026 Nivolumab). Bei Diagnosen und Prozeduren gibt es im Gegensatz zu den Vorjahren einige Veränderungen. Der Schlichtungsausschuss Bund (SAB) hatte 2025 nur eine Entscheidung getroffen. Alle SAB-Entscheidungen werden, die Onkologie betreffend, vorgestellt.

Der DRG-Katalog 2026 wurde wegen der Auseinandersetzung um die Erweiterung der Hybrid-DRGs

erst Mitte November veröffentlicht. Die Veränderungen der stationären Vergütung durch Ausgliederung der Hybrid-DRGs sind enorm und bereits erkennbar, ebenso die Abgrenzung der Vorhaltekosten mit einem ersten DRG-Katalog, der diese (noch unverbindlich) ausweist. Möglicherweise werden zukünftig Chemo- und Strahlentherapien auch als Hybrid-DRGs abgebildet und die Anzahl der A-DRGs deutlich zurückgehen. Alles ist im Fluss. Es bleibt also spannend! Alle Veränderungen sind wie immer direkt nach diesem Vorwort zusammengefasst.

Sämtliche Empfehlungen der DGHO sind auch 2026 in diesen Leitfaden aufgenommen worden. Aufgrund personeller Veränderungen im AK DRG und Gesundheitsökonomie erscheint seit 2023 kein eigener Kodierleitfaden der DGHO mehr. An dieser Stelle gebührt daher Frau Dr. Cornelia Haag, MBA, aus Dresden großer Dank. Sie hat in den letzten Jahren den DGHO-Leitfaden wesentlich erstellt und verantwortet und ging 2023 in den verdienten Ruhestand. Der AK hat daher entschieden, die existierenden Leitfäden perspektivisch zu einem zusammenzuführen. Auch allen anderen Mitgliedern des AK DRG soll an dieser Stelle ausdrücklich gedankt werden für die langjährige Mitarbeit am Kodierleitfaden der DGHO: Herrn PD Dr. Dominik Franz, Herrn Prof. Stefan Krause, Herr Prof. Dr. Helmut Ostermann, Herrn Dr. Stefan Schönsteiner und Herrn Dr. Matthäus Bauer, um nur einige zu nennen. Der Leitfaden der DGHO entstand ursprünglich in Zusammenarbeit und unter Mitarbeit der DRG-Research-Group von Prof. Norbert Roeder, woran an dieser Stelle noch einmal mit Dank erinnert werden soll. Einige der Institutionen und Personen, die das DRG-System von der ersten Stunde an für die Hämatologie und Onkologie mit begleitet und gestaltet haben, sind heute nicht mehr aktiv, ihre Arbeit lebt auch in diesem Leitfaden fort.

Die offiziellen Kodierempfehlungen der SEG4-Arbeitsgruppe des MD (Stand Ende 2025) habe ich ebenfalls, sofern für die Onkologie relevant, aufgenommen und kommentiert. Einige dissente Regeln wurden seit 2020 vom Bundesschlichtungsausschuss geklärt.

Ausführlich erläutert wird in diesem Leitfaden die Behandlung mit CAR-T-Zellprodukten. Dabei werden die Themen Entnahme und Transfusion ausführlich beschrieben. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit den weiter offenen Fragen zur Folgebehandlung bei Tumoren.

Herzlich danken möchte ich Herrn Dr. Tobias Rehlen, der Beiträge zu den Themen Ernährung/Kachexie und zur Komplikationsregel geleistet hat. Von ihm stammen auch die sehr übersichtlichen Algorithmen zu beiden Themen.

Zuletzt gilt mein Dank allen Anwendern für ihre Fragen und Vorschläge, die helfen, den Leitfaden kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Für die Neuauflage dieses Leitfadens wurden alle Kapitel gründlich durchgesehen und ergänzt. Bitte senden Sie auch weiterhin Ihre Kommentare und Wünsche zur Verbesserung an mich!

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Nutzung!

Dezember 2025

Markus Thalheimer

Benutzungshinweise:

Verweise auf die Deutschen Kodierregeln sind in eckigen Klammern gehalten (z.B. [1401e] als Hinweis auf die dortige Regel). Es werden die Symbole und Abkürzungen der offiziellen Kataloge verwendet. Gruppen von Diagnosen sind

ebenfalls in eckigen Klammern gehalten (z.B. [Anämie] für alle Anämie-Kodes).

Zusammenfassung aller relevanten Neuerungen 2026 auf einen Blick:

Fallpauschalen

- 5 neue und 9 gestrichene DRGs, daher im Saldo nun 1.291 Fallpauschalen; in der Onkologie Streichung von R60F und R63H wegen nicht mehr vorhandener Kostenunterschiede. Neue Fallpauschale M10C für die Gabe von 177-Lu-PSMA-Ligand als Fertigarzneimittel (Abspaltung aus M10B).
- Umbauten in der CCL-Matrix mit vorwiegend Abwertung wichtiger Kodes v.a. wegen der Hybrid-DRGs.

ICD-10, Diagnosen

- Differenzierung der Kodes für ZVK- und Port-Infekt in T82.7 im Rahmen der kompletten Umgestaltung der infektiösen Komplikationen an Herz und Gefäßen.
- Klarstellungen zur Kodierung der Anämie durch Zytostatika (D61.10).
- Erweiterte und neue Kodes für Funktionseinschränkungen unter U51 bis U54.
- Neue Kodes für Zustand nach intensivmedizinischer Behandlung (U70.0!) und Sepsis (U70.1 !)

OPS, Prozeduren

- Neudefinition der Kodierung einer HLA-Typisierung unter 1-941.2 und .3.
- Umbenennung der Kodes für die Entnahme und Gabe von CAR-T-Zellen, dadurch auch neue Kodes für die Gabe
- Neuer Kode für die Gabe eines Ac-225-PSMA-Liganden unter 8-530.d3
- Definition des Stammzellboost unter 8-805.6 zur Abgrenzung von der Retransplantation

- Komplette Überarbeitung der TISS/SAPS-Definitionen zur Zählung der Intensivpunkte

Deutsche Kodierregeln

- Keine Neuerungen zur Onkologie und Hämatologie.
- Streichung des Zusatzkennzeichens „Beidseitigkeit“ in P005y.

Zusatzentgelte/NUB

- Neuaufnahme von 10 Medikamenten, davon 9 monoklonale AK (vorher NUB)
- Teilung des ZE von Nivolumab in intravenös und subkutan
- Neue Codes für Reserveantibiotika in 6-00g
- Neuer Code für CAR-T Obecabtagen autoleucel in 6-00h
- Schaffung neuer OPS-Kodes in Kapitel 6-00m zur Verschlüsselung neuer Medikamente in der Hämatologie/Onkologie (mit erstmaligem NUB-Status 1).
- Erweiterung der oberen Dosisstufen bei Decitabin, Romiplostim und Eltrombopag

Inhaltsverzeichnis

[Vorwort 2026 und Danksagung](#)

- 1 [Allgemeine Kodierregeln](#)
 - 1.1 [Definition der Hauptdiagnose](#)
 - 1.2 [Definition der Nebendiagnose](#)
 - 1.3 [Prozeduren](#)
 - 1.4 [Allgemeiner Prüfalgorithmus](#)
 - 1.5 [Typische Diagnosen-Prozeduren-Paare](#)
- 2 [Spezielle Kodierregeln, Hämatologie/Onkologie](#)
 - 2.1 [Allgemeine Regeln](#)
 - 2.1.1 [Allgemeine Hinweise zu Diagnosen](#)
 - 2.1.2 [Kodierung von Nebendiagnosen mit CCL von 0](#)
 - 2.1.3 [Reihenfolge der Nebendiagnosen](#)
 - 2.2 [Spezielle Kodierregeln](#)
 - 2.2.1 [Primärtumor als Hauptdiagnose \[0201u\]](#)
 - 2.2.2 [Metastase als Hauptdiagnose \[0201u\]](#)
 - 2.2.3 [Metastasen als Nebendiagnosen](#)
 - 2.2.4 [CUP-Syndrom](#)
 - 2.2.5 [Spezialfälle \[0201u\]](#)
 - 2.2.6 [Wachstum per continuitatem \[0206a\]](#)
 - 2.2.7 [Malignom in der Eigenanamnese, Restaging \[0209u\]](#)
 - 2.2.8 [Rekonvaleszenz](#)
 - 2.2.9 [Geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden](#)
 - 2.2.10 [Verdachtsdiagnosen](#)
 - 2.3 [Remissionsstatus \[0208c\]](#)
- 3 [Hämatologie](#)

- 3.1 Akute Leukämien
 - 3.1.1 Diagnose-Kodes akute Leukämien
 - 3.1.2 Remissionsstatus akute Leukämien
- 3.2 Chronische Leukämien
 - 3.2.1 Diagnose-Kodes chronische Leukämien
 - 3.2.2 Remissionsstatus bei chronischen Leukämien
- 3.3 Lymphome
 - 3.3.1 Vorbemerkung
 - 3.3.2 Lymphom-Kodes
 - 3.3.3 Remissionsstatus
 - 3.3.4 Ausbreitung
- 3.4 Plasmozytom/Multiples Myelom
 - 3.4.1 Diagnose-Kodes
 - 3.4.2 Remissionsstatus bei Multiplem Myelom
 - 3.4.3 Typische Manifestationen des Multiplen Myeloms
- 3.5 MDS und MPS
 - 3.5.1 Diagnose-Kodes
- 3.6 Anämie
 - 3.6.1 Anämie als Hauptdiagnose
 - 3.6.2 Anämie als Nebendiagnose
- 3.7 Thrombozytopenie
- 3.8 Aplasie und Neutropenie
- 3.9 Amyloidose
- 3.10 Gerinnungsstörungen, Antikoagulation
 - 3.10.1 Thrombophilien
 - 3.10.2 Blutungsneigung und Antikoagulation
 - 3.10.3 Weitere erworbene Gerinnungsstörungen
 - 3.10.4 Angeborene Gerinnungsstörungen
 - 3.10.5 Zusatzcodes für temporär und dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen

4 Onkologie

- 4.1 Diagnose-Regeln
- 4.2 DRG-Systematik

- 6.2.1 [Definition von Fieber](#)
- 6.2.2 [Formen von Fieber](#)
- 6.3 [Fieber in der Aplasie](#)
- 6.4 [Sepsis](#)
 - 6.4.1 [Definition der Sepsis](#)
 - 6.4.2 [Kodierung der Sepsis](#)
 - 6.4.3 [Sepsis als Hauptdiagnose](#)
 - 6.4.4 [Zusatzkode für nosokomial erworbene Sepsis](#)
 - 6.4.5 [Zusatzkode für Zustand nach Sepsis](#)
- 6.5 [Bakterielle Infektionen](#)
- 6.6 [Bakterielle und virale Pneumonie](#)
 - 6.6.1 [Bakterielle Pneumonie](#)
 - 6.6.2 [Pneumonie durch virale und andere Erreger](#)
- 6.7 [Pilzinfektionen](#)
 - 6.7.1 [Aspergillose](#)
 - 6.7.2 [Hitliste Pilzinfektionen](#)
- 6.8 [CMV-Infekte](#)
- 6.9 [Infektionen bei Zustand nach Transplantation](#)
- 6.10 [Erreger-Resistenzen](#)
 - 6.10.1 [Hitliste Codes](#)
 - 6.10.2 [MRSA und MRE](#)
 - 6.10.3 [Behandlung nicht multiresistenter, aber isolationspflichtiger Erreger](#)
 - 6.10.4 [DRG R77Z Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern in der Hämatologie](#)
 - 6.10.5 [Reserveantibiotika](#)
- 6.11 [Sonstiges zur Kodierung der Infektion](#)
 - 6.11.1 [Katheter- und PORT-Infektionen](#)
 - 6.11.2 [Im Krankenhaus erworbene Pneumonie, nosokomiale Pneumonie](#)
 - 6.11.3 [Antibiotikaprophylaxe](#)
- 6.12 [Kodierung von COVID-19-Fällen](#)
 - 6.12.1 [Diagnosecodes](#)
 - 6.12.2 [Abbildung der COVID-Fälle im DRG-System](#)

7 Hitlisten Diagnosen

7.1 Diagnose-Definitionen

7.1.1 Hyper- und Hypokaliämie

7.1.2 Harn- und Stuhlinkontinenz

7.1.3 Mukositis

7.1.4 Ernährungsstörungen und Kachexie

7.1.5 Tumorlysesyndrom

7.2 Pflegerelevante Diagnosen

7.3 Nebendiagnosen bei Neubildungen

7.4 Prophylaxe

7.5 Hitliste Nebendiagnosen

8 Prozeduren

8.1 Nicht kodierbare Prozeduren

8.2 Zusatzentgelte

8.2.1 Wesentliche Neuerungen bei den Zusatzentgelten für 2026 - Hämatologie und Onkologie

8.2.2 Liste der Zusatzentgelte

8.3 NUBs und ZE-Kandidaten

8.4 Definition von Prozeduren

8.4.1 Ernährung

8.4.2 Gabe von Blutprodukten allgemein

8.4.3 Thrombozytensubstitution

8.4.4 Erythrozytenkonzentrate und andere Blutprodukte

8.4.5 Knochenmark-Zytologie und -biopsie

8.4.6 In-vitro-Aufbereitung von Stammzelltransplantaten

8.4.7 Stammzellsupport und Stammzellboost

8.5 Chemotherapie

8.5.1 Allgemeine Hinweise

8.5.2 Konditionierungsprotokolle vor Transplantation

8.5.3 Chemotherapie bei Akuten Leukämien und Lymphomen

- 8.5.4 [Definition der Chemotherapie-Kodes](#)
- 8.6 [Gerinnungsfaktoren](#)
 - 8.6.1 [Ausgangslage](#)
 - 8.6.2 [Gerinnungsfaktoren bei angeborenen Gerinnungsstörungen](#)
 - 8.6.3 [Gerinnungsfaktoren bei erworbenen Gerinnungsstörungen](#)
 - 8.6.4 [Gerinnungsfaktoren bei Gerinnungsstörungen der „Liste 3“](#)
- 8.7 [Hitliste Prozeduren](#)
 - 8.7.1 [Hämato-onkologische Diagnostik](#)
 - 8.7.2 [Allgemeine Diagnostik](#)
 - 8.7.3 [Infektionen - Diagnostik und Therapie](#)
 - 8.7.4 [Prozeduren bei Stammzelltransplantation](#)
 - 8.7.5 [Therapeutische Maßnahmen \(außer TPL und Chemotherapie\)](#)
 - 8.7.6 [Chemotherapie bei Neubildungen](#)
 - 8.7.7 [Transfusionen](#)
 - 8.7.8 [Zusatzentgeltfähige Medikamente](#)
 - 8.7.9 [Notfälle, kardiologische Prozeduren, Reanimation](#)
- 9 [Wichtige Regeln zu DRGs in der Hämatologie/Onkologie](#)
 - 9.1 [DRG-Kennzahlen](#)
 - 9.2 [Wiederaufnahme-Regel](#)
 - 9.3 [Wiederaufnahme wegen Komplikation](#)
 - 9.3.1 [Komplikation im engeren Sinne](#)
 - 9.3.2 [Wiederaufnahme aufgrund einer Behandlungsfolge](#)
 - 9.3.3 [Wiederaufnahme aufgrund einer Tumorsymptomatik](#)
 - 9.3.4 [Kodierung von Komplikationen](#)

