Titel:

Kosten für stationäre Krankenbehandlung

Normenkette:

SGB V § 109 Abs. 4 S. 3, § 301 Abs. 2 S. 1

KHEntgG § 7 Abs. 1 S. 1, § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, § 11

Leitsätze:

1. Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. (Rn. 35) (redaktioneller Leitsatz)

2. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen. (Rn. 35) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Vergütung, Krankenhausabrechnung, Pflegesatzvereinbarung, Nebendiagnose

Fundstelle:

BeckRS 2019, 22382

Tenor

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1370,57 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 02.02.2016 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 1370,57 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Parteien streiten um die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt das Stadtkrankenhaus A-Stadt, welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Versicherte der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenversicherung.

3

Unter anderem wurde die bei der Beklagten versicherte Frau D., *1931, in der Zeit vom 29.06.2015 bis 04.07.2015 stationär im Haus der Klägerin behandelt. Die Patientin wurde nach einem Kollaps bei Exsikkose nach notärztlicher Einweisung aufgenommen.

4

Am Aufnahmetag wurde bei der Patientin im Labor ein Kreatininwert von 1,58 mg/dl festgestellt (Normwert 0,51-0,95dl). Der GFR-Wert lag bei Aufnahme bei -31,2 ml/mi.

5

Ausweislich des Laborblattes verbesserten sich die Werte im Verlauf, da bereits am 01.07.2015 ein Kreatininwert von 1,03 festgestellt wurde.

6

Am 07.07.2015 rechnete die Klägerin die Behandlung unter Zugrundelegung der DRG K62A mit insgesamt 3.418,19 € ab.

7

Die Beklagte zahlte auf diese Rechnung.

8

Unter dem 21.07.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit beauftragt habe. Die Kodierung der Nebendiagnose N17.91 sei anhand der Falldaten nicht plausibel.

9

Im Gutachten vom 10.09.2015 führte der MDK aus, dass sich bei der Patientin laborchemisch eine deutlich eingeschränkte Nierenfunktion gezeigt habe. Es sei Volumensubstitution und Elektrolytsubstitution erfolgt. Eine ausführliche Synkopenausschlussdiagnostik sei durchgeführt worden.

10

Die Nebendiagnose N17.91 (Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1) werde geändert in N19 (Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz). Die KDIGO-Leitlinien seien aufgrund der Voraussetzung adäquate Flüssigkeitszufuhr nicht erfüllt.

11

Mit Schreiben vom 11.09.2015 forderte die Beklagte die Klägerin zur Rechnungskorrektur auf. Es ergab sich ein Minderungsbetrag von insgesamt 1370,57 €.

12

Mit Schreiben vom 24.09.2015 widersprach die Klägerin der Beurteilung des MDK unter Bezugnahme auf die im ICD genannte Originalliteratur (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, Kidney International Supplements (20012) 2).

13

Mit Schreiben vom 26.01.2016 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man den geltend gemachten Überzahlungsbetrag von 1370,57 € mit der Forderung der Klägerin aus der Behandlung der ebenfalls bei der Beklagten versicherten Frau E. (Rechnungsnummer 1-0559854) aufrechnen werde.

14

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 11.01.2017 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg.

15

Sie macht geltend, dass kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch bestanden habe.

16

Die Klägerin habe zu Recht die Nebendiagnose N17.9 für das akute Nierenversagen in Ansatz gebracht.

17

Bei einem akuten Nierenversagen handle es sich um eine plötzlich einsetzende Verschlechterung der Nierenfunktion. Nach der ICD-Verschlüsselung, Version 2015, sei ein akutes Nierenversagen nach N17.9 ein nicht näher bezeichnetes ohne Vorliegen eines histologischen Befunds. Nach der ICD-Version 2015 finde sich in der Beschreibung der Diagnose N17ff zum akuten Nierenversagen eine Auflistung der Kriterien, die erfüllt sein müssten. Danach liege ein akutes Nierenversagen vor, wenn der Anstieg von Serum-Kreatinin zumindest 0,3mg/dl innerhalb von 48Stunden zumindest 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden steige oder um 50% bis 100% über dem Ausgangswert liege.

18

Ferner werde auf die Definition der akuten Nierenschädigung nach der AKIN-Definition verwiesen. Danach liege eine akute Nierenschädigung im Stadium I vor, wenn ein Kreatinin-Anstieg von mehr als 0,3 mg/dl vorliege oder ein 1,5-2-facher Kreatininanstieg.

19

Ausgehend von einem unteren Normalwert sei der Wert bei der Patientin mit 1,58 fast 3-mal so hoch gewesen.

20

Die Klägerin beantragt

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag von 1370,57 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 02.02.2016 zu bezahlen.

21

Die Beklagte beantragt

die Klage abzuweisen.

22

Es sei keine Behandlung eines akuten Nierenversagens entsprechend der KDIGO-Leitlinien erfolgt. Eine adäquate Flüssigkeitszufuhr, Einfuhr-/Ausfuhrkontrollen lt. eingereichter Verlaufskurven, Gewichtskontrollen, tägliche Kontrollen der Nierenretentionsparameter und ein nephrologisches Konzil sein nicht dokumentiert und belegt. Es lägen keine Vorbefunde für eine Nierenerkrankung vor. In sämtlichen stationären Vor- oder Nachaufenthalten seien keine weiteren Nierenerkrankungen kodiert worden.

23

Der am Aufnahmetag gemessene erhöhte Kreatininwert sei allein auf die bei der Versicherten vorliegende E86 ohne Lokalisation Volumenmangel / Dehydration - Exsikkose zurückzuführen. Durch die Gabe von jeweils 1000ml Ringerlösung am Aufnahme- und am darauf folgenden Tag habe diese ausgeglichen werden können, so dass am 01.07.2015 ein normaler Kreatininwert vorgelegen habe.

24

Es werde also deutlich, dass der erhöhte Kreatininwert allein auf die Exsikkose zurückzuführen sei und ein akutes Nierenversagen nicht vorgelegen habe. Auf das Urteil des BSG vom 23.06.2015 - B 1 KR 13/14 R werde verwiesen.

25

Das Verfahren wurde zunächst im Hinblick auf ein beim LSG anhängiges Verfahren (Berufung gegen eine Entscheidung der Kammer vom 13.07.2015, S 7 KR 426/15) ruhend gestellt.

26

Mit Schriftsatz vom 25.05.2018 wurde klägerseits das Verfahren wieder aufgerufen. Eine Berufentscheidung durch das LSG ist noch nicht erfolgt.

27

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

28

Die zulässige Klage hat Erfolg.

29

Streitgegenstand ist einmal der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung der Versicherten M. E. in Höhe von 1370,57 €. Diesen Anspruch macht sie zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie hier der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: B 1 KN 3/08 KR R m.w.N., nach juris).

30

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung für die Behandlung der Versicherten E. in Höhe von insgesamt 1370,57 €. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2016. Die Forderung ist in Höhe von 1370,57 € nicht durch Aufrechnung erloschen.

31

Der Beklagten steht nämlich auch kein Rückforderungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten D. zu.

32

Zutreffend hat die Klägerin im vorliegenden Fall die DRG K62A der Abrechnung zugrunde gelegt.

33

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]: Krankenträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

34

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10 - in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung („Kodierung“) haben die Vertragspartner auf Bundesebene „Kodierrichtlinien“ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - B 3 KR 7/12 R - juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 25/13 R - juris, Rn. 12 m.w.N.).

35

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (z.B. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 25/13 R - juris, Rn. 13 m.w.N.). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - B 3 KR 7/12 R - juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 21. März 2014 - L 4 KR 5233/12 - nicht veröffentlicht).

36

Streitig ist im vorliegenden Fall alleine die Kodierung der Nebendiagnosen. Die Kodierrichtlinien bestimmen, ob und welche Nebendiagnosen für die Abrechnung zusätzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren sind (vgl. auch BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, RdNr. 45 mwN).

37

Die Hauptdiagnose wird entsprechend der Kodierrichtlinie D002f definiert als:

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

38

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

39

Die Nebendiagnose ist entsprechend der Kodierrichtlinie D003I definiert als:

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

40

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: - therapeutische Maßnahmen, - diagnostische Maßnahmen, - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Krankheiten, die zB durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert. Symptome als Nebendiagnose: Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe auch ICD-10-GM Kapitel XVIII). ... Abnorme Befunde: Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).“

41

Auch die Nebendiagnosen sind „nach Analyse“ zu kodieren, also nach Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Hierbei sind vor dem Ende des stationären Aufenthalts erhobene Befunde, deren Auswertung erst später eingeht, einzubeziehen (vgl BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - RdNr. 19 für SozR 4 vorgesehen). Die Maßgeblichkeit des Erkenntnishorizonts „nach Analyse“ folgt aus dem Zusammenhang der Nebenmit der Hauptdiagnose.

42

Zur Frage, was unter einem akuten Nierenversagen zu verstehen ist, enthalten die DKR 2015 nähere Vorgaben.

43

Diese nehmen Bezug auf die KDIGO-Leitlinien (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, abgedruckt in Kidney International Supplements (2012) 2, 8-12).

44

Die geforderte „wortlautgetreue Auslegung“ des Begriffs „akutes Nierenversagen“ muss sich, ausgehend vom allgemeinen Sprachgebrauch, somit vernünftigerweise an den in medizinischen Fachkreisen eingebürgerten Begrifflichkeiten orientieren, sofern es solche gibt, orientieren. In einem ebenfalls in der Kammer geführten Parallelverfahren S 7 KR 426/15 führte der dort beauftragte Sachverständige aus, dass 2004 von einer internationalen Konsensuskonferenz Kriterien zur Definition des akuten Nierenversagens erarbeitet worden sind, weil eine entsprechende einheitliche Definition fehlte. Hierbei wurden die sogenannten RIFLEKriterien (Risk, Injury, Failure, Loss und End stage kidney disease) erarbeitet. Diese Kriterien wurden 2007 von einer internationalen Arbeitsgruppe AKIN („Acute Kidney Injury Network“) aufgegriffen und überarbeitet.

45

Diese Definitionen wurden in den im März 2012 veröffentlichten internationalen KDIGO-Leitlinien der International Society of Nephrology zum akuten Nierenversagen verwendet. Sie lösen die bisherigen Definitionen des akuten Nierenversagens der RIFLE-Kriterien und der AKIN-Definitionen ab. Dem englischen Begriff für AKI, acute kidney injury (akute Nierenschädigung) wird bei den KDIGO - Leitlinien der Begriff acute kidney impairment (akute Nierenstörung) zur Seite gestellt, um darauf hinzuweisen, dass mit AKI nicht nur die Schädigung, sondern auch eine Funktionsstörung der Nieren gemeint ist. Der deutsche Begriff akutes Nierenversagen (ANV) als Übersetzung von acute kidney injury/ impairment steht deshalb sowohl für eine akute Nierenschädigung als auch für eine akute Störung der Nierenfunktion, unabhängig davon, ob die Nierenfunktion geringfügig, stärker ausgeprägt oder vollständig reduziert ist (Kodierleitfaden Nephrologie Version 2014 der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, Seite 53).

46

Entsprechend dem im ICD aufgeführten Kriterien liegt ein akutes Nierenversagen vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

* Anstieg des Serumkreatinins über einen gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden

* Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert des Patienten um mindestens 50% innerhalb der vorangehenden 7 Tage

* Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5 ml/kg/h über mindestens 6 Stunden Differenziert wird zwischen:

Stadium 1

Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50% bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder um mindestens 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über 6 bis unter 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

Stadium 2

Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 100% bis unter 200% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

Stadium 3

Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 200% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Anstieg des Serum-Kreatinins auf mindestens 4,0 mg/dl oder Einleitung einer Nierenersatztherapie oder Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf unter 35 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder Abfall der Diurese auf unter 0,3 ml/kg/h über mindestens 24 Stunden oder Vorliegen einer Anurie über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

47

Bei der Patientin D. lag am Aufnahmetag ein Serum-Kreatinin-Wert von 1,58 mg/dl vor. Bei Entlassung der Patientin betrug der Wert 1,03 mg/dl, nachdem der Flüssigkeitshaushalt der Patientin stabilisiert worden war. Nachdem keine früheren Werte der Patientin aus der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt bekannt waren, ist es medizinisch plausibel, auf den Wert bei Entlassung als „angenommenen Ausgangswert“ zurückzugreifen. Der Rückgriff auf ein theoretisches Mittel wäre ungenauer und würde die individuelle Situation bei der Patientin nicht widerspiegeln.

48

Es ist somit davon auszugehen, dass durch die Störung der Nierenfunktion eine Erhöhung des Serum-Kreatinins von 1,03 mg/dl auf 1,58 mg/dl, d.h. also um mehr als 50% innerhalb von 7 Tagen stattgefunden hat. Dies entspricht der Definition des akuten Nierenversagens Stadium 1, wie von der Klägerin kodiert.

49

Seitens des MDK soll diese Störung der Nierenfunktion über die N19 (Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz) abgebildet werden. Dabei handelt es sich um einen Auffangkode für Fälle mit

Nierenerkrankung, die man nicht als chronisch bezeichnen kann, z.B. weil der Nachweis eines Bestehens über 3 Monate oder von morphologischen Veränderungen fehlt. Gleichzeitig dürfen auch nicht die Kriterien

* eines akuten Nierenversagens,

* einer akuten Niereninsuffizienz,

* einer akuten Nierenschädigung

vorliegen. Die Restklasse „... , nicht näher bezeichnet“ soll nämlich nach der „Anleitung zur Verschlüsselung“ nur dann verwendet werden, wenn die dokumentierte Diagnose keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern der übergeordneten Kategorie aufweist.

50

Vorliegend ist die Störung jedoch spezifischer abbildbar, nämlich durch die von der Klägerin verwendete N17.91. Jede akute Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Filtration/Tubulusapparat) gleich welches Stadium vorliegt, wird nämlich unter dem international akzeptierten Überbegriff des Acute Kidney Injury (AKI) / akute Nierenschädigung subsumiert, so dass ein akutes Nierenversagen, wenn die inhaltlichen Kriterien erfüllt sind, mit dem ICD-Code N17.9 (akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet) kodiert werden muss. Als Überschrift steht über beiden Klassifikationen (RIFLE / AKIN) die Einteilung des akuten Nierenversagens / -schädigung. AKIN teilt ein, was bisher im medizinischen Sprachgebrauch als akutes Nierenversagen bezeichnet wird und was die ICD als akutes Nierenversagen klassifiziert. Eine weitere Spezifizierung des akuten Nierenversagens liegt lediglich in dem Ort des Geschehens, sodass im klinischen Sprachgebrauch von einem prä- (vor der Niere), intra- (in der Niere selbst) oder postrenalen (nach der Niere) Nierenversagen gesprochen wird. Vorliegend handelt es sich eindeutig um ein akutes Nierenversagen bei Exsikkose, also um ein prärenales Nierenversagen.

51

Diese Kodierung entspricht der zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Definition der ICD (s.o.). Die Ziffer N17.9 (Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet) wird definiert als „Akutes Nierenversagen ohne Vorliegen eines histologischen Befundes“. Ausgeschlossen wäre eine Kodierung der Ziffer N17.9 nur, wenn die unter dem Oberbegriff „Niereninsuffizienz“ (N17-N19) aufgeführten Exklusiva vorliegen würden. Eine Exsikkose ist hier ausdrücklich nicht aufgeführt.

52

Letztlich ist es der Ziffer N17.9 immanent, dass sie aus Laborparametern hergeleitet wird (von der Beklagten bezeichnet als „technisch ermitteltes Nierenversagen“), denn bei der Forderung eines histologischen Nachweises käme stattdessen die Ziffer N17.8 zum Ansatz.

