



**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH**

Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

## **Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG**

In dem Schlichtungsverfahren vom

**30.09.2020**

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

### **Entscheidung KDE 268:**

Die Kodierung des akuten und chronischen Nierenversagens richtet sich nach dem Wortlaut des ICD-10-GM. Die chronische Niereninsuffizienz ist eine strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkung auf die Gesundheit.
--

### **Gültigkeit:**

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.12.2020 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 15.10.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



## Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

### KDE-268

Schlagwort: Nierenversagen, akut, prärenal, Niereninsuffizienz, chronisch

Erstellt: 04.06.2009

Aktualisiert: 03.04.2017

ICD: N19; N17.9

### Problem/Erläuterung:

1. Nach welchen Kriterien wird ein akutes Nierenversagen (ohne Histologiebefund) verschlüsselt?
2. Wie wird ein prärenales Nierenversagen z.B. bei Exsikkose kodiert?
3. Wann wird von einer chronischen Niereninsuffizienz gesprochen?
4. Kann eine chronische Niereninsuffizienz als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nur unter Verwendung der MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)- oder Cockcroft-Gault-Formel bestimmt wird ohne sonstige Maßnahmen?

### Kodierempfehlung SEG 4:

1. Das Akute Nierenversagen (ANV) ist eine schnell eintretende, prinzipiell reversible Verschlechterung der exkretorischen Nierenfunktion. Die Diagnose orientiert sich an den Rife-Kriterien (Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD; internationale Konsensuskonferenz 2004) - Definition ANV (RIFLE-Stadium Failure):

- Anstieg des Serumkreatinins um das 3-fache des Ausgangswertes oder
- Serum-Kreatinin  $> 4$  mg/dl mit einem akuten Anstieg von mindestens 0,5 mg/dl oder
- Abfall der GFR  $> 75$  % oder
- Rückgang der Urin-Ausscheidung auf  $< 0,3$  ml/kg/h für 24 h oder
- Anurie für mindestens 12 Stunden.

2007 wurde auf einer internationalen Konsensuskonferenz des Acute Kidney Injury Network (AKIN) der Begriff acute kidney injury geprägt. Dabei entsprechen die AKIN-Stadien 1 und 2 einem drohenden akuten Nierenversagen. Erst Stadium 3 beschreibt das Krankheitsbild des akuten Nierenversagens und entspricht dem Stadium Failure nach RIFLE.

2012 wurde durch die KDIGO-Foundation (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) eine Leitlinie zur stadiengerechten Prävention und Therapie der akuten Nierenschädigung veröffentlicht, die auf den RIFLE und AKIN-Kriterien basiert und das Konzept der AKI (Acute Kidney Injury) weiterentwickelt.

~~KDIGO definiert die akute Nierenschädigung (AKI) als einen abrupten Rückgang der Nierenfunktion, der auch — aber nicht nur — das akute Nierenversagen umfasst. Entsprechend sind die Schwellenwerte, ab denen von einer AKI gesprochen wird, niedriger angesetzt. Die KDIGO-Leitlinien weisen explizit darauf hin, dass die akute Nierenschädigung (AKI: Acute Kidney Injury) nicht mit einem Akuten Nierenversagen (ARF: Acute Renal~~



~~Failure) gleichzusetzen ist. Dies wird leider in manchen deutschsprachigen Publikationen durch eine ungenaue Übersetzung bzw. Gleichsetzung der Begriffe suggeriert.~~

Ein Patient kann ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit zugleich aufweisen. Sofern weder eindeutig ein akutes noch ein chronisches Nierenversagen vorliegt, ist die Niereninsuffizienz mit N19 *Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz* zu verschlüsseln, wenn eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorgelegen hat.

2015 wurden in die Kategorie N17.- *Akutes Nierenversagen* der ICD-10-GM fünfte Stellen zur differenzierten, stadiengerechten Kodierung des akuten Nierenversagens gemäß den KDIGO-Leitlinien aufgenommen. Damit ist zwar eine stadiengerechte Abbildung auf der 5.Stelle möglich, allerdings finden sich damit auch die Stadien 1 und 2 unter der Bezeichnung „akutes Nierenversagen“. Zur klinischen Abgrenzung der akuten Nierenschädigung (AKI)/des akuten Nierenversagens von einem lediglich durch Exsikkose bedingten Anstieg der Retentionswerte ist allerdings bei den Stadien 1-3 der Hinweis „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ eingefügt worden.

~~2. Liegt nach den unter Punkt 1 genannten Kriterien ein prärenales akutes Nierenversagen vor (Stadium Failure nach RIFLE bzw. Stadium 3 nach AKIN), ist dies mit N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet zu verschlüsseln.~~

~~3. Die Definition der chronischen Nierenkrankheit nach den KDIGO Guidelines 2012 lautet wie folgt:~~

Die Chronische Nierenkrankheit ist definiert als strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkungen auf die Gesundheit.

~~Kriterien hierfür sind:~~

~~Zeichen einer Nierenschädigung über mindestens 3 Monate (ein oder mehrere Kriterien):~~

~~::\* Albuminurie (Albuminurie  $\geq 30$  mg/24 h, Albumin/Kreatinin, Quotient  $> 30$  mg/g bzw.  $\geq 3$  mg/mmol) ::\* Abnormes Urinsediment ::\* Elektrolytstörungen oder andere abnorme Befunde infolge tubulärer Erkrankung ::\* Abnormer histologischer Befund ::\* Abnorme Befunde in bildgebenden Verfahren ::\* Nierentransplantation in der Anamnese oder ::\* GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> über mindestens 3 Monate~~

~~4. Die chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit hat bei der in Frage 4 genannten Konstellation das Patientenmanagement nicht beeinflusst. Der abnorme Befund hat keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik gehabt. In diesem Fall ist die chronische Niereninsuffizienz/-krankheit nicht als Nebendiagnose anzugeben.~~

~~Grundsätzlich gilt auch für diese Kodierempfehlung, dass bei der Kodierung als Nebendiagnose das Patientenmanagement beeinflusst sein muss.~~

### **Kommentierung FoKA**

Dissens (Stand 27.04.2015):

zu 1: Bei der Stadieneinteilung der akuten Nierenschädigung nach AKIN und RIFLE handelt es sich um Einteilungen des akuten Nierenversagens (ANV) nach Schweregraden. Nach DKR kann somit ein ANV jeglicher Schwere kodiert werden, sobald ein Ressourcenverbrauch zu verzeichnen war.

zu 2: Auch beim prärenalen akutem Nierenversagen Beachtung der Schweregradeinteilung gemäß AKIN/RIFLE, d.h. Stadien 1-3 des ANV.



zu 3: Bei anamnestischem Bestehen einer Niereninsuffizienz über mindestens 3 Monate kann eine chronische NI gemäß der GFR-Einteilung des ICD-Kataloges und gleichzeitigem Ressourcenverbrauch kodiert werden.

zu 4: Eine Ermittlung der GFR mittels MDRD und/oder Cockcroft/Gault-Formel ist statthaft. Ohne einen Ressourcenaufwand (nur die Ermittlung der GFR selber) ist keine Kodierung möglich, die Definition der ND gemäß DKR muss erfüllt sein.

Grundsätzlich: Bei Vorliegen eines akuten Nierenversagen (N17.-) auf Basis einer bereits bestehenden chronischen Niereninsuffizienz (N18.8-) sind beide Codes gemäß DKR D006e zu verwenden.

Ergänzung (27.04.2015): Kein Anpassungsbedarf, die Ausdifferenzierung der ICD-Schlüssel ab 01.01.2015 ist zu beachten.

#### **Rückmeldung SEG 4:**

Rückmeldung steht noch aus.

#### **Aktualisierung Kodierempfehlung SEG 4 vom 11.12.2019:**

1. Das akute Nierenversagen (ANV) ist eine schnell eintretende, prinzipiell reversible Verschlechterung der exkretorischen Nierenfunktion.

Die Diagnose orientiert sich an den RIFLE-Kriterien (Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD; internationale Konsensuskonferenz 2004) – Definition ANV (RIFLE-Stadium Failure):

- Anstieg des Serumkreatinins um das 3-fache des Ausgangswertes oder
- Serum-Kreatinin  $\geq 4$  mg/dl mit einem akuten Anstieg von mindestens
- 0,5 mg/dl oder
- Abfall der GFR  $> 75$  % oder
- Rückgang der Urin-Ausscheidung auf  $< 0,3$  ml/kg/h für 24 h oder
- Anurie für mindestens 12 Stunden.

2007 wurde auf einer internationalen Konsensuskonferenz des Acute Kidney Injury Network (AKIN) der Begriff acute kidney injury geprägt. Dabei entsprechen die AKIN-Stadien 1 und 2 einem drohenden akuten Nierenversagen. Erst Stadium 3 beschreibt das Krankheitsbild des akuten Nierenversagens und entspricht dem Stadium Failure nach RIFLE.

2012 wurde durch die KDIGO-Foundation (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) eine Leitlinie zur stadiengerechten Prävention und Therapie der akuten Nierenschädigung veröffentlicht, die auf den RIFLE und AKIN-Kriterien basiert und das Konzept der AKI (Acute Kidney Injury) weiterentwickelt.

KDIGO definiert die akute Nierenschädigung (AKI) als einen abrupten Rückgang der Nierenfunktion, der auch – aber nicht nur – das akute Nierenversagen umfasst. Entsprechend sind die Schwellenwerte, ab denen von einer AKI gesprochen wird, niedriger angesetzt.

Die KDIGO-Leitlinien weisen explizit darauf hin, dass die akute Nierenschädigung (AKI: Acute Kidney Injury) nicht mit einem akuten Nierenversagen (ARF: Acute Renal Failure) gleichzusetzen ist. Dies wird leider in manchen deutschsprachigen Publikationen durch eine ungenaue Übersetzung bzw. Gleichsetzung der Begriffe suggeriert.



Ein Patient kann ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit zugleich aufweisen. Sofern weder eindeutig ein akutes noch ein chronisches Nierenversagen vorliegt, ist die Niereninsuffizienz mit N19 *Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz* zu verschlüsseln, wenn eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorgelegen hat.

2015 wurden in die Kategorie N17.- *Akutes Nierenversagen* der ICD-10-GM fünfte Stellen zur differenzierten, stadiengerechten Kodierung des akuten Nierenversagens gemäß den KDIGO-Leitlinien aufgenommen. Damit ist zwar eine stadiengerechte Abbildung auf der 5. Stelle möglich, allerdings finden sich damit auch die Stadien 1 und 2 unter der Bezeichnung „akutes Nierenversagen“. Zur klinischen Abgrenzung der akuten Nierenschädigung (AKI)/des akuten Nierenversagens von einem lediglich durch Exsikkose bedingten Anstieg der Retentionswerte ist allerdings bei den Stadien 1-3 der Hinweis „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ eingefügt worden.

Für Fälle ab 2017 wird in der ICD-10 GM der adäquate Hydratationszustand nur noch für Stadium 1 gefordert.

2. Liegt nach den unter Punkt 1 genannten Kriterien ein prärenales akutes Nierenversagen vor (Stadium Failure nach RIFLE bzw. Stadium 3 nach AKIN), ist dies mit N17.9- *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln.

Ab 2017 ist das akute prärenale Nierenversagen unter N17.- inkludiert. Damit gelten auch für die Verschüsselung des akuten prärenalen Nierenversagens die Vorgaben dieser Codegruppe, d. h. ab Stadium 2 ist das akute prärenale Nierenversagen auch unabhängig vom Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen stadiengerecht verschlüsselbar. Umgekehrt schließt jedoch ein nicht-adäquater Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messung die Kodierung eines Stadium 1 auch beim akuten prärenalen Nierenversagen aus. In dieser Fallkonstellation wäre beispielsweise die E86 *Volumenmangel* zu kodieren.

3. Die Definition der chronischen Nierenkrankheit nach den KDIGO Guidelines 2012 lautet wie folgt:

Die Chronische Nierenkrankheit ist definiert als strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkungen auf die Gesundheit.

Kriterien hierfür sind:

Zeichen einer Nierenschädigung über mindestens 3 Monate (ein oder mehrere Kriterien):

- Albuminurie (Albuminurie  $\geq 30$  mg/24 h, Albumin/Kreatinin, Quotient  $> 30$  mg/g bzw.  $\geq 3$  mg/mmol)
  - Abnormes Urinsediment
  - Elektrolytstörungen oder andere abnorme Befunde infolge tubulärer Erkrankung
  - Abnormer histologischer Befund
  - Abnorme Befunde in bildgebenden Verfahren
  - Nierentransplantation in der Anamnese
- oder



- GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> über mindestens 3 Monate

4. Die chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit hat bei der in Frage 4 genannten Konstellation das Patientenmanagement nicht beeinflusst. Der abnorme Befund hat keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik gehabt. In diesem Fall ist die chronische Niereninsuffizienz/-krankheit nicht als Nebendiagnose anzugeben.

Grundsätzlich gilt auch für diese Kodierempfehlung, dass bei der Kodierung als Nebendiagnose das Patientenmanagement beeinflusst sein muss.

Siehe auch Kodierempfehlungen 296 und 577.