

# Zur Abrechenbarkeit von MRT-Untersuchungen des Herzens nach der GOP 34430 EBM

## I. Einführung

Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen hat sich mit Urteil vom 28.09.2022 (Az.: L 3 KA 29/19) mit der Frage der Abrechenbarkeit kernspintomographischer Untersuchungen des Herzens (Kardio-MRT) nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 34430 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für vertragsärztliche Leistungen beschäftigt.

Die Entscheidung verwundert insofern etwas, als dass das Bundessozialgericht (BSG) bereits mit Urteil vom 02.04.2014 (Az.: B 6 KA 24/13 R) festgestellt hatte, dass kernspintomographische Untersuchungen des Herzens und der Blutgefäße Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Das Gericht stellte dort fest, dass „die dort nicht gesondert erwähnten kernspintomographischen Untersuchungen des Herzens ggf. – im Einklang mit der Leistungslegende der Nr. 34430 EBM-Ä – als Thoraxuntersuchungen abzurechnen seien.“ Damit widersprach das BSG der Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die mit Schreiben vom 02.12.2013 mitgeteilt hatte, dass im derzeitigen EBM keine Möglichkeit bestehe, ein spezifisches Kardio-MRT abzurechnen. Die Aufnahme einer entsprechenden Leistung in den EBM würde aus Sicht der KBV eine Methodenbewertung durch die Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 135 Abs. 1 SGB V voraussetzen (vgl. Fortschr Röntgenstr 2014; 186, S. 899 ff.).

Das LSG hat sich nun nach acht Jahren mit der Rechtsfrage erneut auseinandergesetzt. Zentraler Ausgangspunkt des streitgegenständlichen Verfahrens ist die GOP 34430. Diese ist beschrieben mit „MRT-Untersuchung des Thorax“ und hat folgenden obligaten Leistungsinhalt:

„Darstellung in 2 Ebenen, Darstellung des Mediastinums und/oder der Lunge“.

Als fakultativer Leistungsinhalt sind

„Kontrastmitteleinbringung(en)“

aufgeführt.

Zwischen den Beteiligten des Verfahrens stand dabei nicht im Streit, dass in den zugrundeliegenden Fällen jeweils eine funktionelle Darstellung des Herzens erbracht und abgerechnet wurde, die der dynamischen Funktionsdiagnostik unterfällt und die über eine rein anatomische bzw. morphologische Darstellung des Herzens hinausgeht.

## II. Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 28.09.2022

Das LSG kommt in seinem Urteil vom 28.09.2022 – anders als das BSG mit Urteil vom 02.04.2014 – zu dem Ergebnis, dass Leistungen der Kardio-MRT nicht nach der GOP 34430 abgerechnet werden können. Nach Ansicht des LSG fallen unter die GOP 34430 nur morphologische MRT-Untersuchungen.

### 1. Sachverhalt

Streitgegenstand des Verfahrens war ein Honorarbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu Behandlungen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), in welchem Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Nuklearmedizin tätig waren.

Zunächst hatte die KV zugunsten des MVZ eine Praxisbesonderheit hinsichtlich der GOP 34430 für Kardio-MRT anerkannt und diese Leistungen entsprechend vergütet, sofern diese auf Überweisung eines Kardiologen erfolgten. Sodann wies die KV ihre Mitglieder mittels eines Rundschreibens darauf hin, dass die ambulante Durchführung einer Kardio-MRT keine vertragsärztliche Leistung darstelle und nicht mit der GOP 34430 EBM abgerechnet werden könne. