Sozialgericht Dortmund, S 8 KR 184/02

Datum:	22.09.2003
Gericht:	Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper:	8. Kammer
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	S 8 KR 184/02
ECLI:	ECLI:DE:SGDO:2003:0922.S8KR184.02.00

Sachgebiet:	Krankenversicherung
Rechtskraft:	rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für eine bei der Klägerin durchgeführte offene Magnetresonanztomographie (MRT). 2

Die 1975 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin leidet seit März 2001 an Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule. Sie befand sich unter anderem in Behandlung des Klinkums der Philipps-Universität N, die am 27.09.2001 eine Überweisung zum Facharzt für Radiologie Dr. W in L zur Durchführung einer offenen MRT bei Halswirbelsäulenbeschwerden erstellte. 3

Die Klägerin beantragte daraufhin die Kostenübernahme bei der Beklagten. Diese forderte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Erstellung eines Gutachtens auf. Im Gutachten vom 26.11.2001 führt der MDK unter anderem aus, dass aus den bisher durchgeführten Untersuchungen kein hinreichender Anhalt für diese Zusatzuntersuchung zu ersehen sei, 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 von nicht medikamentös behandelbarer Klaustrophobie in den Bereich einer Kostenerstattung und sei vereinbarungsgemäß bei allen anderen Maßnahmen keine Kassenleistung. 4

5

Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 03.12.2001 den Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme für eine Funktions-MRT im offenen Kernspintomographen ab. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass bei neuen Verfahren, die nicht ausreichend erprobt seien, oder Außenseitermethoden, die zwar bekannt seien, sich aber nicht bewährt hätten, eine Kostenübernahme nicht erfolgen könne. Die von der Klägerin beantragte Methode entspreche nach den der Kasse vorliegenden Erkenntnissen und ärztlichen Aussagen der Qualität und Wirksamkeit nach nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse.

Die Klägerin, die zwischenzeitlich am 19.11.2001 und 20.11.2001 die beantragte Maßnahme bei Dr. W in L hatte durchführen lassen, wandte sich hiergegen mit Widerspruch vom 19.12.2001. Zur Begründung führte sie aus, dass nach Aussage der behandelnden Ärzte eine Untersuchung auf eine ligamentäre Verletzung (Bänderverletzung) nur in einem offenen Kernspintomographen in Funktionsstellung der Kopfgelenke möglich sei. Die behandelnden Ärzte hätten bekräftigt, dass diese Art der Untersuchung zwingend erforderlich sei, um eine endgültige, aussagekräftige Diagnose bei dem ausgeprägten Beschwerdebild zu erlangen. Zur weiteren Begründung überreichte die Klägerin ein Schreiben des Klinikums der Philipps-Universität N vom 18.10.2001. Darin heißt es unter anderem: 6

"Da die Funktion der Bänder nur in bestimmten Kopfstellungen beurteilt werden kann, ist eine Darstellung im herkömmlichen MRT nicht aussagefähig. Vielmehr muss die bildgebende Diagnostik in Seitenneigung und Rotation ausgeführt werden. Hierzu ist eine Untersuchung im offenen MRT erforderlich." 7

Des Weiteren überreichte sie einen Bericht der oben genannten Klinik an die Orthopäden Dres. S/Q vom 01.10.2001, in dem zum weiteren Procedere nach Abklärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse eine Darstellung der Ligamenta alaria und des Ligamentum transversum im Funktions-CT empfohlen wird. Schließlich übersandte die Klägerin Kostenvoranschläge des Dr. W für eine MRT der Wirbelsäule sowie eine MRT im Bereich des Kopfes. In dem Vertragsformular heißt es unter anderem: 8

"Frau L wünscht durch Herrn Dr. W die unten genannten Leistungen privatärztlich in Anspruch zu nehmen. Die Durchführung der unten genannten Untersuchungen ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Entgegen den Aussagen des § 13 SGB V möchte ich die unten genannten Leistungen auf dem Wege der Kostenerstattung durchführen. Sollte die Satzung der Krankenkasse keine Kostenerstattung zulassen, werde ich die unten genannten Leistungen selber bezahlen." 9

