

L 8/14 KR 186/04

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 1247/01
Datum
24.05.2004
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8/14 KR 186/04
Datum
15.02.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 24/05 B
Datum
23.05.2005
Kategorie
Beschluss

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 24. Mai 2004 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten, die durch Untersuchungen der Klägerin am sog. offenen Magnetresonanztomographen entstanden sind.

Die 1938 geborene Klägerin leidet an einer Myasthenia gravis, einer Autoimmunerkrankung mit Störung der neuromuskulären Reizübertragung. Zur differenzialdiagnostischen Abklärung des Krankheitsbildes, insbesondere zum Ausschluss einer Tumorerkrankung, fanden bei der Klägerin zwischen Oktober und Dezember 1998 durch den Arzt Dr. S. mehrere Untersuchungen mittels eines offenen Magnetresonanztomographen statt. Die Kosten hierfür übernahm die Beklagte, stellte jedoch mit Schreiben vom 2. Februar 1999 an die Klägerin klar, dass die Magnetresonanztomographie (MRT) am offenen Gerät keine vertragsärztliche Behandlungsmethode sei und zukünftig nur noch kernspintomographische Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt werden könnten.

Am 17. Oktober 2000 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für zwei Untersuchungen des Thorax und des Schädels mittels des offenen MRT unter Vorlage eines Überweisungsscheins ihres behandelnden Arztes Dr. P. vom 9. Oktober 2000. Dr. S. führte diese Untersuchungen am 18. und 20. Oktober 2000 durch und stellte der Klägerin hierfür 1.035,00 DM (529,19 Euro) in Rechnung.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein und lehnte mit Schreiben vom 12. Februar 2001 eine Kostenerstattung ab. Den Widerspruch der Klägerin vom 19. Februar 2001 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2001 zurück. Die Klägerin habe sich die begehrte Leistung selbst beschafft, ohne die vorherige Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Nach den gutachterlichen Stellungnahmen des MDK habe darüber hinaus eine Indikation für die gewählte Untersuchungsform nicht bestanden, eine Untersuchung im offenen MRT sei nicht zwingend notwendig gewesen.

Die Klägerin hat am 15. August 2001 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben und geltend gemacht, es sei ihr nicht möglich, Untersuchungen in einem geschlossenen oder halb offenen Kernspintomographen durchführen zu lassen. Bei ihr bestünden Schluckstörungen, die zu lebensbedrohlichen Zuständen führen könnten und denen nur durch sofortige Medikamentengabe zu begegnen sei, was in der beengten Röhre ausscheide. Die Untersuchung sei dringlich gewesen, da sich bei ihr cerebrale Störungen mit Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Schwindelanfällen und Übelkeit eingestellt hätten, weshalb sie nicht Monate lang auf eine Entscheidung der Beklagten habe warten können.

Das Sozialgericht hat verschiedene, das Verfahren der offenen MRT betreffende Unterlagen (u. a. des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) beigezogen und eine Auskunft von Dr. S. vom 31. Mai 2002 eingeholt, der mitgeteilt hat, bei der Klägerin bestehe eine ausgeprägte Klaustrophobie, weshalb die notwendige MRT-Untersuchung unter medizinisch vertretbarem Aufwand derzeit nur in einem offenen Gerät durchgeführt werden könne. Das von ihm eingesetzte Gerät erfülle allerdings nicht alle Voraussetzungen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Abrechnungsfähigkeit als vertragsärztliche Leistung gefordert würden. Hierzu hat die Beklagte ein weiteres Gutachten des MDK vom 23. Juni 2003 vorgelegt, welches daran festgehalten hat,

dass eine zwingende medizinische Notwendigkeit für eine offene MRT rückblickend nicht zweifelsfrei festzustellen sei.

Mit Urteil vom 24. Mai 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung) seien Kosten einer selbst beschafften Leistung von der Krankenkasse in der entsprechenden Höhe zu ersetzen, wenn entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden können oder die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Eine medizinische Notfallsituation habe bei den am 18. und 20. Oktober 2000 durchgeführten Untersuchungen nicht vorgelegen, weil es sich eindeutig um Kontrolluntersuchungen gehandelt habe, was durch Berichte des N Krankenhauses F. vom 18. Dezember 2000 und dem Befundbericht von Dr. S. vom 31. Mai 2002 bestätigt werde. Die Beklagte habe aber auch nicht Leistungen zu Unrecht abgelehnt und dadurch der Klägerin Kosten verursacht. Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung seien einem Versicherten Kosten für eine selbst beschaffte Leistung (abgesehen von Notfällen) nur zu erstatten, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt habe. Der Versicherte müsse zunächst die Krankenkasse einschalten und deren Entscheidung abwarten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 20. Mai 2003, Az.: [B 1 KR 9/03 R](#)). Denn zwischen der rechtswidrigen Ablehnung einer Leistung durch die Krankenkasse und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) müsse ein Ursachenzusammenhang bestehen, an dem es fehle, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst worden sei, obwohl dies möglich gewesen wäre. Insoweit könne sich die Klägerin auch nicht darauf berufen, dass die Beklagte bereits in ihrem Bescheid vom 2. Februar 1999 zum Ausdruck gebracht habe, dass sie ein erneutes Leistungsbegehren ablehnen werde; auch in einem solchen Fall sei nach der Rechtsprechung des BSG ein erneuter Antrag an die Krankenkasse erforderlich, weil der Krankenkasse die Möglichkeit gegeben werden müsse, das Vorliegen einer Versorgungslücke festzustellen oder den Versicherten über andere (vertragliche) Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Die Ablehnung einer Kostenerstattung durch die Beklagte sei aber auch deshalb begründet, weil die Klägerin keinen Anspruch auf Durchführung einer Kernspintomographieuntersuchung am offenen MRT habe. Denn der Krankenbehandlungsanspruch der Versicherten umfasse nur solche Leistungen, bei denen die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Nach der auf der Grundlage von [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) ergangenen "Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie" (Kernspintomographie-Vereinbarung) vom 10. Februar 1993 dürften in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Kernspintomographen eingesetzt werden, welche bestimmte Anforderungen erfüllten. Diese Anforderungen erfülle das von Dr. S. eingesetzte Gerät, wie dieser eingeräumt habe, nicht. Nach der Rechtsprechung des BSG halte sich die Kernspintomographie-Vereinbarung auch im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Eine andere Entscheidung rechtfertige sich auch nicht deshalb, weil die Klägerin aufgrund ihrer Klaustrophobie nur unter Einsatz von Medikamenten oder unter Hinzuziehung eines Arztes für Anästhesie bzw. mittels stationärer Aufnahme in einem Krankenhaus in einem geschlossenen MRT untersucht werden könne.

Gegen das ihr am 24. Juni 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22. Juli 2004 Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, die Untersuchungen im Oktober 2000 seien nicht planbar und eine frühere Antragstellung deshalb nicht möglich gewesen. Bei ihr seien plötzlich Sehstörungen, Taubheitsgefühle, Kopfschmerzen und cerebrale Störungen aufgetreten. Deshalb sei die Untersuchung des Schädels erforderlich gewesen, um das Vorliegen eines Tumors oder eines Arterienverschlusses auszuschließen. Aufgrund ihres Krankheitsbildes komme es immer wieder zu Schlucklähmungen und Bronchospasmen, was eine Untersuchung im geschlossenen Gerät ausschließe. Im Übrigen sei ihr bekannt, dass die Beklagte die Kosten dieser Untersuchung in anderen Fällen, in denen eine Untersuchung im geschlossenen Gerät nicht möglich sei, übernehme. In München gebe es einen von den gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Anbieter für die Durchführung einer offenen MRT, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass die Untersuchung bei Dr. S. mit dem gleichen Gerät nicht übernommen werde. Der Hinweis auf Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung sei daher nicht geeignet, eine Kostenübernahme abzulehnen.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 24. Mai 2004, den Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2001 und den Widerspruchsbescheid vom 10. August 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten in Höhe von 529,19 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen. Die MRT am offenen Gerät genüge nicht den Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung, weshalb eine Kostenübernahme grundsätzlich nicht in Betracht komme.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der Entscheidung war, Bezug genommen. Die Beteiligten sind zur Frage einer Entscheidung durch Beschluss der Berufsrichter ohne mündliche Verhandlung gehört worden.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 24. Mai 2004 ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr durch die Untersuchung am offenen MRT am 18. und 20. Oktober 2000 entstanden sind.

Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für das Begehren der Klägerin allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung in Betracht. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind jedoch nicht erfüllt, weil sich die Klägerin eine Leistung außerhalb des Versorgungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung besorgt hat, obwohl es sich weder um eine unaufschiebbare Leistung handelte noch die Beklagte das Begehren der Klägerin zu Unrecht abgelehnt hatte. Der Senat nimmt insoweit auf die überzeugenden, die maßgebliche Rechtsprechung des BSG darlegende Begründung des Sozialgerichts Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen in der Berufung zeigt keine neuen Aspekte auf. Die Behauptung der Klägerin, es sei nicht möglich gewesen, die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten, weil wegen akut auftretender Symptome eine umgehende Diagnostik erforderlich gewesen sei, wird durch die vorgelegten Unterlagen widerlegt. Diese dokumentieren, dass es sich bei den Untersuchungen am 18. und 20. Oktober 2000 um geplante Kontrolluntersuchungen handelte, denn Dr. S. hatte der Klägerin bereits am 21. September 2000 für die vorgesehene MRT-Untersuchung eine Bescheinigung über die dafür anfallenden Kosten ausgestellt und die ärztliche Verordnung von Dr. P. datiert vom 9. Oktober 2000. Von einer Akutsymptomatik ist an keiner Stelle die Rede; auch Prof. Dr. J. verweist in seinem neurologischen Attest vom 18. Dezember 2000 lediglich auf den "grundsätzlichen Überwachungsbedarf der Thymusregion" und führt gleichzeitig aus, dass die "jetzige Kontrolle" gegenüber 1998 keine neuen Gesichtspunkte gezeigt habe. Angesichts dessen war die Klägerin nicht daran gehindert, rechtzeitig vor Durchführung der geplanten Untersuchung einen Kostenerstattungsantrag bei der Beklagten zu stellen und deren Entscheidung abzuwarten, anstelle hiermit bis einen Tag vor der Durchführung der Untersuchung zu warten.

Darüber hinaus hat das Sozialgericht zu Recht einen Anspruch der Klägerin auf Krankenbehandlung verneint. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) regelt insoweit nicht nur Modalitäten der Leistungserbringung, sondern legt für seinen Anwendungsbereich zugleich den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen fest (BSG, SozR 3-2500, § 92 Nr. 12; SozR 4-2500, § 135 Nr. 1). Das schließt gleichzeitig einen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten aus, der sich diese Leistung selbst beschafft (BSG, SozR 3-2500, § 135 Nr. 14).

Bei der offenen MRT mit dem von Dr. S. eingesetzten Gerät handelt es sich um eine neue Untersuchungsmethode im Sinne von [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne dieser Vorschrift sind solche Verfahren anzusehen, die bisher nicht Bestandteil des vertragsärztlichen Leistungsspektrums sind (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 16. September 1997, Az.: B [1 RK 28/95](#)). Das trifft auf das von Dr. S. bei den Untersuchungen am 18./20. Oktober 2000 eingesetzte offene MRT-Gerät zu, denn wie sich aus seiner Auskunft vom 31. Mai 2002 ergibt, erfüllt dieses nicht die Qualitätsstandards der Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10. Februar 1993 als Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen gemäß [§ 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#).

Ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem in [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) geforderten Versorgungsstandard entspricht, soll nach Wortlaut und Konzeption des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Aufgabe des Bundesausschusses ist es dabei, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht. Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom 10. Dezember 1999 (Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21. März 2000) mit der darin enthaltenen Verfahrensordnung tragen dieser Aufgabenstellung Rechnung, indem sie im Einzelnen regeln, welche Unterlagen für die Überprüfung heranzuziehen sind, nach welchen Kriterien die Bewertung zu erfolgen hat und welche Voraussetzungen für eine Anerkennung der Methode erfüllt sein müssen (BSG, SozR 4-2500, § 135 Nr. 1 m. w. N.). Das Gesetz bewirkt damit eine Bindung der Verwaltung und der Gerichte an diese Richtlinien, indem es anordnet, dass solche Methoden ohne Empfehlung in den Richtlinien nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angewandt werden dürfen.

Die offene MRT ist bisher nicht in die Anlage A der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Methode aufgenommen worden, die als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Wie sich aus der im sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegten Stellungnahme des Bundesausschusses vom 23. Juni 2000 ergibt, lag zum damaligen Zeitpunkt – also wenige Monate vor der hier streitigen Untersuchung – noch nicht einmal ein Antrag vor, diese Methode einer Überprüfung gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) zu unterziehen.

Angesichts dessen kann es dahinstehen, ob der Klägerin – wie sie behauptet – eine Untersuchung im geschlossenen MRT aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist. Nach der Rechtsprechung des BSG ist für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen allein die Anerkennung der streitigen Methode durch den Bundesausschuss maßgebend, und zwar selbst in Fällen schwerer und vorhersehbar tödlich verlaufender Erkrankungen, in denen anderweitige Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht zur Verfügung stehen (BSG, Urteil vom 28. März 2000, [B 1 KR 11/98 R](#)). Der vorliegende Sachverhalt gibt dem Senat keinen Anlass zur Erörterung der Frage, ob davon nicht bei neuartigen Therapien zur Behandlung schwerer Erkrankungen zum Schutz des Grundrechts auf Leben und Gesundheit doch Ausnahmen gemacht werden müssen, wenn das gesetzlich vorgesehene System der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Bundesausschuss versagt, indem an den Wirksamkeitsnachweis der neuen Behandlungsmethode zu hohe Anforderungen gestellt werden (dahingehend wohl Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 19. März 2004, [1 BvR 131/04](#)). Denn vorliegend geht es nicht um die Bereitstellung einer neuartigen Therapie im Rahmen der Behandlung einer schwerwiegenden Krankheit, sondern lediglich darum, zusätzlich zu den bereits zahlreich vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten eine neue bildgebende Untersuchungsmethode zur diagnostischen Abklärung und Kontrolle bei bestimmten Krankheitsbildern zur Verfügung zu stellen.

Soweit die Klägerin schließlich vorträgt, dass es in München einen zugelassenen Anbieter für die Durchführung einer offenen MRT gebe, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass die Untersuchung bei Dr. S. mit dem gleichen Gerät nicht übernommen werde, ergibt sich hieraus für den Klageanspruch nichts anderes. Jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitpunkt – also im Oktober 2000 – erfüllte das von Dr. S. betriebene Gerät die gesetzlichen Anforderungen, um damit durchgeführte Untersuchungen als kassenärztliche Leistung abrechnen zu können, nicht. Zwar mag sich insoweit mittlerweile eine Änderung ergeben haben, denn in dem sozialmedizinischen Gutachten des MDK vom 23. Juni 2003 wird ausgeführt, dass mittlerweile offene MRT-Untersuchungen vertragsärztlich abgerechnet werden könnten, da vereinzelte Praxen zwischenzeitlich über eine Kassenzulassung verfügten. Worauf dies zurückzuführen ist und was sich daraus als Konsequenz für neue Kostenerstattungsbegehren in Bezug auf das von Dr. S. betriebene Gerät ergibt, kann jedoch aus den genannten Gründen im vorliegenden Fall dahinstehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-07-29