



## Keine Kostenübernahme der offenen Kernspintomographie

(Urteile des SG Dortmund vom 22.09.2003 - S 8 KR 184/02, des SG München vom 23.05.2003 - S 44 KR 525/01 und des Hessischen Landessozialgerichts vom 15.02.2005 - L 8/14 KR 186/04)

---

### Inhalt

1. **Einleitung**
  2. **Sachverhalte**
  3. **Entscheidungsgründe**
  4. **Würdigung**
- 

#### 1. Einleitung

Die mit sog. „offenen Kernspintomographen“ erbrachten Untersuchungsleistungen in der Kernspintomographie sind aufgrund mehrerer sozialgerichtlicher Entscheidungen nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Patienten, die sich diese Leistung selbst beschaffen, können daher keine Kostenübernahme von ihrer Krankenkasse hierfür verlangen. Die genannten Urteile reihen sich in eine mittlerweile gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Übernahme der Kosten neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Krankenkassen ein (vgl. BSG NZS 2003, S. 206 ff.). Lehnt die Krankenkasse im Vorfeld die Erstattung einer bestimmten Leistung ab, bleibt dem Versicherten, sofern er die Behandlung dennoch durchführen lässt, lediglich die Kostenerstattung nach § 13 III SGB V. Diese kommt allerdings nur dann in Betracht, wenn die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von der gesetzlichen Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen ist (BSGE 81, 54; BSG Beschluss vom 13.01.2003, Az.: B 1 KR 9/02 B).

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nach § 135 Abs. 1 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss - GBA - in seinen Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V (sog. BUB-Richtlinien) positive Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat und wenn anschließend der Bewertungsausschuss eine Aufnahme dieser Leistung in den EBM nach § 87 SGB V beschließt. „Neu“ ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Leistung stets dann, wenn der EBM noch nicht über eine entsprechende Abrechnungsziffer für diese Leistung verfügt. Liegt eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (noch) nicht vor, ist die Kostenerstattung nach ständiger Rechtsprechung abzulehnen, es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss - GBA - hat über die Anerkennung einer Methode trotz Feststellung ihrer Wirksamkeit ohne sachlichen Grund nicht oder nicht zeitgerecht entschieden - sog. Systemversagen - (BSGE 81, 54).

## 2. Sachverhalte

1. In dem der Entscheidung des SG Dortmund zugrunde liegenden Fall befand sich die Klägerin seit März 2001 wegen Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule in Behandlung eines Universitätsklinikums. Dieses überwies die Klägerin am 27.09.2001 zu einem Facharzt für Radiologie zwecks Durchführung einer offenen MRT bei Halswirbelsäulenbeschwerden. Die Klägerin beantragte daraufhin die Kostenübernahme bei der Beklagten, die ihrerseits den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) um Erstellung eines Gutachtens bat. Im Gutachten vom 26.11.2001 führte der MDK u.a. aus, dass aus den bisher durchgeführten Untersuchungen kein hinreichender Anhalt für diese Zusatzuntersuchung zu ersehen, des Weiteren festzustellen sei, dass aus dem zu erwartenden Befund keinerlei Konsequenz für therapeutische Maßnahmen folge und schließlich der Aussagewert geschlossener MRT-Untersuchungen dem der offenen MRT deutlich überlegen sei. Die beantragte Therapie komme allenfalls in Ausnahmefällen nicht medikamentös behandelbarer Klaustrophobie in den Bereich der Kostenerstattung. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 03.12.2001 den Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme ab.

Die Klägerin, die die beantragte Maßnahme bereits am 19. und 20.11.2001 (also vor Erhalt des Ablehnungsbescheids) gegen Zahlung von 1.833,22 € hatte durchführen lassen, wandte sich gegen den Ablehnungsbescheid mit Widerspruch. Nach Aussage der behandelnden Ärzte sei eine Untersuchung auf eine ligamentäre Verletzung nur in einem offenen Kernspintomographen in Funktionsstellung der Kopfgelenke möglich, die Darstellung im herkömmlichen MRT sei insoweit nicht aussagekräftig.

Die Beklagte wies den Widerspruch zurück, da es sich bei der offenen MRT um eine noch nicht allgemein anerkannte Untersuchungsmethode handle und eine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorliege. Ferner entsprächen die verfügbaren Geräte nach Auffassung des MDK, der Deutschen Röntgengesellschaft und des Berufsverbandes Deutscher Radiologen nicht der gemäß § 135 I Nr. 2 SGB ergangenen Kernspintomographie-Vereinbarung.

Die Klägerin begehrte nunmehr unter Aufhebung des Widerspruchbescheids die Kostenerstattung. Ergänzend trug sie vor, die ganze weitere Thera-

pie sei von der Funktionsdiagnostik abhängig gewesen; es habe die reale Gefahr einer Querschnittslähmung bestanden.

2. Im Fall des SG München beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine diagnostische Untersuchung in einem offenen Kernspintomographen. Zur Begründung führte sie aus, sie leide an Klaustrophobie. Die beklagte Krankenkasse lehnte den Antrag ab, da es sich bei der begehrten Untersuchung um eine Leistung außerhalb des Systems handle und es auch keine fundierten wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine mit dem herkömmlichen Kernspintomographen vergleichbare Wirksamkeit gebe. Im Folgenden ließ die Klägerin die Untersuchung durchführen und legte gegen den ablehnenden Bescheid unter Vorlage eines nervenärztlichen Attests über ihre Klaustrophobie Widerspruch ein, den die Beklagte zurückwies. Mit der Klage verfolgte sie die Aufhebung des Widerspruchbescheids sowie die Kostenerstattung der Untersuchungskosten in Höhe von 568,52 € durch die Beklagte.

