
S 15 KR 93/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	akutes Nierenversagen, KDIGO-Leitlinie, Kodierempfehlung, Krankenhausvergütung, medizinisch-wissenschaftlicher Sprachgebrauch, Nebendiagnose, RIFLE-Kriterien, Schlichtungsausschuss
Leitsätze	1. Mangels normativer definitorischer Vorgaben kommt dem Begriff des akuten Nierenversagens in ICD-10-GM (2014) N17.- der Sinngehalt zu, der ihm 2014 im wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch beigemessen wurde, der bereits damals von den KDIGO-Leitlinien geprägt war. 2. Ein akutes Nierenversagen im Sinne von ICD-10-GM (2014) N17.- lag nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch im Jahr 2014 vor, wenn eines der Kriterien der KDIGO-Leitlinien erfüllt war, und nicht erst mit Erreichen des Schweregrads 3 nach den KDIGO-Leitlinien, obwohl erst dieser Schweregrad dem RIFLE-Stadium „Failure“ entspricht.
Normenkette	§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V , § 19 KHG
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 15 KR 93/18
Datum	08.10.2019
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 1 KR 299/19
Datum	18.05.2022
3. Instanz	

Datum

Ä

Ä

Ä

Ä

Ä

Ä

Ä

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 8. Oktober 2019 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.
4. Der Streitwert wird auf 1.335,39 € festgesetzt.

Ä

Ä

Ä

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere über die Kodierung der Nebendiagnose ICD-10-GM (2014) N17.9 (akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet).

Die Klägerin bzw. ihre Rechtsvorgängerin (im Folgenden einheitlich: Klägerin) betreibt ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus in A., in dem die 1932 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Y. (im Folgenden: Versicherte) vom 13.06.2014 bis 16.06.2014 stationär behandelt wurde. Die Krankenhausaufnahme erfolgte aufgrund Exsikkose bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme und fortschreitendem demenziellen Syndrom. Während des Krankenhausaufenthalts erfolgte eine Infusionstherapie mit Vollelektrolytlösung. Mit pflegerischer Unterstützung konnte eine gute orale Nahrungsaufnahme erreicht werden.

Für diese stationäre Krankenhausbehandlung stellte die Klägerin der Beklagten unter dem 15.07.2014 auf der Grundlage der Fallpauschale (Diagnosis Related Group [DRG]) K62A (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para-/Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder zunächst schweren CC) 3.257,42 € in Rechnung. Zu dieser DRG gelangte die Beklagte u.a. durch Kodierung der hier streitigen Nebendiagnose N17.9.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig, leitete jedoch sodann ein Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser beanstandete im Gutachten vom 05.12.2014 die kodierten Haupt- und Nebendiagnosen. Als Hauptdiagnose sei E86 (Volumenmangel) zu kodieren, nicht R63.3 (Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung). Ein akutes

Nierenversagen entsprechend RIFLE-Stadium Failure sei nicht belegt, sodass auch die Kodierung der Nebendiagnose N17.9 unzutreffend sei. Die Beklagte unterrichtete die KlÄgerin mit Schreiben vom 10.12.2014 hiervon, teilte ihr die sich daraus ergebende DRG K62B (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen auÄer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne ÄuÄerst schwere CC) mit und bat um entsprechende Rechnungskorrektur.

Dem widersprach die Beklagte sowohl hinsichtlich der Haupt- wie auch der Nebendiagnose, bei letzterer unter Verweis auf die mittels Infusionstherapie erreichte Senkung des Kreatininspiegels von 254 Åmol/l auf 130Åmol/l.

Der daraufhin nochmals befasste MDK schÄtzte im Gutachten vom 23.07.2017 ein, dass als Hauptdiagnose R63.6 (UngenÄgende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person) in Ansatz zu bringen sei. Hinsichtlich der Nebendiagnose N17.9 ergÄben sich jedoch keine neuen Aspekte. Der von der KDIGO-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft fÄr Nephrologie (DGfN) geforderte Anstieg des Serumkreatinins sei nicht nachvollziehbar dokumentiert. Es sei lediglich ein Abfall des Kreatinins ersichtlich. Die Beklagte unterrichtete die KlÄgerin mit Schreiben vom 28.07.2017 davon, dass nach dem Widerspruchsgutachten weiterhin nur die DRG K62B gerechtfertigt sei, und verrechnete deswegen am 22.09.2017 einen Betrag von 1.335,39 Å mit unstreitigen VergÄtungsforderungen der KlÄgerin.

Am 23.01.2018 hat die KlÄgerin Klage auf Zahlung des Aufrechnungsbetrages vor dem Sozialgericht (SG) Chemnitz erhoben. Die Voraussetzungen der Nebendiagnose N17.9 lÄgen vor. Die Kodierung stÄtze sich auf die Vergleichswerte aus den Voraufenthalten. Am 08.06.2014 â und damit eine Woche vor dem streitigen Krankenhausaufenthalt â sei bei der Versicherten ein Kreatininwert von 102 Åmol/l dokumentiert worden, am 13.06.2014 einer von 254 Åmol/l. Dies entspreche einem Anstieg von > 100% innerhalb von sieben Tagen und somit einem akuten Nierenversagen laut KDIGO. Entgegen der Auffassung der Beklagten liege ein akutes Nierenversagen nicht erst dann vor, wenn die Voraussetzung eines RIFLE-Stadiums 3 erfÄllt seien.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines SachverstÄndigengutachtens bei dem Facharzt fÄr Innere Medizin/Nephrologie Prof. Dr. XÄ!.. Dieser hat in seinem Gutachten vom 01.04.2019 unter BerÄcksichtigung der dokumentierten Kreatinin- und Urinwerte eingeschÄtzt, dass sichere Kriterien fÄr ein akutes Nierenversagen Stadium 2, nicht aber fÄr ein Stadium 3 vorlÄgen. Anhand eines Stadiums 2 sei 2014 die Kodierung mit N17.9 zu Recht erfolgt sei. Erst ab 2017 werde gefordert, dass fÄr die Kodierung des akuten Nierenversagens ein Stadium 3 vorhanden sein mÄsse oder aber â bei niedrigeren Stadien â ein strukturelles Nierenversagen, nicht ausschlieÄlich Flüssigkeitsmangel. Statt der N17.9 kÄnnte alternativ auch N17.0 (Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose) kodiert werden, weil die Tubulusnekrose das typische feingewebliche Korrelat jedes akuten Nierenversagens auÄerhalb von stauungsbedingten und autoimmunologischen Formen sei.

Mit Urteil vom 08.10.2019 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 1.335,39 € – nebst Zinsen verurteilt. Die Klägerin habe die Nebendiagnose N17.9 zu Recht kodiert, weil ein akutes Nierenversagen vorgelegen habe und mittels Infusionstherapie ein entsprechender therapeutischer Aufwand betrieben worden sei. Nach dem gerichtlichen Sachverständigengutachten habe aufgrund der 100%igen Erhöhung des Kreatininwerts nach den Kriterien der KDIGO-Leitlinien ein akutes Nierenversagen im Stadium 2 vorgelegen, welches im Jahr 2014 zu Recht mit N17.9 habe kodiert werden können, weil damals noch keine Schweregradeinteilung im DRG-System hinterlegt gewesen sei.

Gegen das der Beklagten am 14.10.2019 zugestellte Urteil richtet sich deren am 30.10.2019 bei dem Sächsischen Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung. Die Kodierung der Nebendiagnose N17.9 sei nicht gerechtfertigt. Aus der sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 23.10.2019, die das SG verfahrensfehlerhaft nicht abgewartet habe, gehe hervor, dass sich die Diagnose des akuten Nierenversagens im Jahr 2014 noch an den RIFLE-Kriterien orientiert habe, weil die KDIGO-Leitlinien von 2012 erst 2015 in die ICD-10-GM aufgenommen worden seien. Aus der deutschen Übersetzung der KDIGO-Leitlinie in „Der Nephrologe“ 2013, S. 247 ff. ergebe sich nichts anderes. Denn ausweislich des englischen Originals handele es sich bei den drei Stadien des Acute Kidney Injury nicht um drei Stadien des akuten Nierenversagens, sondern um drei Stadien der akuten Nierenschädigung, von denen das Acute Renal Failure nur eines sei. Die im Jahr 2014 noch maßgeblichen Voraussetzungen des RIFLE-Stadiums Failure seien im vorliegenden Behandlungsfall nicht erfüllt gewesen seien.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 8. Oktober 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 8. Oktober 2019 zu bestätigen.