53

Zwar enthält die Definition des akuten Nierenversagen Stadium 1 folgende Einschränkung:

Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50% bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder um mindestens 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über 6 bis unter 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt) (Hervorhebung durch die Vorsitzende)

54

Der Kodierleitfaden Nephrologie, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (abzurufen z.B. unter http://www.dgfn.eu/fileadmin/download/Aerzte/DRG/KDLF-Nephrologie_2017.pdf, hier in der Version 2017) verdeutlicht jedoch, dass sich dieser Passus nur auf die zweite Alternative „Diurese auf unter 0,5ml/kg/h über 6 bis unter 12 Stunden“ beziehen sollte (vgl. Kodierleitfaden 2017, S. 47). Erst in der Version 2017 der ICD wird ausgeführt, dass für die Anwendung der Kriterien bei Stadium 1 nach KDIGO ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydrationszustand zum Zeitpunkt der Messungen Voraussetzung sei. Erst dieser Definition, die letztlich mehrere Jahre nach der streitgegenständlichen Behandlung formuliert wurde, entspricht die von der Beklagten vertretene Ansicht.

55

Maßgebend ist jedoch nach Auffassung des Gerichts, dass unter Anwendung der ICD-10 Version 2015 der Terminus Acute Kidney Injury in allen Stadien per definitionem das gesamte Spektrum des akuten

Nierenversagens umfasst, weshalb es in der Originalpublikation von Mehta und anderen zu den AKIN-Kriterien auch ausdrücklich heißt: „the term acute kidney injury is proposed to represent the entire spectrum of acute renal failure“ (der Terminus akute Nierenschädigung wurde vorgeschlagen, um das gesamte Spektrum des akuten Nierenversagens darzustellen) (SG Freiburg (Breisgau), Urteil vom 24. Mai 2012, Az. S 5 KR 6370/11).

„Während also die Nomenklatur des akuten Nierenversagens durch die RIFLE □, AKIN □ und KDIGO □ Kriterien weiter differenziert und mittlerweile bei Klinikern und Wissenschaftlern eine gute Akzeptanz gefunden hat, hat dieser Wandel in der Klassifikation des akuten Nierenversagens schlicht noch nicht stattgefunden. Daraus folgt aber gerade nicht, dass durch diese nomenklatorische Differenzierung einzelne Untergruppen des akuten Nierenversagens klassifikatorisch nicht mehr abgedeckt werden können. Dies würde auch der Zielsetzung einer Klassifikation, alle Krankheitsbilder in Gruppen zusammenzufassen, widersprechen und dazu führen, dass bisher kodierbare Erkrankungen kodiertechnisch „ins Leere laufen“ würden. Dass dabei bewusst nicht alle nomenklatorischen Differenzierungen im Kode N17.9 mit dargestellt werden können, gehört zum Wesen einer Klassifikation.“ (u.a. Prof. Dr. med. Kribben, Musterstellungsnahme zur Kodierung des akuten Nierenversagens, 2014).

56

Zwar führt das BSG in einem vergleichbaren Verfahren aus, die Nebendiagnose N17.9 könne nicht kodiert werden, wenn die deutlich erhöhten Retentionsparameter im Regelfall eindeutige und unmittelbare Folge der Exsikkose seien und neben der Volumentherapie keinen weiteren therapeutischen Aufwand bewirkt hätten. Sie wären dann im Sinne der Kodierrichtlinien eines der Symptome der Exsikkose. Anders läge es, wenn die Versicherte „nach Analyse“ an einem akuten Nierenversagen litt, das auch ohne Exsikkose und ggf hierdurch bedingte deutlich erhöhte Retentionsparameter eine Volumentherapie erfordert hätte. In diesem Falle wären sowohl E86 als auch N17.9 als Nebendiagnose zu kodieren.

(BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - B 1 KR 13/14 R -, SozR 4-5560 § 17b Nr. 6, Rn. 19))

57

Diese Auslegung entspricht jedoch nicht der zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung geltenden Definition der ICD, so dass sich die Kammer nach wortgetreuer Auslegung dieser Entscheidung nicht anschließen kann.

58

Im Ergebnis bestand daher ein Anspruch der Klägerin auf Vergütung der DRG K62A.

59

Der Zinsanspruch ergibt sich aus der geltenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten.

60

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

61

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).