## 3. Entscheidungsgründe

Sowohl das SG Dortmund als auch das SG München haben die zulässigen Klagen abgewiesen, weil die Voraussetzungen der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage - § 13 III SGB V - nicht vorlagen. Danach sind die Kosten in der entstandenen Höhe nur zu erstatten, soweit die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

1. Eine Kostenerstattung wegen einer zu Unrecht abgelehnten Leistung kam in dem Fall des SG Dortmund nicht in Betracht, da die Klägerin den durch § 13 SGB V vorgeschriebenen Beschaffungsweg schon nicht eingehalten hatte. Zwar hatte die Beklagte die Leistung abgelehnt; die Ablehnung erfolgte aber erst nach Durchführung der offenen Kernspintomographie. Es fehlte daher bereits am notwendigen Kausalzusammenhang zwischen Ablehnung und selbst beschaffter Leistung.

Auch lag keine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 III SGB V vor. Diese setzt regelmäßig das Vorliegen eines Notfalls im Sinne des § 76 I 2 SGB V voraus, wofür jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich waren.

Ergänzend wies das Gericht darauf hin, eine Kostenerstattung wäre zudem daran gescheitert, dass die offene Kernspintomographie nicht gemäß § 135 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden könne. Gemäß § 135 I SGB V seien neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur erstattungsfähig, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (nunmehr der Gemeinsame Bundesausschuss - GBA) auf Antrag in Richtlinien nach § 92 I Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Eine solche Empfehlung lag indes nicht vor. Auch habe das Gericht keinerlei Anzeichen für das Vorliegen eines Systemmangels erkennen können: weder habe die Funktionsdiagnostik zu der streitentscheidenden Zeit im November 2001 in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden noch sei sie von einer erheblichen Zahl von Ärzten bereits angewandt worden.

2. Das SG München verneinte, ausgehend von § 13 III SGB V, zunächst eine unaufschiebbare Leistung, da für eine dringende Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin mit einem erheblichen Risiko für den Gesundheitszustand keine Anhaltspunkte bestanden hätten. Auch seien keine Hinweise auf ein Systemversagen gegeben.

Schließlich scheiterte der Anspruch der Klägerin nach Ansicht des Gerichts daran, dass die Untersuchung mit dem offenen Kernspintomographen keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei und die Beklagte die Kostenübernahme daher zu Recht abgelehnt habe. Bei der in Rede stehenden Untersuchung handele es sich um eine Untersuchungsmethode, deren Erstattungsfähigkeit nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkassen oder die Gerichte, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss - GBA) als sachkundiges Gremium entschieden werde, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Mangels einer entsprechenden Empfehlung des Gremiums durfte die Beklagte die geltend gemachten Kosten nicht erstatten. Eine Überprüfung im Einzelfall müsse angesichts der gesetzlichen Regelung ausscheiden.

#### 4. Würdigung

Die Urteile sind zwar im Ergebnis zutreffend, weil sie zu dem Ergebnis gelangen, dass Untersuchungsleistungen mit einem offenen Kernspintomographen in der GKV nicht vergütet werden können. Der Grund hierfür liegt jedoch primär darin, dass diese Geräte nicht die nach der Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung bestehenden Vorgaben an die apparative Mindestausstattung erfüllen. Dagegen bestehen Zweifel, dass es sich bei der offenen Kernspintomographie um eine „neue“ Untersuchungsmethode handelt, über die der Bundesausschuss noch gemäß § 135 Abs. 1 SGB V in den BUB-Richtlinien zu entscheiden hat. Andernfalls wäre die nun erfolgte Anerkennung der sog. MRT-Angiographie durch den Bewertungsausschuss als Kassenleistung kaum nachvollziehbar. Für MRT-Angiographien ist nach der anfänglich geführten Diskussion um deren Eigenschaft als vertragsärztliche Leistung im EBM nun ein eigener Abschnitt (34.4.7) aufgenommen worden ohne, dass es einer Entscheidung des Bundesausschusses in den BUB-Richtlinien bedurft hätte, da es sich bei der MRT-Angiographie nicht um eine „neue“ Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V handelt. Das BSG hat bereits an anderer Stelle entschieden, dass der Bundesausschuss nur dann über ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren sein Votum abgegeben muss, wenn diese Leistung nicht bereits Teil des EBM ist bzw. mit den im EBM abgebildeten Leistungen nicht vergleichbar ist. Andererseits hat das BSG bis heute keine klare Abgrenzung dahingehend vorgenommen, unter welchen Voraussetzungen innovativen Formen einer bereits im EBM enthaltenen Leistung, wie hier die Kernspintomographie, als „neue“ Leistungen anzusehen sind, so dass es vor deren Aufnahme in den EBM einer Entscheidung des GBA bedarf. ■

---

**Impressum** Dr. Peter Wigge,  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge  
Scharnhorststr. 40  
48 151 Münster  
Tel.: (0251) 53 595-0  
Fax: (0251) 53 595-99  
Internet: [www.ra-wigge.de](http://www.ra-wigge.de)  
E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)