[Stichwortverzeichnis](#)

1 Allgemeine Kodierregeln

1.1 Definition der Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose entscheidet maßgeblich über die Eingruppierung in eine DRG und muss daher mit großer Sorgfalt ermittelt werden. In den deutschen Kodierrichtlinien finden sich unter [D002u] zahlreiche Anmerkungen und Fallbeispiele hierzu.

Die Hauptdiagnose wird folgendermaßen definiert:

Die Hauptdiagnose ist *„die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist.“*

„Nach Analyse“ bedeutet, dass erst nach Ende der Behandlung, z.B. erst nach Vorliegen wichtiger Untersuchungsbefunde, die Einteilung vorgenommen wird. Auf für die Abrechnung relevante Befunde (z. B. die Histologie eines unklaren Tumors) muss also auch nach Entlassung des Patienten gewartet werden, bevor der Fall abgeschlossen werden kann. Dies gilt umso mehr, da die nachträgliche Rechnerkorrektur durch Gerichtsurteile und die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) infolge des seit 2020 geltenden MDK-Reformgesetzes weitestgehend verboten ist.

Die Hauptdiagnose muss weder der Einweisungs- noch der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose entsprechen. Beispiel: Wird ein Patient wegen Luftnot eingewiesen, als deren

Ursache sich ein Bronchialkarzinom herausstellt, welches dann behandelt wird, so ist die Einweisungs- und Aufnahme-diagnose die Dyspnoe, die Hauptdiagnose das Bronchialkarzinom.

Symptom als Hauptdiagnose

Bei Symptomen, die als eindeutige und unmittelbare Folge der zugrunde liegenden Erkrankung gelten, wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose verschlüsselt. Ein Symptom ist nur dann **Hauptdiagnose**, wenn ausschließlich das Symptom einer bei Aufnahme bereits bekannten Erkrankung behandelt wurde. Die entsprechende Grunderkrankung wird dann als Nebendiagnose verschlüsselt [DKR D002u]. Generell haben Symptome weiterhin nichts in der Kodierung verloren, außer sie lassen sich keiner schon verschlüsselten Krankheit zuordnen oder haben einen eigenen Aufwand.

Durch Gerichtsurteile und Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses wurde die wichtige Definition der Hauptdiagnose weiter konkretisiert. Eine mögliche HD muss demnach bei Aufnahme schon bestanden haben, muss aber noch nicht diagnostiziert sein (SG Meinungen). Die HD muss die Verweildauer wesentlich mitbestimmen (ebenfalls SG Meinungen). Eine Hauptdiagnose kann sich auch erst im Verlauf eines Aufenthalts wegen einer zur Aufnahme führenden Symptomatik entwickeln, wie das BSG in seinem lesenswerten Urteil zur Definition der Hauptdiagnose feststellte (B1 KR9/15R vom 21.4.2015). Im beurteilten Fall war ein Patient bei unklarem therapieresistentem Fieber aufgenommen worden, die Hauptdiagnose lautete entsprechend dem späteren Vollbild der Erkrankung Sepsis.

Näheres dazu im [Kapitel 2](#) Spezielle Kodierregeln, Hämatologie/Onkologie.

Komplikation nie Hauptdiagnose

Aufgrund der obigen Definition kann eine Krankheit, die bei Aufnahme noch nicht bestand, niemals Hauptdiagnose werden, auch wenn der Behandlungsaufwand für diese Krankheit den der tatsächlichen Hauptdiagnose überschreitet! Auch eine während des Aufenthaltes auftretende Komplikation (z.B. eine postoperative Thrombose oder Lungenentzündung) kann aus diesem Grund niemals Hauptdiagnose werden. Durch die Rechtsprechung des BSG haben sich seit 2012 die Regeln für die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikation geändert. Details hierzu siehe [Kapitel 9.2 Wiederaufnahme-Regel](#).

