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 -
Â Â Â
Â Â
Â

Â

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 8. Oktober 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.
2. Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.
4. Der Streitwert wird auf 1.335,39 â¬ festgesetzt.

Â

Â

Â

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung, insbesondere Ã¼ber die Kodierung der Nebendiagnose ICD-10-GM (2014) N17.9 (akutes Nierenversagen, nicht nÃ¤her bezeichnet).

Die KlÃ¤gerin bzw. ihre RechtsvorgÃ¤ngerin (im Folgenden einheitlich: KlÃ¤gerin) betreibt ein nach Â§Â 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus in Aâ¦., in dem die 1932 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Yâ¦. (im Folgenden: Versicherte) vom 13.06.2014 bis 16.06.2014 stationÃ¤r behandelt wurde. Die Krankenhausaufnahme erfolgte aufgrund Exsikkose bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme und fortschreitendem demenziellen Syndrom. WÃ¤hrend des Krankenhausaufenthalts erfolgte eine Infusionstherapie mit VollelektrolytlÃ¶sung. Mit pflegerischer UnterstÃ¼tzung konnte eine gute orale Nahrungsaufnahme erreicht werden.

FÃ¼r diese stationÃ¤re Krankenhausbehandlung stellte die KlÃ¤gerin 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 Ã¤uÃerst schweren CC) 3.257,42 â¬ in Rechnung. Zu dieser DRG gelangte die Beklagte u.a. durch Kodierung der hier streitigen Nebendiagnose N17.9.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig, leitete jedoch sodann ein PrÃ¼fverfahren 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 (ErnÃ¤hrungsprobleme und unsachgemÃ¤Ãe ErnÃ¤hrung). Ein akutes

Nierenversagen entsprechend RIFLE-Stadium Failure sei nicht belegt, sodass auch die Kodierung der Nebendiagnose N17.9 unzutreffend sei. Die Beklagte unterrichtete die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 10.12.2014 hiervon, teilte ihr die sich daraus ergebende DRG K62B (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen auÃer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne Ã¤uÃerst 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 Âµmol/l auf 130Âµmol/lHaHauH.

Der daraufhin nochmals befasste MDK schÃ¤tzte im Gutachten vom 23.07.2017 ein, dass als Hauptdiagnose R63.6 (UngenÃ¼gende Aufnahme von Nahrung und FlÃ¼ssigkeit infolge VernachlÃ¤ssigung der eigenen Person) in Ansatz zu bringen sei. Hinsichtlich der Nebendiagnose N17.9 ergÃ¤ben sich jedoch keine neuen Aspekte. Der von der KDIGO-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Nephrologie (DGfN) geforderte Anstieg des Serumkreatinins sei nicht nachvollziehbar dokumentiert. Es sei lediglich ein Abfall des Kreatinins ersichtlich. Die Beklagte unterrichtete die KlÃ¤gerin 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 â¬ mit unstreitigen VergÃ¼tungsforderungen der KlÃ¤gerin.

Am 23.01.2018 hat die KlÃ¤gerin Klage auf Zahlung des Aufrechnungsbetrages vor dem Sozialgericht (SG) Chemnitz erhoben. Die Voraussetzungen der Nebendiagnose N17.9 lÃ¤gen vor. Die Kodierung stÃ¼tze 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 Âµmol/l dokumentiert worden, am 13.06.2014 einer von 254 Âµmol/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 erfÃ¼llt seien.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens bei dem Facharzt fÃ¼r Innere Medizin/Nephrologie Prof. Dr. Xâ¦.. Dieser hat in seinem Gutachten vom 01.04.2019 unter BerÃ¼cksichtigung der dokumentierten Kreatinin- und Urinwerte eingeschÃ¤tzt, dass sichere Kriterien fÃ¼r ein akutes Nierenversagen Stadium 2, nicht aber fÃ¼r ein Stadium 3 vorlÃ¤gen. Anhand eines Stadiums 2 sei 2014 die Kodierung mit N17.9 zu Recht erfolgt sei. Erst ab 2017 werde gefordert, dass fÃ¼r die Kodierung des akuten Nierenversagens ein Stadium 3 vorhanden sein mÃ¼sse oder aber â bei niedrigeren Stadien â ein strukturelles Nierenversagen, nicht ausschlieÃlich FlÃ¼ssigkeitsmangel. Statt der N17.9 kÃ¶nnte alternativ auch N17.0 (Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose) kodiert werden, weil die Tubulusnekrose das typische feingewebliche Korrelat jedes akuten Nierenversagens auÃerhalb 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 â¬ nebst Zinsen verurteilt. Die KlÃ¤gerin 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 SachverstÃ¤ndigengutachten habe aufgrund der 100%igen ErhÃ¶hung 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 kÃ¶nnen, 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 SÃ¤chsischen 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 Ãbersetzung der KDIGO-Leitlinie in âDer Nephrologeâ 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 NierenschÃ¤digung, von denen das Acute Renal Failure nur eines sei. Die im Jahr 2014 noch maÃgeblichen Voraussetzungen des RIFLE-Stadiums Failure seien im vorliegenden Behandlungsfall nicht erfÃ¼llt gewesen seien.

Die Beklagte beantragt,

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

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte verkenne, dass sich die Kriterien zur Einordnung eines akuten Nierenversagens bereits im Jahre 2012 geÃ¤ndert hÃ¤tten. Zu diesem Zeitpunkt seien die zuvor geltenden RIFLE-Kriterien durch die KDIGO-Leitlinie abgelÃ¶st worden. In der ICD-10-GM Version 2014 finde sich keine Bezugnahme auf die RIFLE-Kriterien. Nach der in âDer Nephrologeâ 2013, S. 247 ff. verÃ¶ffentlichten 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 RechtszÃ¼ge, die Patientenakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand des Verfahrens gewesen sind.

Â

Â

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Die zulÃ¤ssige Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet.

Â

1. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 1.335,39Â â¬ nebst Zinsen verurteilt. Der KlÃ¤gerin steht der von ihr im GleichordnungsverhÃ¤ltnis zulÃ¤ssigerweise mit der echten Leistungsklage (dazu nur Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 1/07 KR R â juris Rn.Â 9; Urteil vom 16.08.2021Â â B 1 KR 18/20 R â juris Rn.Â 9) verfolgte VergÃ¼tungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherten zu, weil die Beklagte nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch in derselben HÃ¶he wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnen konnte.

Â

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 1.335,39 â¬ hat; eine nÃ¤here PrÃ¼fung erÃ¼brigt sich insoweit (zur ZulÃ¤ssigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 â B 1 KR 39/17 R â juris Rn.Â 29; Urteil vom 23.06.2015 â B 1 KR 26/14 R â juris Rn.Â 32; Urteil vom 03.07.2012 â B 1 KR 16/11 R â juris Rn.Â 10). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend Â§Â 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf Ã¼berzahlte KrankenhausvergÃ¼tung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 â B 1 KR 19/17 R â juris Rn.Â 8; Urteil vom 23.06.2015 â B 1 KR 26/14 R â juris Rn.Â 33; Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 1/07 KR R â juris Rn.Â 8). Dies ist nicht der Fall. Denn die KlÃ¤gerin hatte Anspruch auf die hier letztlich streitige, von der Beklagten zunÃ¤chst gezahlte VergÃ¼tung von 3.257,42 â¬ fÃ¼r 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.

Â

Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte

fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 13.06.2014 bis 16.06.2014 ist Â§Â 109 Abs.Â 4 SatzÂ 3 SGB V i.V.m. Â§Â 7 SatzÂ 1 Nr. 1, Â§Â 9 Abs.Â 1 SatzÂ 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Â§Â 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Â§Â 1 Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) sowie Anlage 1 der FPV 2014 (Fallpauschalenkatalog 2014). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die HÃ¶he der VergÃ¼tung der zugelassenen KrankenhÃ¤user bei stationÃ¤rer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des VergÃ¼tungsanspruchs als Gegenleistung fÃ¼r die ErfÃ¼llung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach Â§Â 39 SGB V zu gewÃ¤hren (Â§Â 109 Abs.Â 4 SatzÂ 2 SGB V), dem Grunde nach als SelbstverstÃ¤ndlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19.03.2020Â â B 1 KR 20/19 R â juris Rn.Â 11; vgl. auch SÃ¤chsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019 â L 1 KR 142/14 â juris Rn.Â 17).

Â

Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r die streitige Krankenhausbehandlung ist dem Grunde nach entstanden. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und imÂ Sinne von Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 17.12.2019Â â B 1 KR 19/19 R â juris Rn.Â 10; Urteil vom 19.06.2018 â B 1 KR 39/17 RÂ â juris Rn.Â 8). Dies war hier der Fall.

Â

Streitig ist nur die HÃ¶he des VergÃ¼tungsanspruchs. Diese bemisst sich im DRG-VergÃ¼tungssystem, in welches das Krankenhaus der KlÃ¤gerin einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus Â§Â 109 Abs.Â 4 SatzÂ 3 SGB V i.V.m. Â§Â 7Â KHEntgG und Â§Â 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormenvertrÃ¤ge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach Â§Â 9 Abs.Â 1 SatzÂ 1 Nr.Â 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als âVertragsparteien auf Bundesebeneâ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§Â 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden AbschlÃ¤gen. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des Â§Â 9 Abs.Â 1 SatzÂ 1 Nr. 3 KHEntgG Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Â

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemÃ¤Ã Â§Â 1 Abs.Â 6 SatzÂ 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 (nÃ¤her dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R â juris Rn.Â 19Â ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurÃ¼ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÃ¶ren die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM â hier in der Version 2014) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssels (OPS). Ebenso gehÃ¶rt zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r 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 BÂ 1Â KRÂ 39/17 R â juris Rn.Â 13; Urteil vom 19.12.2017 â B 1 KR 19/17 R â juris Rn.Â 31).

Â

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsÃ¤tzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen. Denn eine VergÃ¼tungsregelung, die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfÃ¼llen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÃ¼r weitere Bewertungen sowie AbwÃ¤gungen belÃ¤sst. DemgemÃ¤Ã sind VergÃ¼tungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÃ¤nzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (BSG, Urteil vom 20.01.2021Â â B 1 KR 31/20 R â juris Rn.Â 21; Urteil vom 19.12.2017 â B 1 KR 18/17 R â juris Rn.Â 14; Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R â juris Rn 27). Abrechnungsbestimmungen kÃ¶nnen Begriffe entweder ausdrÃ¼cklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergÃ¤nzend aus der Systematik der Regelung ergeben (BSG, Urteil vom 27.10.2020 â