Die Beklagte verkenne, dass sich die Kriterien zur Einordnung eines akuten Nierenversagens bereits im Jahre 2012 geändert hätten. Zu diesem Zeitpunkt seien die zuvor geltenden RIFLE-Kriterien durch die KDIGO-Leitlinie abgelöst worden. In der ICD-10-GM Version 2014 finde sich keine Bezugnahme auf die RIFLE-Kriterien. Nach der in „Der Nephrologe“ 2013, S. 247 ff. veröffentlichten deutschen Fassung der KDIGO-Leitlinie liege auch im Stadium 2 ein akutes Nierenversagen vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Patientenakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand des Verfahrens gewesen sind.

Ä

Ä

Ä

Ä

Entscheidungsgründe:

Ä

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

Ä

1. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 1.335,39 € – nebst Zinsen verurteilt. Der Klägerin steht der von ihr im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der echten Leistungsklage (dazu nur Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 16.08.2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – juris Rn. 9) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherten zu, weil die Beklagte nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch in derselben Höhe wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnen konnte.

Ä

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 1.335,39 € hat; eine nähere Prüfung erbringt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 29; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) – juris Rn. 32; Urteil vom 03.07.2012 – [B 1 KR 16/11 R](#) – juris Rn. 10). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) – juris Rn. 33; Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 8). Dies ist nicht der Fall. Denn die Klägerin hatte Anspruch auf die hier letztlich streitige, von der Beklagten zunächst gezahlte Vergütung von 3.257,42 € – für die Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 13.06.2014 bis 16.06.2014 nach der DRG K62A. Ein Erstattungsanspruch der Beklagten ergibt sich aus dieser Zahlung nicht.

Ä

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte

für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 13.06.2014 bis 16.06.2014 ist [    109 Abs.  4 Satz  3 SGB V](#) i.V.m.     7 Satz  1 Nr. 1,     9 Abs.  1 Satz  1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG),     17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG),     1 Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) sowie Anlage 1 der FPV 2014 (Fallpauschalenkatalog 2014). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [    39 SGB V](#) zu gewähren ([    109 Abs.  4 Satz  2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19.03.2020    [B 1 KR 20/19 R](#)     juris Rn.  11; vgl. auch Sächsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019     [L 1 KR 142/14](#)     juris Rn.  17).

  

Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die streitige Krankenhausbehandlung ist dem Grunde nach entstanden. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung     wie hier     in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im  Sinne von [    39 Abs.  1 Satz  2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 17.12.2019    [B 1 KR 19/19 R](#)     juris Rn.  10; Urteil vom 19.06.2018     [B 1 KR 39/17 R](#)     juris Rn.  8). Dies war hier der Fall.

  

Streitig ist nur die Höhe des Vergütungsanspruchs. Diese bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in welches das Krankenhaus der Klägerin einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenverg  tung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [    109 Abs.  4 Satz  3 SGB V](#) i.V.m. [    7  KHEntgG](#) und [    17b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenvertr  ge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [    9 Abs.  1 Satz  1 Nr.  1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als    Vertragsparteien auf Bundesebene    mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [    11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden Abschlägen. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des [    9 Abs.  1 Satz  1 Nr. 3 KHEntgG](#) Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

  

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemÄ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2014 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten â insbesondere von Diagnosen und Prozeduren â in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (nÄher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurÄck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÄren die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÄr Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums fÄr Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM â hier in der Version 2014) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums fÄr Gesundheit (BMG) herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÄssels (OPS). Ebenso gehÄrt zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÄr das Jahr 2014. Die Verbindlichkeit der in der FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in das vertraglich vereinbarte Fallpauschalensystem und insbesondere in dessen Kern, den Grouper, einbezogen sind (BSG, Urteil vom 19.06.2018 â [BÄ 1 KRÄ 39/17 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 19/17 R](#) â juris Rn. 31).

Ä

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÄlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsÄtzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÄge der Ermittlung des VergÄtungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÄtungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÄtzt durch systematische ErwÄgungen auszulegen. Denn eine VergÄtungsregelung, die fÄr die routinemÄÄige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÄllen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfÄllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÄr weitere Bewertungen sowie AbwÄgungen belÄsst. DemgemÄ sind VergÄtungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÄnzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÄer Betracht (BSG, Urteil vom 20.01.2021 â [B 1 KR 31/20 R](#) â juris Rn. 21; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 18/17 R](#) â juris Rn. 14; Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn. 27). Abrechnungsbestimmungen kÄnnen Begriffe entweder ausdrÄcklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergÄnzend aus der Systematik der Regelung ergeben (BSG, Urteil vom 27.10.2020 â