Anliegend übersandte Dr. W Begründungen für Funktionsuntersuchungen der Kopfgelenke sowie der oberen HWS in der Kernspintomographie. 10

Laut Rechnung vom 20.11.2001 beglich die Klägerin einen Rechnungsbetrag in Höhe von 1.789,40 EUR sowie weitere Kosten für 10 MRT-Bildkopien in Höhe von 43,82 EUR. Abschließend übersandte die Klägerin ein Attest der Dres. S und Q vom 18.01.2002 mit nachfolgend auszugsweise wiedergegebenem Inhalt: 11

" ... da es bisher keine ausreichende medizinische Erklärung für diese Symptome gibt, die vor dem Trauma nicht bestanden, muss von einer Pathologie im Bereich der Kopfgelenke ausgegangen werden. Eine Kapsel-Band-Pathologie der Kopfgelenke kann man bildtechnisch nur durch ein Funktions-MRT darstellen." 12

13

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Sie führte zur Begründung aus, dass die Untersuchung mit dem MRT-Open nur privatärztlich außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden könne. Es handele sich hierbei um eine noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode. Neue Behandlungsweisen könnten erst nach ausreichender Prüfung in dem dafür vorgesehenen Verfahren vor dem Bundesausschuss in der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden. Die Beklagte verwies auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und nahm im Übrigen Bezug auf die Stellungnahme des MDK vom 26.11.2001. Ferner liege ihr ein Grundsatzgutachten des MDK vor, in welchem die Kostenübernahme für offene Kernspintomographien nicht befürwortet werde. Nach Auffassung des MDK, der Deutschen Röntgengesellschaft und des Berufsverbandes Deutscher Radiologen entsprächen die verfügbaren Geräte nicht der gemäß § 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ergangenen Kernspintomographie-Vereinbarung.

Mit der am 08.07.2002 erhobenen Klage begehrt die Klägerin Kostenerstattung für die durchgeführten offenen Kernspintomographien. Sie verweist auf ihren Vortrag in Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren und insbesondere die fachärztlichen Stellungnahmen der Orthopäden Dres. S und Q vom 18.01.2002 und 27.11.2001. Die ganze weitere Behandlung sei von einer Funktionsdiagnostik abhängig gewesen. Nur die offene Kernspintomographie sei in der Lage, Funktionsdefizite der Bänder im Wirbelsäulenbereich festzustellen. Es habe die reale Gefahr einer Querschnittslähmung vom Hals an abwärts bestanden. 14

Die Klägerin beantragt, 15

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 31.02.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 zu verurteilen, Kosten für die am 19.11.2001/20.11.2001 durchgeführten offenen Kernspintomographien in Höhe von 1.833,22 EUR zu erstatten. 16

Die Beklagte beantragt, 17

die Klage abzuweisen. 18

Sie verneint eine Verpflichtung zur Kostenerstattung und nimmt zur Begründung Bezug auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. 19

Das Gericht hat zunächst von der Beklagten eine Grundsatzstellungnahme des Referates Radiologie des MDK Niedersachsen vom 14.02.2000 zur offenen Kernspintomographie (MRT-Open) beigezogen. Des Weiteren hat sie eine Anfrage gerichtet an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V. In der Grundsatzstellungnahme des MDK Niedersachsen wird festgestellt, das derzeit kein sogenannter offener Kernspintomograph auf dem Markt sei, der die apparativen Anforderung des § 135 Abs. 1 Nr. 2 erfülle. Funktionsuntersuchungen könnten nur in begrenztem Umfang an geschlossenen Kernspintomographen durchgeführt werden. Die Funktionsdiagnostik sei noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung und damit keine Leistung der GKV. Funktionsuntersuchungen der Halswirbelsäule seien in geschlossenen Kernspintomographen mit besserer Qualität möglich. Das Auflösungsvermögen der sogenannten offenen Kernspintomographen lasse eine Beurteilung kleinerer Strukturen wie der genannten Ligamenta alaria nicht zu. Unabhängig davon gäbe es für diese spezielle Fragestellung keine medizinische Indikation. 20

21

In der Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 26.07.2002 heißt es unter anderem:

"Kernspintomographische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur von Ärzten abgerechnet werden, die von der KV eine entsprechende Genehmigung erhalten haben. Die Genehmigungen werden erteilt, wenn die Vorgaben der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind ... Während es sich bei den herkömmlichen Kernspintomographen um voluminöse Geräte handelt, bei denen der Patient mit einem speziellen Schlitten in das Gerät zur Durchführung der Untersuchung eingefahren wird, sind die "offenen Kernspintomographen" relativ klein, heute teilweise nicht größer als eine Waschmaschine. Bei diesen Kernspintomographen wird der Patient nicht mit einem Untersuchungsschlitten in das Gerät gefahren - was aufgrund der geringen Ausmaße auch nicht möglich wäre - vielmehr wird das zu untersuchende Körperteil, zumeist die Extremitäten in das Gerät eingeführt und kernspintomographisch untersucht ...Die unter der Bezeichnung "offener Kernspintomograph" betriebenen Geräte erfüllen nicht die Vorgaben der Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung an die apparative Mindestausstattung." 22

Wegen des weiteren Inhalts der Grundsatzstellungnahme des MDK in Niedersachsen wird auf das Gutachten vom 14.02.2000, wegen des weiteren Inhaltes der Auskunft der Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V auf das Schreiben vom 26.07.2002 hingewiesen. 23

Des Weiteren liegt vor eine für das Sozialgericht Dortmund zum Aktenzeichen S 41 KR 395/01 gefertigte Stellungnahme des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur offenen Kernspintomographie vom 21.01.2002 nebst Anlagen. 24

Die Klägerin hat sich zu den ihr vorgelegten Unterlagen des MDK Niedersachsen sowie des Bewertungsausschusses unter Wiederholung ihrer bisherigen Argumente dahingehend geäußert, dass eine Leistungsverweigerung mit dem Hinweis, die Funktionsdiagnostik befinde sich noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung, nicht möglich sei. Im Übrigen sei nicht ersichtlich, ob die Überprüfung der persönlichen Qualifikation und der apparativen Ausstattung der Praxis des Dr. W im Fall der Klägerin stattgefunden hätten. Aufgrund der besonderen medizinischen Gegebenheiten sei die Untersuchung im Falle der Klägerin notwendig und zweckmäßig gewesen und die Beklagte habe nicht vorgetragen, dass die gewonnenen Befundergebnisse unrichtig, unwissenschaftlich oder unverwertbar gewesen seien. 25

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind. 26

Entscheidungsgründe: 27

Die zulässige Klage ist unbegründet. 28

Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Nach Durchführung der ursprünglich beantragten Behandlung ist Streitgegenstand die Kostenerstattung. Ein Anspruch auf Erstattung der hier durch die offenen Kernspintomographien vom 19.11.2001 und 20.11.2001 entstandenen Kosten steht der Klägerin aber nicht zu. 29

30

Als Anspruchsgrundlage kommt vorliegend alleine § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Betracht. Danach sind von der Krankenkasse Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Eine Kostenerstattung wegen einer zu Unrecht abgelehnten Leistung (2. Fallgruppe) kommt vorliegend nicht in Betracht, da die Klägerin den durch § 13 SGB V vorgeschriebenen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Die Beklagte hat die Leistung zwar abgelehnt, da die Ablehnung aber erst mit Bescheid vom 03.12.2001 und damit nach Durchführung der offenen Kernspintomographien am 19.11.2001 und 20.11.2001 erfolgte, fehlt es am notwendigen Kausalzusammenhang zwischen Ablehnung und selbstbeschaffter Leistung. Versicherte müssen sich grundsätzlich vor Inanspruchnahme einer Leistung, soweit möglich an ihre Krankenkasse wenden. Dies gilt auch für unkonventionelle Heilmethoden (vergleiche etwa Kasseler Kommentar-Höfler § 13 SGB V Randziffer 9 m.w.N.). 31

