

L 3 KA 29/19

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Hannover (NSB)
Aktenzeichen
S 24 KA 148/15
Datum
10.04.2019
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 3 KA 29/19
Datum
28.09.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Leistungen der Kardio-MRT können nicht nach der EBM-Gebührenordnungsposition 34430 abgerechnet werden, weil hierunter nur morphologische MRT-Untersuchungen fallen.
2. Unabhängig hiervon steht der Abrechnung der Kardio-MRT als vertragsärztliche Leistung zurzeit entgegen, dass es sich hierbei um eine neue Untersuchungsmethode iSv [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) handelt.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 10. April 2019 geändert.

Die Klage wird insgesamt abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 2.103,50 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung in Bezug auf die Abrechnung kernspintomographischer Untersuchungen des Herzens (sog Kardio-MRT) als Leistungen nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 34430 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM).

Die Klägerin ist Trägerin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in J., das an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. In dem MVZ waren im Quartal I/2014 acht Fachärzte für Diagnostische Radiologie und zwei Fachärzte für Nuklearmedizin tätig.

Mit Honorarbescheid vom 14. Juli 2014 setzte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) die Vergütung des MVZ für das Quartal I/2014

fest. Hierbei strich sie die in Ansatz gebrachte GOP 34430 EBM im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung in 160 Fällen, in denen die Überweisung durch einen Kardiologen erfolgt war. Zuvor hatte sie in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder (vom November 2013) darauf hingewiesen, dass die ambulante Durchführung einer Kardio-MRT keine vertragsärztliche Leistung darstelle und nicht mit der GOP 34430 EBM abgerechnet werden könne.

Die Klägerin erhob Widerspruch gegen den Honorarbescheid und beanstandete, dass die von ihr erbrachten und abgerechneten MRT des Herzens ab dem Streitgegenständlichen Quartal nicht mehr vergütet würden, obwohl sie als MRT-Untersuchungen des Thorax nach der GOP 34430 EBM berechnungsfähig seien. Für vor diesem Quartal liegende Zeiträume habe die Beklagte zugunsten des MVZ eine Praxis-besonderheit hinsichtlich dieser GOP anerkannt, wenn die Leistung auf Überweisung eines Kardiologen erfolgte. In solchen Fällen sei Untersuchungsgegenstand naturgemäß primär das Herz. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) habe in einem Verfahren vor dem Bundessozialgericht (BSG) dahin Stellung genommen, dass der EBM für MRT-Untersuchungen des Herzens derzeit zwar keine eigene Berechnungsgrundlage enthalte, hilfsweise aber „allenfalls die Leistung nach der Nr. 34430 - MRT Untersuchung des Thorax - herangezogen werden“ könne; ausgenommen seien dabei MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (QBK-RL) legten Anforderungen für MRT-Untersuchungen zur Herzmorphologie, Herzfunktion und Herzperfusion fest; damit werde eine entsprechende Leistungserbringung von den Vertragspartnern vorausgesetzt. Zudem folge aus der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), dass MRT des Herzens als zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechenbare Leistungen zulässig seien. Das BSG habe bereits unmissverständlich entschieden, dass die Leistungserbringung von MRT des Herzens von der GOP 34430 EBM umfasst werde. Die davon abweichende Auffassung der Beklagten und die mittlerweile geänderte Auffassung der KBV erwiesen sich damit als unzutreffend, sodass die gestrichenen Leistungen zu vergüten seien.

Daneben erhob die Klägerin weitere Einwendungen gegen den Honorarbescheid, ua in Bezug auf dort vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellungen hinsichtlich der GOP 34505 EBM, die im vorliegenden Rechtsstreit jedoch nicht mehr streitbefangen sind.

Mit Teilwiderspruchsbescheid vom 19. März 2015 (den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am Folgetag zugegangen) wies die Beklagte den Widerspruch zurück, soweit er sich gegen die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der GOPen 34430 und 34504 EBM richtete. Zur Begründung führte sie in Bezug auf die GOP 34430 EBM aus, dass eine Kardio-MRT derzeit keine vertragsärztliche Leistung darstelle und folglich nicht über die GOP abgerechnet werden könne. Dem Wortlaut des EBM nach sei die GOP primär auf die Darstellung der Lunge mittels MRT ausgerichtet; nur die dafür notwendigen qualitativen und technischen Anforderungen seien in die Leistungslegende eingeflossen. Demgegenüber sei die Kardio-MRT mit ihren spezifischen technischen, qualitätsbedingten und kalkulatorischen Grundlagen derzeit nicht im EBM abgebildet. Die GOP 34430 EBM bilde die Aufnahme des Thorax zur Darstellung der Struktur des Gewebes ab. Bei der Kardio-MRT handele es sich dagegen um eine Leistung im Bereich der dynamischen Funktionsdiagnostik, die deutlich über die Darstellung des Thorax bzw des Herzens mittels MRT hinausgehe. Die zitierte Entscheidung des BSG stehe dem nicht entgegen, da die Abrechenbarkeit der GOP dort lediglich als Randfeststellung erwähnt werde, nicht aber Gegenstand des Tenors und somit nicht in Rechtskraft erwachsen sei.

Am 20. April 2015 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben und dort auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren verwiesen. Zur Stützung ihres Vorbringens hat sie eine Abschrift der Stellungnahme der KBV vom 5. Juli 2006 im Verfahren [B 6 KA 1/05 R](#) beim BSG vorgelegt. Ergänzend hat sie die Auffassung vertreten, dass es sich bei der Untersuchung des Herzens mittels MRT nicht um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode iSv [§ 135 Abs 1 S 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) handele, für die zunächst eine Anerkennung durch den GBA erforderlich wäre. Nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG erfülle nicht jede einzelne in der vertragsärztlichen Versorgung erbringbare therapeutische Leistung die Voraussetzungen einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, weil die einzelne Leistung oftmals nur ein Bestandteil eines methodischen Konzepts sei. Vorliegend gehe es nur um ein einzelnes Organ, während die Untersuchungsmethode „Kernspintomographie“ anerkannt sei. Die persönliche und apparative Ausstattung folge aus der Kernspintomographie-Vereinbarung und die Methode „Kernspintomographie“ weise keine abweichende hohe Komplexität der technischen Abläufe gegenüber den anderen, unstreitig zulässigen und abrechenbaren Kernspintomographien auf. Es sei auch nicht ersichtlich, dass die Methode neue oder nicht ausreichend erforschte Risiken der Untersuchung des Herzens mit sich bringe. Die Untersuchung selbst sei in den Verfahren der Kernspintomographie im Wesentlichen identisch. Die Frage der Auswertung des Bildmaterials sei keine Frage der Methode, sondern der Qualifikation des Untersuchenden. Einem diesbezüglichen Risiko könne schon vom Ansatz her nicht mit einer Überprüfung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistung nach dem allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Rahmen des [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) begegnet werden. Im Übrigen lägen Qualitätsvoraussetzungen für die Untersuchung des Herzens vor. Dies könne nur so verstanden werden, dass Kernspintomographien des Herzens Leistungen der GKV sind.

Mit Urteil vom 10. April 2019 hat das SG den Honorarbescheid für das Quartal I/2014 in Gestalt des Teilwiderspruchsbescheides vom 19. März 2015 hinsichtlich der Berichtigung der GOP 34430 EBM in 160 Fällen aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die GOP 34430 EBM in 160 Fällen nachzuvergüten. Im Übrigen (dh soweit sich die Klage gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung der GOP 34504 EBM gerichtet hat) hat es die Klage abgewiesen. Aus dem Wortlaut der GOP 34430 EBM ergebe sich deutlich, dass damit auch das Herz habe erfasst werden sollen. Bereits die Überschrift beschreibe eine Körperregion und nicht ein bestimmtes Organ; damit folge die Überschrift der Systematik der weiteren Ziffern des Abschnitts 34.4 EBM. Es erscheine daher wenig überzeugend, in den obligaten Leistungsinhalt einen Organbezug hineinzulesen. Zudem würden von der Präambel zum Abschnitt 34.4 EBM nur die Herzkranzgefäße als Untersuchungsgegenstand ausgeschlossen. Dieser explizite Ausschluss wäre nicht notwendig, wenn das Herz von vornherein nicht Untersuchungsgegenstand sein könnte. Unabhängig hiervon wäre anderenfalls nicht erklärbar, warum MRT-Untersuchungen des Herzens

Gegenstand der QBK-RL sind. Die Beklagte sei in der Vergangenheit selbst zur gleichen Rechtsauslegung gelangt und habe die GOP 34430 EBM bei Leistungen auf Überweisung von Kardiologen als Praxisbesonderheit des MVZ der Klägerin anerkannt.

Gegen das ihr am 16. April 2019 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. Mai 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Sie ist der Auffassung, dass die von der Klägerin erbrachte und hier streitgegenständliche Form der Kardio-MRT-Untersuchung mit funktionaler Darstellung des Herzens nicht unter den Leistungsinhalt der GOP 34430 EBM subsumiert werden könne. Zwar sei dem SG dem Grunde nach zuzustimmen, dass der Wortlaut der GOP auch die Untersuchung des Herzens mittels MRT einschließe. Dies erkläre sowohl die vormals der Klägerin gewährte Praxisbesonderheit als auch die Aufnahme in die QBK-RL. Das SG habe sich jedoch nur pauschal ohne Differenzierung zwischen den verschiedenen Untersuchungsmethoden mit MRT-Untersuchungen des Herzens auseinandergesetzt. Im Gegensatz zu üblichen morphologischen und anatomischen Darstellungen im Rahmen von MRT-Untersuchungen handele es sich beim Kardio-MRT um eine funktionelle Darstellung des Herzens, während EKG-gesteuert Informationen (zB über die Pumpfunktion <Volumetrie> sowie Wandbewegungsfunktion) gesammelt würden. Diese über die anatomische Darstellung des Herzens im Rahmen einer klassischen MRT-Untersuchung des Mediastinums hinausgehende funktionelle Darstellung des Herzens stelle damit eine eigene, von der herkömmlichen MRT-Untersuchung deutlich separate Untersuchungsmethode dar. Dies werde auch in der Anl 1 zur Kernspintomographie-Vereinbarung deutlich, in der gesonderte technische Ausstattungen für kardiologische Untersuchungen gefordert würden. So beziehe sich die Forderung nach Cine-Gradientenechos - die eine extrem schnelle Bilderzeugung (um 20-30 Bilder pro Sekunde bzw Herzzyklus) erlaubten - letztendlich auf die Untersuchung der Herzfunktion. Für eine rein morphologische Untersuchung sei diese dagegen nicht in diesem Maße erforderlich. Eine Abrechnung der Kardio-MRT-Untersuchung mittels der GOP 34430 EBM sei damit nicht möglich, da es sich um eine neue Untersuchungsmethode handele, die bisher nicht im EBM abgebildet sei. Diese Einschätzung sei zuletzt von der KBV geteilt worden.

Die fehlende Abrechnungsmöglichkeit über den EBM werde auch daran deutlich, dass im Jahr 2016 mit einigen Krankenkassen ein Vertrag zur besonderen Versorgung von Versicherten mit ua Kardio-MRT geschlossen worden sei. Die Vergütung für die Durchführung des Kardio-MRT für den teilnehmenden Radiologen liege dabei derzeit bei 561,36 Euro. Da die Vergütung für die GOP 34430 EBM dagegen derzeit um 130,00 Euro liege, sei eindeutig, dass die Leistung nicht bereits über den EBM abrechenbar sei. Anderenfalls hätten die teilnehmenden Krankenkassen keinerlei Interesse an einer derart höheren Vergütung der Leistung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 10. April 2019 zu ändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die erstinstanzliche Entscheidung. Die von der Beklagten angesprochene Differenzierung zwischen verschiedenen Untersuchungsmethoden sei unerheblich, da es allein um die Anerkennung von MRT-Untersuchungen des Herzens im Rahmen der Abrechnung nach der GOP 34430 EBM gehe. Die mit einzelnen Krankenkassen abgeschlossenen Verträge änderten nichts an der Abrechenbarkeit von MRT des Herzens nach dieser GOP. Daraus lasse sich allenfalls herleiten, dass die Erbringung dieser Leistungen über den EBM zu gering vergütet werde. Schließlich gehe auch der GBA ausweislich der Tragenden Gründe zu seinem Beschluss über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung [§ 116b SGB V](#) vom 19. Dezember 2019 von der Abrechnungsfähigkeit von Kernspintomographien des Herzens nach der GOP 34430 EBM aus.

Im Dezember 2020 hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) bei dem Bewertungsausschuss (BewA) einen Antrag auf Auskunft gemäß [§ 87 Abs 3e S 4 SGB V](#) gestellt, ob die Aufnahme der neuen Leistung „Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT)“ in den EBM in eigener Zuständigkeit des BewA beraten werden könne oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) zunächst einer Bewertung durch den GBA bedürfe. Daraufhin hat der Erweiterte BewA (EBWA) in seiner 73. Sitzung am 18. Mai 2021 festgestellt, dass die Leistung Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) bei den Indikationen stabile Koronare Herzkrankheit (KHK), Kardiomyopathie und Myokarditis nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM abgebildet sei, sondern eine neue Methode gemäß [§ 135 Abs 1 SGB V](#) darstelle. Anschließend hat der GBA durch Beschluss vom 21. Oktober 2021 festgestellt, dass der Einsatz der Kardio-MRT in der Diagnostik der drei genannten Indikationen eine neue Untersuchungsmethode iSd [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) darstelle.

Auf Anforderung des Senats hat der BewA den Antrag der DGK, den Beschluss des GBA vom 21. Oktober 2021 sowie die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss vorgelegt.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass die Auskunft des BewA gegenüber Dritten und damit auch ihr gegenüber nicht verbindlich sei. Sofern der BewA die Auskunft als Klarstellung des EBM verstehen möchte, fehle es an einer Ermächtigungsgrundlage. Im Übrigen sei die Auskunft falsch.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das SG den Honorarbescheid für das Quartal I/2014 teilweise aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichenen Leistungen nach der GOP 34430 EBM in 160 Fällen nachzuvergüten.

A. Im Berufungsverfahren ist der Honorarbescheid für das Quartal I/2014 in Gestalt des Teilwiderspruchsbescheides vom 19. März 2015 nur noch insoweit Gegenstand der Klage (§ 95 Sozialgerichtsgesetz <SGG>), als die Beklagte Leistungen nach der GOP 34430 EBM in 160 Fällen sachlich-rechnerisch berichtigt hat. Demgegenüber hat eine Überprüfung der erstinstanzlichen Entscheidung im Berufungsverfahren nicht zu erfolgen, soweit das SG die Klage im Übrigen abgewiesen hat, mithin insoweit, als sich die Klage ursprünglich auch gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung von Leistungen nach der GOP 34504 EBM richtete. Denn die Klägerin hat ihrerseits keine Berufung eingelegt, sodass die Entscheidung des SG im Umfang der Klagabweisung gemäß [§ 141 Abs 1 Nr 1 SGG](#) rechtskräftig und damit für die Beteiligten bindend geworden ist.

B. Bei Zugrundelegung des erkennbaren Begehrens der Klägerin hat das SG die Klage zutreffend als Anfechtungs- und Leistungsklage ausgelegt, die gemäß [§ 54 Abs 1 und 4 SGG](#) statthaft (so zum Fall der quartalsgleichen Richtigstellung: BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr 1; Urteil vom 26. Juni 2019 - [B 6 KA 8/18 R](#), SozR 4-2500 § 87 Nr 36) und auch im Übrigen zulässig ist.

C. Die Klage ist jedoch unbegründet. Die im Honorarbescheid für das Quartal I/2014 in Gestalt des Teilwiderspruchsbescheides vom 19. März 2015 vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat die Vergütung der abgerechneten Leistungen nach der GOP 34430 EBM in 160 Fällen zu Recht verweigert.

I. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs 2 S 1 SGB V](#) (idFd Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Modernisierungsgesetzes - GMG> vom 14. November 2003, BGBl I 2119). Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; nach [§ 72 Abs 1 S 2 SGB V](#) gilt dies für die Abrechnungen der MVZ entsprechend.

Die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen und satzung-rechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 21. März 2018 - [B 6 KA 47/16 R](#), SozR 4-2500 § 106a Nr 18 mwN).

II. Die regelmäßig und so auch hier einzige Tatbestandsvoraussetzung für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist hinsichtlich der vom MVZ der Klägerin in Ansatz gebrachten Leistungen nach der GOP 34430 EBM in 160 Fällen erfüllt. Die Honorarabrechnung ist insoweit fehlerhaft, weil die erbrachten und abgerechneten Cardio-MRT-Untersuchungen keine abrechnungsfähigen Leistungen iS dieser GOP sind.

1. Dabei steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit, dass das MVZ der Klägerin in den dem Rechtsstreit zugrundeliegenden Fällen jeweils eine funktionelle Darstellung des Herzens erbracht und abgerechnet hat, die als Leistung der dynamischen Funktionsdiagnostik über eine rein anatomische bzw morphologische Darstellung des Herzens hinausgeht.

Dies hat die Beklagte im Teilwiderspruchsbescheid vom 19. März 2015 sowie in der Berufungsbegründung vom 5. Juli 2019 unwidersprochen dargelegt und dazu erläuternd ausgeführt, dass während der Cardio-MRT EKG-gesteuert Informationen zB über die Pumpfunktion (Volumetrie) sowie die Wandbewegungsfunktion gesammelt würden. Soweit sie überdies auf die nach Ziff 9 der Anl I zur

Kernspintomographie-Vereinbarung geforderte besondere technische Ausstattung für kardiologische Untersuchungen hingewiesen hat, findet sich dort zwar keine Differenzierung zwischen rein morphologischen und funktionellen Aufnahmen. Die danach bei kardiologischen Untersuchungen allgemein erforderlichen Cine-Gradientenechos ermöglichen jedoch mit um 20-30 Bildern pro Sekunde bzw Herzzyklus eine extrem schnelle Bilderzeugung, durch die eine funktionelle Bewertung des Herzens erst ermöglicht wird. Für eine rein morphologische Untersuchung im Rahmen einer herkömmlichen MRT-Untersuchung des Thorax ist diese nach dem Inhalt der Anl I zur Kernspintomographie-Vereinbarung demgegenüber nicht erforderlich.

Die Klägerin ist den vorgenannten Darlegungen der Beklagten in der Sache auch gar nicht entgegengetreten. Dabei geht die MRT-Untersuchung mit funktioneller Darstellung des Herzens auch nach ihren Ausführungen (*Berufungserwiderung vom 22. Januar 2020, S 2 aE*) über die Darstellung klassischer MRT-Untersuchungen hinaus.

2. Die Kardio-MRT ist keine Leistung nach der GOP 34430 EBM.

a) Die im Abschnitt 34.4 EBM („Magnet-Resonanz-Tomographie“) normierte GOP 34430 EBM lautete im Quartal I/2014:

„MRT-Untersuchung des Thorax

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen
- Darstellung
 - des Mediastinums
 - und/oder
 - der Lunge

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en).

Die Präambel des Abschnitts 34.4 EBM enthält ferner folgende Regelungen:

„4. ... MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Gebührenordnungspositionen... 34430...

6. MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße können nicht mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4 berechnet werden.“

b) Der Umstand, dass Kardio-MRT bzw MRT-Untersuchungen des Herzens im Wortlaut der GOP 34430 EBM nicht als abrechenbare Leistung aufgeführt sind, schließt es für sich genommen nicht aus, dass MRT-Untersuchungen des Herzens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und im Einklang mit der Leistungslegende dieser GOP abrechnungsfähig sein können (*so auch BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006 - B 6 KA 1/05 R, SozR 4-2500 § 135 Nr 10, Rn 14; BSG, Urteil vom 2. April 2014 - B 6 KA 24/13, SozR 4-2500 § 135 Nr 21, Rn 25*). Allerdings kann es sich nur um andere Untersuchungen als die ausdrücklich ausgeschlossenen Untersuchungen der Herzkranzgefäße handeln (*BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006 aaO*).

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 11. Oktober 2006 (*aaO*) zudem die Hinweise der KBV auf die vom GBA in den QBK-RL normierten Regelungen zur Beurteilung der Qualität kernspintomographischer Untersuchungen der Herzmorphologie, der Herzfunktion und der Herzperfusion aufgegriffen und dargelegt, dass derartige Regelungen in einer Richtlinie, die allein in der vertragsärztlichen Versorgung Bedeutung hat, nicht verständlich wären, wenn die dort angesprochenen Herzuntersuchungen nicht zumindest teilweise im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden könnten. Damit ist allerdings noch keine verbindliche Aussage dazu getroffen, welche konkreten Untersuchungen unter den Tatbestand der GOP 34430 EBM fallen könnten. Vielmehr wird an den Formulierungen im Urteil des BSG (*aaO*, „nicht zumindest teilweise“; ferner *Rn 13*: „trifft in dieser Allgemeinheit jedoch nicht zu“ und *Rn 19*: „Kernspintomographie des Herzens, die gegenwärtig noch nicht einmal in vollem Umfang Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist“) deutlich, dass das BSG diese Frage im Ergebnis offengelassen hat. Darauf kam es für die Entscheidung über die Klage eines Kardiologen, der die Berechtigung zur Erbringung

kernspintomographischer Leistungen beehrte, im Ergebnis auch nicht an. Nichts anderes gilt für die Revision desselben Arztes, über die das BSG im Verfahren [B 6 KA 24/13 R](#) (aaO) entschieden hat.

Das Argument, dass die Regelungen zur Beurteilung der Qualität kernspintomographischer Untersuchungen der Herzmorphologie, der Herzfunktion und der Herzperfusion in den QBK-RL nicht verständlich wären, wenn solche Untersuchungen nicht zumindest teilweise im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden könnten, lässt seinerseits auch keinen zwingenden Schluss über die Zulässigkeit und Abrechnungsfähigkeit solcher Untersuchungen zu. Dabei ist hervorzuheben, dass sich die QBK-RL nicht auf kernspintomographische Untersuchungen des Herzens beschränken, sondern Kriterien für den gesamten Leistungsbereich der Kernspintomographie festlegen (§ 1 Abs 1 QBK-RL). Vor diesem Hintergrund vermag der Senat nicht auszuschließen, dass in die Richtlinien - etwa aus Gründen der fachlichen Vollständigkeit - auch Regelungen aufgenommen worden sind, die (noch) gar keinen Anwendungsbereich in der vertragsärztlichen Versorgung haben.

c) Hiervon ausgehend waren MRT-Untersuchungen des Herzens auch im Zeitraum des Quartals I/2014 lediglich teilweise Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Zum einen sind die in der Präambel des Abschnitts 34.4 EBM aufgeführten Untersuchungen der Herzkranzgefäße weiterhin ausdrücklich ausgeschlossen (wobei die Beklagte im vorliegenden Rechtsstreit nicht geltend macht, dass es sich bei den streitigen Leistungen in 160 Fällen um Untersuchungen der Herzkranzgefäße gehandelt hätte). Zum anderen war die hier streitige dynamische Herzfunktionsdiagnostik (Kardio-MRT) aus den nachstehenden Gründen keine Leistung nach der GOP 34430 EBM und konnte deshalb nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden. Unter diese GOP fiel vielmehr nur die morphologische Darstellung (auch) des Herzens als Teil des Mediastinums.

aa) Für die insoweit erforderliche Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der stRspr des BSG und der des erkennenden Senats in erster Linie auf den Wortlaut der jeweiligen Regelung abzustellen. Hintergrund ist, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des Bewertungsmaßstabs ist, ggf auftretende Unklarheiten zu beseitigen. Die primäre Bindung an den Wortlaut folgt aber auch aus dem Gesamtkonzept des vertraglichen Regelwerks als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch einen Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw Gebührenordnungen oder durch eine analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Tatbestände eines Leistungsverzeichnisses ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Zudem dürfen Leistungsbeschreibungen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl zu *alldem BSG, Urteil vom 16. Dezember 2015 - B 6 KA 39/15 R, SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1; Urteil des erkennenden Senats vom 8. Juni 2016 - L 3 KA 49/13, juris*). Bei der Wortlautauslegung sind zudem auch der medizinische Ablauf sowie ggf der Ablauf technischer Verfahren zu berücksichtigen (vgl dazu nur *BSG, Urteil vom 13. Mai 1998 - B 6 KA 34/97 R, SozR 3-5555 § 10 Nr 1 <Wurzelspitzenresektion>; BSG, Urteil vom 16. Mai 2018 - B 6 KA 16/17 R, SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 <Duplexsonographie>; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 30. September 2020 - L 3 KA 39/17, juris Rn 28 ff <gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefergelenks>*).

Bei Zugrundelegung dieser Maßgaben unterfällt die Kardio-MRT-Untersuchung nicht der Leistungslegende der GOP 34430 EBM. Es bedarf insoweit keiner näheren Darlegungen, dass sich in der nach dem Wortlaut der Leistungslegende zu untersuchenden Körperregion Thorax zwar auch das Herz befindet. Dasselbe gilt für die im obligaten Leistungsinhalt beschriebene Darstellung des Mediastinums, mithin des bindegewebigen Raums in der Medianen des Thorax zwischen den beiden Pleurahöhlen, in dem ua das Herz liegt (vgl dazu *Pschyrembel Online, Stw: Mediastinum*).

Der Gegenstand und der medizinische Ablauf einer Kardio-MRT sowie die dabei anzuwendenden technischen Verfahren lassen sich hingegen nicht mehr unter die Leistungslegende und den obligaten Leistungsinhalt der GOP 34430 EBM subsumieren. Entscheidend ist insoweit weniger die zu untersuchende Körperregion als vielmehr die Untersuchungsmethode MRT.

bb) Dabei spricht einiges für die Auffassung der Klägerin, dass hinsichtlich dieser Beurteilung für die Beteiligten und den Senat keine Bindung an den Beschluss des EBewA vom 18. Mai 2021 (*im Internet veröffentlicht unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>; vgl auch den Hinweis auf diese Veröffentlichung im DÄBl, Jg 118, Heft 47 vom 26. November 2021, A2239*) besteht. In diesem Beschluss hat der Ausschuss festgestellt, dass die im Verfahren gemäß [§ 87 Abs 3e S 4 SGB V](#) angefragte Leistung Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM abgebildet sei, sondern eine neue Methode gemäß [§ 135 Abs 1 SGB V](#) darstelle. Anlass für den Beschluss war der Antrag der DGK auf Auskunft gemäß [§ 87 Abs 3e S 4 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift ist der BewA verpflichtet, im Einvernehmen mit dem GBA hinsichtlich einer neuen Leistung auf Verlangen Auskunft zu erteilen, ob die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM in eigener Zuständigkeit des BewA beraten werden kann oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) zunächst einer Bewertung durch den GBA bedarf. Aus der Vorschrift selbst ergibt sich ein zweistufiges Verfahren: Zunächst ist das Einvernehmen mit dem GBA herzustellen, und sodann hat der BewA die geforderte Auskunft zu erteilen. Dabei sehen die Regelungen in Kapitel II §§ 6 Abs 4, 8 Abs 1 der Verfahrensordnung des BewA nach [§ 87 Abs 1 S 1 SGB V](#) (VerfO-BewA) einen Beschluss vor, der zur Herstellung des Einvernehmens mit den entscheidungserheblichen Gründen an die Geschäftsstelle des GBA übermittelt wird. Gemäß § 8 Abs 3 VerfO-BewA wird der Auskunftsberechtigte nach Herstellung des Einvernehmens mit dem GBA spätestens im darauffolgenden Monat durch die Geschäftsführung des BewA über das Ergebnis der Prüfung seines Auskunftsverlangens unter Angabe

der Gründe informiert.

Bei der Herstellung des Einvernehmens handelt es sich um eine verwaltungsinterne Form der Beteiligung. Der insoweit erforderlichen Zustimmung seitens des GBA kommt - wie in anderen gesetzlich oder untergesetzlich normierten Erfordernissen der Herstellung eines Einvernehmens (vgl dazu BSG, Urteil vom 15. März 2017 - [B 6 KA 35/16 R](#), SozR 4-5540 Anl 9.1 Nr 12, Rn 42 zur Herstellung des Einvernehmens nach Abs 1 und 2 Anh 9.1.5 der Anl 9.1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä> mWn zu anderen Fällen einer gesetzlich geforderten Herstellung des Einvernehmens) - keine unmittelbare Außenwirkung zu. Das könnte auch für den Beschluss des EBewA vom 18. Mai 2021 gelten, der den ersten Schritt zur Herstellung des Einvernehmens mit dem GBA darstellt.

Letztlich bedarf dies aber keiner Entscheidung. Sofern der Beschluss des EBewA auch gegenüber den Teilnehmern an der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich wäre, bedeutete das nicht, dass die Klägerin diesbezüglich ohne Rechtsschutzmöglichkeiten stünde. Vielmehr wäre die Rechtmäßigkeit des Beschlusses dann - wie die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des BewA im Allgemeinen (vgl dazu Altmiks in: *Bergmann/Paue/Steinmeyer, Gesamtes Medizinrecht, 3. Aufl 2018, § 87 Rn 42*) - inzident im Rahmen der Klage gegen den Honorarbescheid zu überprüfen, soweit er Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des MVZ hat. Ist der Beschluss nicht verbindlich, dann bleibt die Frage der Abrechnungsfähigkeit der von der Klägerin erbrachten Leistungen uneingeschränkt Gegenstand der richterlichen Beurteilung. In beiden Fällen kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass die Auffassung des EBewA zutrifft.

cc) Der Senat stützt sich insoweit im Wesentlichen auf die Ausführungen der DGK in ihrem Antrag vom Dezember 2020 sowie die Tragenden Gründe des Beschlusses des GBA vom 21. Oktober 2021, den bzw die er mit Verfügung vom 25. Februar 2022 in das Verfahren eingeführt hat und zu denen den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme mit Blick auf den Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits gegeben worden ist.

In ihrem Antrag nach [§ 87 Abs 3e S 4 SGB V](#) (dort S 18 f) hat die DGK zunächst dargelegt, dass eine leitliniengerechte Darstellung der koronaren Gefäße zur kardiologischen Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung derzeit nicht möglich sei. Sie hat dazu ausdrücklich die GOP 34430 EBM benannt und nachvollziehbar ausgeführt, dass der entstehende Aufwand bei der Durchführung einer Kardio-MRT grundsätzlich wesentlich höher sei als der bei einer einfachen Thorax-MRT. Danach ist etwa das Untersuchungsprotokoll der individuellen Fragestellung spezifisch anzupassen, sodass nicht alle Herzuntersuchungen nach dem gleichen Standardprotokoll „gefahren“ werden können. Zudem ist im Gegensatz zur standardmäßigen Thorax-MRT ein höherer Überwachungsaufwand nötig. Den Patienten müssen ein EKG, eine Blutdruckmanschette und eine Pulsoxymetrie angelegt werden. Im Falle einer Stressuntersuchung müssen ferner zwei statt einem venösen Zugang gelegt werden. Die Aufklärung ist im Falle der Stress-MRT aufwendiger, da neben der Aufklärung über die Nebenwirkungen des Magneten und des Kontrastmittels auch über die Nebenwirkungen des Stress-Medikaments aufgeklärt werden muss. Darüber hinaus ist auch die Durchführung der Kardio-MRT als solche mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden. Während sich die Thorax-MRT standardmäßig nicht an patientenindividuellen Schnittebenen, sondern nur an den drei Raumebenen orientiert, müssen für die Kardio-MRT mehrere (und zwar bis zu 20 verschiedene) patientenindividuelle Schnittebenen geplant werden. Diese Schnittebenen werden mit verschiedenen Sequenztechniken akquiriert (Sequenzen zur Funktionsdiagnostik, Sequenzen zur sog parametrischen Gewebsquantifizierung, Sequenzen zur Darstellung von Narben). Darüber hinaus bedarf es einer speziellen Überwachung des Patienten während der Stress-Untersuchung, da es infolge des Stress-Medikaments zu Rhythmusstörungen kommen kann. Insoweit muss auch das Personal für die Erkennung solcher Rhythmusstörungen trainiert werden; insbesondere muss die Evakuierung des Patienten aus dem Scanner eingeübt werden.

Die Klägerin ist dieser Darstellung nicht entgegengetreten. Sie hat auch nicht dargelegt, dass die von ihr erbrachten funktionsdiagnostischen Kardio-MRT-Untersuchungen in wesentlicher Hinsicht anders durchgeführt worden wären als von der DGK dargestellt. Allein die danach festzustellenden erheblichen Unterschiede im medizinischen Ablauf und technischen Verfahren der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT gegenüber der Thorax-MRT nach der GOP 34430 EBM bestätigen aber die Auffassung der Beklagten, dass die Kardio-MRT als Leistung der dynamischen Funktionsdiagnostik eine ganz andere Untersuchungsmaßnahme ist als die Thorax-MRT, die sich standardmäßig auf die morphologische Darstellung der in der GOP beschriebenen Körperregion beschränkt und dementsprechend eine vergleichsweise einfache Untersuchungsmethode darstellt. Das zeigt sich auch am Inhalt der Regelungen in Abschnitt 5.3 der Anlage I zur QBK-RL, die recht differenzierte Anforderungen an MRT-Untersuchungen zur Darstellung der Herzfunktion einerseits und zur Darstellung der anderen Regionen des Untersuchungsgebiets Thorax (einschließlich der Herzmorphologie) andererseits - insbesondere in Bezug auf die Wichtung - enthalten (zu den technischen Unterschieden bei Herzuntersuchungen vgl auch *Kramme, Medizintechnik, 3. Aufl 2007, Abschnitt 16.6.8*).

Dass die GOP 34430 EBM lediglich die weniger aufwendigen morphologischen Untersuchungen umfasst, lässt sich auch an der Bewertung der Leistung ablesen. Diese liegt mit 122,88 Euro deutlich unterhalb der Vergütung, die aufgrund eines im Bezirk der Beklagten mit einigen Kassen (zB der K.) im Jahr 2016 geschlossenen Vertrages zur besonderen Versorgung von Versicherten mit ua Kardio-MRT für die Durchführung einer Kardio-MRT gezahlt wird. Diese Vergütung belief sich nach den unwidersprochen gebliebenen Ausführungen der Beklagten in der Berufungsbegründung vom 5. Juli 2019 seinerzeit auf 561,36 Euro.

Die über eine morphologische Darstellung des Herzens weit hinausgehende Darstellung der Herzfunktion ist daher nicht von der GOP 34430 EBM erfasst, was eine Abrechnung der vom MVZ der Klägerin erbrachten Kardio-MRT-Untersuchungen nach dieser GOP ausschließt.

3. Unabhängig hiervon wäre die angefochtene sachlich-rechnerische Richtigstellung jedoch selbst dann nicht zu beanstanden, wenn die von der Klägerin erbrachten und abgerechneten Kardio-MRT-Untersuchungen noch unter den Wortlaut der GOP 34430 EBM fielen. Denn einer Abrechenbarkeit der Untersuchungen steht jedenfalls entgegen, dass es sich hierbei um eine neue Untersuchungsmethode iSd [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) handelt, die in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden darf, wenn der GBA ua den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 5 SGB V](#) anerkannt hat. Eine solche Anerkennung liegt für die funktionsdiagnostische Kardio-MRT aber nicht vor.

a) Zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden iSv [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) zählen nicht nur Leistungen, die noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im EBM enthalten sind, sondern auch solche, die zwar als ärztliche Leistungen im EBM aufgeführt sind, deren Indikation oder Art der Erbringung aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren hat. Das folgt aus Kap 2 § 2 Abs 1 lit b der Verfahrensordnung des GBA (VerfO-GBA) und entspricht der Rechtsprechung des BSG (vgl Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#), SozR 4-2500 § 17 Nr 8, Rn 20 mwN; Urteil vom 11. Mai 2017 - [B 3 KR 6/16 R](#), SozR 4-2500 § 33 Nr 51, Rn 33). Mithin erfordert die Abrechenbarkeit einer Untersuchung, die zwar an sich unter den Tatbestand einer bereits im EBM aufgeführten Leistung subsumiert werden könnte, bei der es sich jedoch um eine neue Untersuchungsmethode iSv [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) handelt, zusätzlich die Anerkennung der Untersuchungsmethode durch den GBA (vgl auch BSG, Urteil vom 25. August 1999 - [B 6 KA 39/98 R](#), SozR 3-2500 § 135 Nr 11, Rn 13).

b) Die funktionsdiagnostische Kardio-MRT ist eine neue Untersuchungsmethode iSd [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#).

Eine Methode ist „neu“, wenn sie sich von bereits anerkannten und zugelassenen Behandlungen oder Untersuchungen so deutlich unterscheidet, dass eine selbstständige Bewertung durch den GBA erforderlich ist (vgl BSG, Urteil vom 11. Mai 2017 [aaO](#), Rn 34 ff). Für die Beurteilung, welche Änderungen oder Erweiterungen in diesem Sinne „wesentlich“ sind, bedarf es einer Orientierung am Schutzzweck des [§ 135 Abs 1 SGB V](#) (dazu und zum Folgenden vgl BSG [aaO](#), Rn 36 ff). Die Notwendigkeit einer nach dieser Vorschrift abzugebenden Empfehlung des GBA dient der Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Neue medizinische Verfahren dürfen zum Schutz des Patienten nicht ohne hinreichende Prüfung ihres diagnostischen bzw therapeutischen Nutzens und etwaiger gesundheitlicher Risiken in der vertragsärztlichen Versorgung angewandt werden, und im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot darf die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ausgedehnt werden.

Eine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren bereits im EBM enthaltene ärztliche Leistungen oder zulasten der GKV abrechnungsfähige Methoden insbesondere dann, wenn sich der diagnostische bzw therapeutischen Nutzen aus einer bisher nicht erprobten Wirkungsweise der Methode ergeben soll bzw sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der vertragsärztlichen Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet, oder wenn mit der Methode aus anderen Gründen gesundheitliche Risiken verbunden sein können, denen bisher nicht nachgegangen wurde. Eine neue Wirkungsweise und bisher nicht erforschte Risiken können sich auch aus der Komplexität der Methode oder ihres technischen Ablaufs ergeben (vgl BSG [aaO](#), Rn 39 mwN). Solange das zuständige Beschlussgremium des GBA zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode noch keine Bewertung abgegeben hat, haben die Gerichte zu prüfen, ob die Methode im Vergleich zu bereits anerkannten Methoden oder zugelassenen vertragsärztlichen Leistungen so deutliche Unterschiede aufweist, dass eine selbstständige Bewertung durch den GBA erforderlich ist (vgl BSG [aaO](#), Rn 41).

Bei Zugrundelegung dieser Grundsätze weist die der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT zugrunde liegende Methode wesentliche Unterschiede zu bereits anerkannten Untersuchungsverfahren auf und ist als bisher nicht anerkannt anzusehen. Der Senat folgt insoweit der Beurteilung des GBA, die der Ausschuss in den Tragenden Gründen zu seinem Beschluss vom 21. Oktober 2021 ausführlich und - in Bezug auf die hier nur maßgebende Funktionsdiagnostik des Herzens - zutreffend begründet hat. Danach liegt der Kardio-MRT im Rahmen der Diagnostik einer stabilen KHK, einer Kardiomyopathie und einer Myokarditis eine Methode mit einem neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept zugrunde, da sich die Zielsetzung, die Anwendung und die Durchführung der MRT in diesen für die Untersuchung infrage kommenden Indikationen wesentlich von der Thorax-MRT und anderen bereits in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannten Methoden unterscheiden.

Soweit etwa zur Diagnostik der stabilen KHK eine direkte Bildgebung der Koronargefäße mittels MRT erfolgen soll, beruht diese auf einem im Vergleich zu den bisher im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit dieser Zielsetzung erbrachten Methoden - insbesondere der Koronarangiographie - auf einem neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept. Das folgt schon aus den sich deutlich unterscheidenden physikalischen Eigenschaften, die bei der Röntgendiagnostik einerseits und bei der MRT andererseits zum Tragen kommen. Für die Darstellung der funktionellen Folgen einer koronaren Minderperfusion bedarf es einer zeitlichen Auflösung der dynamischen Bewegungsmuster des Herzens über einen gesamten Herzzyklus und der Interpretation der Bewegungsmuster im Verhältnis zur regionalen Perfusion. Für diese Darstellungen sind besondere technische Maßnahmen und eine Kontrastmittelverabreichung notwendig, die bei der magnetresonanzbasierten Darstellung der alleinigen Morphologie in situ (etwa wie bei der Thorax-MRT) nicht erforderlich sind und dementsprechend auch nicht zum obligaten Leistungsinhalt gehören. Die Interpretation der Bewegungsmuster kann überdies eine ergän-

zende Untersuchung unter einem (idR pharmakologisch ausgelösten) Perfusionsstress und damit zusätzliche Prozessschritte erfordern, um funktionelle Reserven bzw Limitationen darstellen zu können. Daraus ergeben sich potentielle Gefährdungen der Patienten, die besonderer Vorkehrungen bedürfen, welche bei der alleinigen morphologischen Darstellung nicht erforderlich sind. Dementsprechend sind bei der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT derart abweichende Einwirkungen auf den Patienten zu erwarten, dass die Erkenntnisse zum Nutzen und zu den Risiken einer Thorax-MRT nicht auf die Kardio-MRT übertragbar sind.

Auch im Rahmen der Diagnostik einer Kardiomyopathie unterscheidet sich die Kardio-MRT insoweit wesentlich von der Thorax-MRT, als die Kardio-MRT auf eine differenzierte Gewebecharakterisierung des Herzmuskels zielt und damit deutlich über eine Darstellung der Morphologie des Thorax und der Organe hinausgeht. Zudem beruht die Kardio-MRT auch hier im Vergleich zur bisher etablierten Methode der Echokardiografie auf einem grundlegend anderen physikalischen Darstellungsprinzip (MRT: Kernspinresonanz des Gewebes, Echokardiographie: akustische Eigenschaften). Sofern es auf die Unterscheidung zwischen einer ischämischen und einer nicht-ischämischen Genese ankommt, bedarf es auch hier der dynamischen Darstellung eines gesamten Herzzyklus zur Analyse regionaler Kontraktilitätsstörungen. Dass dies über die reine Abbildung der Organmorphologie wie bei der Thorax-MRT deutlich hinausgeht, liegt auf der Hand.

Auch die Differenziertheit der Darstellung von Entzündungszeichen des Myokards und des Perikards im Rahmen der Diagnostik einer Myokarditis mittels Kardio-MRT geht deutlich über die Darstellung der Organmorphologie im Rahmen der Thorax-MRT hinaus. Zur Darstellung dieser geweblichen Differenzierungen bedarf es anderer Techniken als für die Thorax-MRT. Zudem unterscheidet sich die MRT wiederum offensichtlich wesentlich von den bisher bei dieser Indikation etablierten Verfahren der Echokardiographie sowie der Maßnahmen invasiver Diagnostik (Myokardbiopsien). Schließlich erfordert eine Unterscheidung zwischen einer ischämischen und nicht-ischämischen Genese auch bei dieser Indikation eine dynamische Darstellung eines gesamten Herzzyklus zur Analyse regionaler Kontraktilitätsstörungen.

Schließlich machen auch die mit funktionellen MRT-Untersuchungen des Herzens verbundenen Risiken für den Patienten eine selbstständige Bewertung der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT durch den GBA erforderlich. Insoweit kann zwar nicht maßgebend die Notwendigkeit der Kontrastmittelgabe angeführt werden, weil eine solche sich im Einzelfall auch im Rahmen der Thorax-MRT ergeben kann und deshalb im fakultativen Leistungsinhalt der GOP 34430 EBM aufgeführt ist. Darüber hinaus besteht bei einer funktionsdiagnostischen Kardio-MRT unter induziertem Perfusionsstress jedoch das Risiko von Herzrhythmusstörungen, die mit der Notwendigkeit einer Bergung des Patienten aus dem Tomographen bis hin zur Reanimation verbunden sein können. Daraus ergeben sich offenkundig weitergehende Anforderungen an die Prozessqualität bei der Durchführung der Untersuchung sowie zusätzliche Prozessschritte. Insbesondere bedarf es bei der Durchführung funktioneller Untersuchungen speziell geschulten kardiologischen Personals insbesondere für die pharmakologische Stressinduktion, die Überwachung der Herzfunktion und die Bereitschaft zur Notfallintervention. Das schließt eine Delegation der Durchführung der Untersuchung auf medizinisches Hilfspersonal - wie bei der Thorax-MRT üblich - aus.

Nach alledem unterscheidet sich die funktionsdiagnostische Kardio-MRT im Hinblick auf die technischen Abläufe, teilweise aber auch im Hinblick auf die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken so deutlich von den bisher anerkannten Untersuchungsmethoden (einschließlich der Thorax-MRT nach GOP 34430 EBM), dass hierfür eine selbstständige Bewertung durch den GBA erforderlich ist. Die Entscheidung des SG hat daher keinen Bestand haben können.

D. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) zugelassen.

Die Festsetzung des Streitwerts des Berufungsverfahrens ergibt sich aus der Anwendung von § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§§ 47 Abs 1 S 1, 52 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei legt der Senat die Streitwertberechnung der Beklagten vom 19. Juni 2015 (zur GOP 34430 EBM) zugrunde, gegen die die Klägerin keine Einwendungen erhoben hat.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-02-06