In seltenen Fällen können mehrere Erkrankungen Hauptdiagnose sein. Hauptdiagnose wird dann nach Ermessen des behandelnden Arztes die Erkrankung mit dem höchsten Verbrauch an Ressourcen. Der Ressourcenverbrauch kann durch die Verweildauer, den Materialeinsatz oder hohen Personaleinsatz (z.B. während einer längeren OP oder durch einen Intensivaufenthalt) bedingt sein, ist aber nicht weiter definiert. In den meisten Fällen ergibt sich dieser jedoch aus den Falldaten recht eindeutig. In diesem Fall konkurrierender Hauptdiagnosen sollte ein erfahrener Kodierexperte (z.B. der DRG-Beauftragte) in die Entscheidung einbezogen werden. Mehrere Sozialgerichtsurteile haben die Auswahl der Hauptdiagnose über die Kodierrichtlinien hinaus weiterentwickelt: Sollte eine Erkrankung bereits bei Aufnahme vorhanden, aber noch nicht bekannt gewesen sein, kann diese bei höchstem Ressourcenaufwand rückblickend zur Hauptdiagnose werden. Dies ist eine Erweiterung der Regeln um die Nebendiagnose Z53 und wird daher im [Kapitel 2.2.9](#) näher erläutert.

Eine leichte Abwandlung der Hauptdiagnoseregeln hat der Bundeslichtungsausschuss 2023 in einer Entscheidung bei Wiederaufnahme nach vorheriger Intervention zur operativen Versorgung vorgenommen. Hiernach ist die Hauptdiagnose zwar in Anwendung der DKR D005 „Folgezustände und geplante Folgeeingriffe“ die ursprüngliche Krankheit, auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist. Allerdings ist bei Diagnosen mit zusätzlichen Informationen zum Ausprägungsgrad beim Folgeaufenthalt nicht mehr der ursprüngliche, sondern der aktuelle Ausprägungsgrad zu kodieren (SAB-Entscheidung S20220015 vom 10.08.2023, es ging um die Wiederaufnahme zur Cholezystektomie nach ERCP im Voraufenthalt, nach Beseitigung der Obstruktion war nur noch der Code ohne Obstruktion im OP-Aufenthalt als HD zu kodieren).

1.2 Definition der Nebendiagnose

Die Nebendiagnose ist definiert als „eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ [D003u].

Es dürfen nur solche Erkrankungen als Nebendiagnosen verschlüsselt werden, die einen diagnostischen und/oder therapeutischen Aufwand oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand haben. Entscheidend ist auch die Beeinflussung des **Patientenmanagements**. Hierdurch werden Diagnosen kodiert, die die Behandlung/Betreuung an mehreren Stellen verändern (Beispiel: D90 Immunkompromittierung bei Änderung der Überwachung, anderem Antibiotikaregime usw.) Inzwischen sind Nebendiagnosen auch wichtig, um die stationäre Durchführung eigentlich ambulanter Eingriffe zu

begründen (z.B. AOP-Leistungen). Hier tritt die formale Definition des Aufwands zugunsten einer Begründung der stationären Behandlung in den Hintergrund. Solche begründenden Nebendiagnosen versuchen die Selbstverwaltungspartner für den AOP-Katalog als sogenannte Kontextfaktoren zu definieren. Das InEK hat das Modell der Kontextfaktoren für die Hybrid-DRGs übernommen und adaptiert.

Weitere Ausnahmen von der Aufwandsregel der Nebendiagnosen sind die Metastasen bei Hauptdiagnose Primärtumor (siehe [Kapitel 2](#)) oder die beschreibenden Nebendiagnosen bei Hauptdiagnose Sepsis (siehe [Kapitel 6](#)). Auch regelt der ICD-10-Katalog bei einigen Situationen die gleichzeitige Kodierung von Diagnosen, wenn es zur Beschreibung des Krankheitsbildes erforderlich ist (z. B. die zusätzliche Kodierung einer T-Diagnose bei einer Komplikation). Dies löst beim MD jedoch regelhaft Widerspruch aus, obwohl hier kein Aufwand gemäß ND-Regel der DKR Bedingung ist.

Symptom als Nebendiagnose

Üblicherweise werden Symptome als Bestandteil einer bereits kodierten Erkrankung nicht zusätzlich kodiert (z.B. Kopfschmerzen bei Migräne). Das Symptom wird nur dann separat als Nebendiagnose erfasst, wenn es die Nebendiagnosekriterien erfüllt (Definition siehe unten), wie die Luftnot bei einem stenosierend wachsenden Bronchialkarzinom, falls Maßnahmen wie Stenteinlage oder Sauerstoffgabe dagegen ergriffen wurden. Die frühere Kodierregel, Symptome dann zu erfassen, wenn sie ein „eigenständiges Problem darstellen“, wurde wegen definitorischer Schwierigkeiten abgeschafft. Symptome werden wie Nebendiagnosen kodiert.

Achtung: Für die DRG-relevante Kodierung geht es nicht um die Auflistung aller bisher diagnostizierten Krankheiten. Es geht um die Kodierung der Krankheiten, die während des **aktuellen** stationären Aufenthaltes einen Aufwand verursachten. Häufig werden Krankheiten, die ein Patient vor Jahren hatte, verschlüsselt. Dies führt bei Erlösrelevanz zur Streichung durch den MD.

Beispiel: Ein Patient hatte vor 7 Jahren einen Apoplex, der folgenlos (!) ausgeheilt ist. Diese Diagnose sollte nicht kodiert werden, auch wenn noch geringe Kosten, z. B. für eine Dauermedikation mit Thrombozytenaggregationshemmern, bestehen sollten. Das InEK trägt dieser Kodierpraxis insofern Rechnung, als solche Nebendiagnosen — sofern ohne Kostenaufwand in der Kalkulationsstichprobe — konsequent abgewertet werden. Auf diese Weise wurden bereits mehrere Tausend Nebendiagnosen in der CCL-Matrix entweder ganz gestrichen oder abgewertet, zuletzt seit 2023 nach einer Corona-bedingten Pause erneut fast 1.800 Nebendiagnosen. Dem standen nur wenige Neuaufnahmen oder Aufwertungen gegenüber. Einer der Hauptgründe für die Abwertung einer Nebendiagnose ist der nicht mehr vorhandene Kostenunterschied bei den Nebendiagnosen nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Die Abwertung betraf in den letzten Jahren auch für die Onkologie relevante Nebendiagnosen wie Anämie bei Neubildung (D63.0), wichtige Metastasenkode, wiederholt wichtige Sepsis- und SIRS-Kodes und Kodes für die Thrombopenie. Dafür wurden wichtige Kodes wie die Lungenaspergillose, die AML oder das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom aufgewertet oder neu aufgenommen, wie die radiogene Ösophagitis (K20.1).

Im Einzelfall kann es schwierig sein, zu entscheiden, ob ein Aufwand relevant war oder nicht (z.B. Substitution von

Schilddrüsenhormonen nach Strumaresektion vor Jahren – soll die Hypothyreose kodiert werden? Wenn ja, in welcher Situation? Nur nach weiterer Diagnostik wie Ultraschall oder Laborkontrollen?). Hier wurde durch Definitionen und Festlegungen der Fachgesellschaften, des BfArM und des InEK sowie des Bundesschlichtungsausschusses (z.B. Definition der Kachexie R64) teilweise Klarheit geschaffen. Trotzdem muss in vielen Fragen der gesunde Menschenverstand mit Beurteilung des gesamten Falles genügen oder eine Regel vereinbart werden. Für einzelne wichtige Nebendiagnosen wurden bereits Definitionen entwickelt oder diese Nebendiagnosen im ICD-10-Katalog differenziert (z.B. der Kode N17.- für das akute Nierenversagen). Aufgrund häufiger Kodierung ohne Kostenrelevanz werden Nebendiagnosen vom InEK in der CC-Matrix seit Jahren abgewertet oder konfliktträchtige Konstellationen durch klassifikatorische Änderungen entschärft, sodass die Erlösrelevanz und damit das Streitpotenzial sinken.

Falls die häusliche Medikation während des Krankenhausaufenthaltes aus den Beständen des Krankenhauses fortgeführt wird, können die damit behandelten Erkrankungen mit Augenmaß als Nebendiagnosen kodiert werden. Hier kann die Gabe eines Medikamentes ggf. zur Kodierung von mehreren Diagnosen führen (z. B. kann die Gabe eines Betablockers wegen Bluthochdruck und einer Herzerkrankung indiziert sein und rechtfertigt dann die Kodierung beider Diagnosen, siehe Beispiel 1 in DKR D003u). Streitbefangen ist bei dauerhafter Antikoagulation, wie lange die verursachende Erkrankung, z. B. die Lungenembolie, kodiert werden darf und ab wann der Kode Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen zu verwenden ist. Ebenfalls vom Bundesschlichtungsausschuss geklärt ist die Frage, ob die Gabe eines Antibiotikums die gleichzeitige Kodierung eines

lokalisierten Infektes und einer Bakteriämie rechtfertigt. Der ablehnenden Haltung des MD in Kodierempfehlung 615 folgend, hat der Bundesschlichtungsausschuss dies Ende 2024 nur unter sehr strengen Bedingungen zugelassen. Eine weitere Regel klärt, dass Zufallsbefunde während Routinekontrollen oder Untersuchungen aus anderer Intention nicht kodiert werden können, wenn nicht eine weiterführende Diagnostik oder Therapie erfolgt. Auch wiederholte Verlaufskontrollen genügen nicht der Nebendiagnosendefinition! Beispiel: Während eines Screening-Ultraschalls wird ein Uterusmyom entdeckt, dieses aber nicht weiter abgeklärt oder behandelt. Daher kann dieser Befund nicht kodiert werden (siehe Beispiel 2 in D003u).

Konsens herrscht auch, dass die alleinige Beobachtung und Verlaufskontrolle von pathologischen Werten (Labor oder Pathologiebefunde) nicht zur Kodierung einer Nebendiagnose ausreicht. Erst die daraus resultierende weiterführende Diagnostik oder Therapie rechtfertigt die Kodierung.

Seit Jahren überprüft das InEK relevante Nebendiagnosen hinsichtlich ihres CCL und kalkuliert diese neu, um die Werte an die aktuelle Kostensituation anzupassen. Inzwischen wurden mehrere Tausend Diagnosen an die deutsche CCL-Matrix angepasst und wiederholt aktualisiert. So wurden Metastasen, vor allem der Lymphknoten, aufgewertet, resistente Keime wurden erstmals CCL-relevant, häufige Diagnosen wie Hyperkaliämie oder Anämie bei Neubildungen jedoch abgewertet. Diese Abwertung war wahrscheinlich auf die zu häufige Kodierung ohne relevanten Aufwand (und damit nachweisbare Kosten) zurückzuführen. Bei den Streichungen dominieren unklare Codes und unkomplizierte Erkrankungen sowie Komplikationen. Seit 2020 werden auch Nebendiagnosen

abgewertet, deren Kosten hauptsächlich in der Pflege verortet sind, da diese Kosten aus dem DRG-System ausgegliedert wurden.

Auch andere häufige Nebendiagnosen wurden abgewertet oder gestrichen (Elektrolytstörungen, Störungen des Wasserhaushalts, Zystitis, Inkontinenz, Tumoranämie, Agranulozytose). In den letzten Jahren waren die Aufwertung der Knochentumore (C40.- und C41.-) und der fortgeschrittenen MDS-Formen (D46.2 und D46.3) sowie die Neuaufnahme des Tumorlysesyndroms (E88.3) wichtig, 2024 wurde als einzige onkologische Diagnose Bösartiges Melanom der Lippe (C43.0) neu in die Matrix aufgenommen, 2025 als Komplikation nach Bestrahlung die radiogene Ösophagitis (K20.1). Ebenso wurden zahlreiche solide Tumore und LK-Metastasen teilweise nach einer neuen Systematik überarbeitet. Neben einer schon aus Australien übernommenen, zu hohen Bewertung liegt die Abwertung sicherlich auch an der zu großzügigen Kodierung von Nebendiagnosen, ohne dass in den Kalkulationsdaten relevante Kosten dafür gefunden werden. Diese Änderungen können theoretisch das PCCL-System insgesamt abwerten. Seit Jahren bleibt die Anzahl der PCCL-gesplitteten Basis-DRGs jedoch stabil. Seit 2014 hat das InEK die Berechnung der einzelnen CCL-Werte weiter verfeinert. Die meisten Nebendiagnosen werden inzwischen ganz gezielt nur in wenigen Basis-DRGs neu bewertet (meist abgewertet). Daneben wurde 2014 die PCCL-Formel dahingehend geändert, dass mehr CCL-relevante Nebendiagnosen erforderlich sind, um auf PCCL-Werte von 3 oder 4 zu kommen. Für 2016 wurden erneut die PCCL-Formel und eine Vielzahl an Nebendiagnosen angepasst. Dabei wurden neue PCCL-Stufen von 5 und 6 definiert („schwerste Komplikationen und Komorbiditäten“), welche in 12 Basis-DRGs erlösrelevant sind, u. a. in A42, R60, R61 und R63. Ab 2026 wird das PCCL-System den Erfordernissen des Hybrid-

DRG-Systems angepasst und damit deutlich verändert. Entsprechend erfolgten die Neubewertungen für 2026 überwiegend, um Aufwandsunterschiede im H-DRG-Katalog abzubilden.

Seit 2020 wurden Sepsis- und SIRS-Kodes abgewertet oder gestrichen. Dies erfolgt im Kontext der neuen Sepsisdefinition und der neuen DKR 0301 (siehe [Kapitel 6](#)). 2024 fanden erneut wesentliche Abwertungen von für die Onkologie relevanten Nebendiagnosen für Sepsis und Metastasen, aber auch häufig verwendete Kodes für Infektionen und Zytopenien statt. Dies erfolgte für 2025 und 2026 nur sehr punktuell, z.B. bei der Thrombozytopenie.

2026 erfolgten keine erkennbaren Aufwertungen oder Neuaufnahmen in die CCL-Matrix. Eine Excelliste mit den CCL-Änderungen wurde für 2026 jedoch leider nicht veröffentlicht.

Aus dem Vorschlagsverfahren wurden dagegen folgende Kodes geprüft und jeweils in mehreren Basis-DRGs abgewertet. Ziel war vor allem, dass unspezifische Diagnosen nicht höher bewertet werden als die jeweils spezifischen Kodes:

J96.0-	Akute respiratorische Insuffizienz
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz
I35.0	Aortenklappenstenose
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
A49.-	Bakterielle Infektion n n bez Lokalisation

Insbesondere die Abwertung von A49 war nach dem umstrittenen Schlichtungsspruch das SAB Ende 2024 zu erwarten gewesen.

1.3 Prozeduren

Prophylaxe

Antibiotika [269](#)

Immunglobuline [296](#)

Isolierung [257](#), [296](#)

Prostata-Karzinom [140](#)

Prothrombingabe [312](#), [384](#)

Prozeduren [27](#), [303](#)

abgebrochen [64](#)

Definition [319](#)

Diagnostik allgemein [348](#)

Ermittlung von [29](#), [152](#)

Hierarchie der [183](#)

Hitliste [348](#)

Infektionsdiagnostik [348](#)

kardiologisch [424](#)

nicht erbracht [63](#)

Optional und nicht kodierbare [303](#)

Reihenfolge [27](#)

Stammzellenentnahme [364](#)

Stammzellentnahme [163](#)

Stammzelltransplantation, allogene [186](#), [365](#)

Stammzelltransplantation, autolog [182](#), [365](#)

Therapeutisch [369](#)

PUVA-Therapie [212](#)

R

Reanimation [424](#)

Rectum-Karzinom [135](#)

Refraktäre Anämie [103](#)

Rekonvaleszenz [62](#)

Remission, komplett [68](#)

Remission, partiell [68](#)

Remissionsstatus [68](#)

akute Leukämie [81](#)

chronische Leukämie [87](#)

Lymphome [96](#)
Multiples Myelom [98](#)
nicht erhoben [69](#)
Reserveantibiotika [265](#)
Resistenzen Erreger [253](#)
Respiratorische Insuffizienz [245](#)
Restaging [60](#)
Resterkrankung, minimale [348](#)
Rezidiv [56](#)
Richter-Syndrom [86](#), [95](#)

S

Sarkome [137](#)
Kodierung [142](#)
Schilddrüsen-Karzinom [142](#)
Schmerz [51](#)
Schock, septischer [236](#), [238](#)
Sepsis [224](#)
bei Lymphomen [83](#)
Definition [224](#)
Diagnosekodes [236](#)
Kodierung [235](#)
SOFA-Score [226](#)
Berechnung [226](#)
Definition [226](#)
Solide Tumore [132](#)
DRG-Systematik [129](#)
hochkomplexe Chemotherapie [96](#)
Splitkriterien [75](#)
Spülung Harnblase [370](#)
Stadieneinteilung GvHD [196](#)
Stammzellboost [183](#), [324](#)
ZE [314](#)
Stammzellenspender [163](#)
Stammzellsammlung [161](#)

- Bei Fremdspender [163](#)
- DRGs [163](#)
- Prozedurenkodes [163](#)
- Stammzellsupport [183](#), [324](#)
- Stammzelltransplantation [182](#)
 - Zustand nach [177](#), [190](#)
 - Stammzelltransplantation, allogene [366](#)
 - mesenchymale [367](#)
 - Prozedurenkodes [366](#)
- Stammzelltransplantation, autolog [182](#), [366](#)
- Sterndiagnosen [39](#)
- Stuhlinkontinenz [286](#)
- Sucht [291](#)
- Symptom(e) [19](#)
 - als Hauptdiagnose [19](#)
 - Aplasie als [114](#)
 - Behandlung von [150](#)
 - Fieber als [218](#)
 - Schmerz als [51](#)

T

- Therapietage [329](#)
- Thrombose V. cava [296](#)
- Thrombozytengabe [312](#), [378](#)
 - Apherese [379](#)
 - Gepoolt [379](#)
 - HLA-kompatibel [112](#), [321](#), [378](#)
- Thrombozytengabe: HLA-kompatibel [378](#)
- Thrombozytopenie [111](#)
 - als Hauptdiagnose [112](#)
 - als Nebendiagnose [111](#)
 - Definition [111](#)
 - Diagnosekodes [112](#), [116](#)
 - nach Chemotherapie [112](#)
 - transfusionsrefraktär [112](#)

Thrombozytopenien
 Sekundäre [112](#)
Transfusion [378](#)
 EKs [322](#), [379](#)
 Granulozyten [383](#)
 Leukozyten [367](#), [368](#)
 Lymphozyten siehe DLI [379](#)
 T-Zellen [368](#)
Transplantation, allogene [186](#), [364](#)
 Prozedurenkodes [364](#)
 Versagen [186](#)
 Zustand nach [190](#)
Transplantation, autolog [182](#)
 DRGs [184](#)
 Hierarchie Prozeduren [183](#)
 Prozedurenkodes [365](#)
 Versagen [183](#)
 Zustand nach [186](#)
Transplantatversagen [191](#)
Tumoranämie [106](#)
Tumorlyse(syndrom) [283](#)
T- und B-Zell-Depletion [166](#), [169](#), [170](#), [171](#)

U

Unklares Fieber [219](#)

V

Verdachtsdiagnose [66](#)
 Infekt [219](#)
 ohne Therapie [67](#)
Verweildauer [426](#)
Verwurf [305](#)
VOD [208](#)

W