Auch eine unaufschiebbare Leistung (1. Fallgruppe des § 13 Abs. 3) liegt nicht vor. Eine unaufschiebbare Leistung setzt regelmäßig das Vorliegen eines Notfalles im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V voraus. Es ist nicht ersichtlich, dass die Klägerin gehindert gewesen wäre, eine Entscheidung der Beklagten über ihren auf der Überweisung vom 27.09.2001 beruhenden Antrag abzuwarten. Insoweit ist maßgebend, wie sich die Situation zum Zeitpunkt der Antragstellung vor Durchführung der MRT darstellte und nicht etwa aufgrund in dieser Untersuchung gewonnener Erkenntnisse. Im Schreiben vom 01.10.2001 empfiehlt das Klinikum der Phillips-Universität N die Durchführung eines Funktions-CT nach Abklärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Eine besondere Dringlichkeit im Sinne eines Notfalls ist schon angesichts dieser Empfehlung nicht zu erkennen. Im Übrigen wurde die offene Kernspintomographie erst Ende November und somit knapp zwei Monate nach Erstellung der Überweisung erstellt. 32

Scheitert eine Kostenerstattung schon aus den vorgenannten Gründen bleibt ergänzend darauf hinzuweisen, dass eine Kostenerstattung grundsätzlich auch nur für solche Leistungen in Betracht kommt, die die Krankenkassen im Wege der Sachleistung zu erbringen haben. Über den Weg der Kostenerstattung können nicht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnende Leistungen nicht gleichsam durch die Hintertür einer Leistungspflicht unterworfen werden. 33

Vorliegend kommt daher eine Kostenerstattung auch aus den Grund nicht in Betracht, dass es sich bei der offenen Kernspintomographie nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Offene Kernspintomographien konnten zu Lasten der Krankenkassen gemäß § 135 Abs. 1 sowie Abs. 2 SGB V nicht erbracht werden. Dieser Umstand war den behandelnden Ärzten offenbar geläufig, so dass das Klinikum der Philipps-Universität N trotz Überweisung eine vorherige Abklärung der Kostenübernahme empfahl. Der die offene Kernspintomographie durchführende Radiologe Dr. W selbst bietet die Leistung nur privatärztlich an und weist selbst auf den Widerspruch zu § 13 SGB V hin. 34

Gemäß § 135 Abs. 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. 35

36

Eine solche Empfehlung des Bundesausschusses lag zum Zeit der Durchführung der offenen Kernspintomographie nicht vor. Insoweit wird verwiesen auf die Auskunft des Bundesausschusses der Krankenkassen vom 21.01.2002. Bei der Funktions-MRT handelt es sich um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode". Im Übrigen verweist die Kammer auf die Grundsatzstellungnahme des MDK Niedersachsen vom 14.02.2000, wonach sich die Funktionsdiagnostik der Gelenke im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung befinde. Als weiteres Indiz hierfür mag die zum Zeitpunkt der hier streitgegenständlichen Leistungserbringung nur sehr geringe Verbreitung offener Kernspintomographen gelten, die es erforderlich machte, eine Behandlung trotz des beschriebenen risikoreichen Gesundheitszustandes in Süddeutschland durchzuführen.

Aus den verfügbaren Unterlagen ergeben sich für die Kammer daher auch keinerlei Anzeichen für Vorliegen eines sogenannten Systemmangels. Es ist nicht ersichtlich, dass die Funktionsdiagnostik sich in der Praxis insoweit durchgesetzt hatte, als sie in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz fand und von einer erheblichen Zahl von Ärzten bereits angewandt wurde. Dies gilt jedenfalls für den Zeitpunkt November 2001, denn ein Systemmangel muss im Zeitpunkt der Leistungserbringung bereits vorgelegen haben (vgl. BSG SozR 3 - 2500 § 135 Nr. 12). 37

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass ausweislich der Grundsatzstellungnahme des MDK in Niedersachsen vom 14.02.2000 aber insbesondere auch der aktuelleren Auskünfte der Geschäftsführung des Bewertungsausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zumindest im November 2001 keine offenen Kernspintomographen auf dem Markt verfügbar waren, die der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen des § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) vom 10.02.1993 in der Fassung vom 20.11.1995 gerecht wurden. Gemäß § 135 Abs. 2 können für ärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung bedürfen, die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistung vereinbaren. Waren aber grundsätzlich keine Geräte verfügbar, die der Kernspintomographie-Vereinbarung genügten, ist eine Überprüfung der tatsächlichen Ausstattung der Praxis Dr. W nicht angezeigt. 38

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 183, 193 SGG. 39

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE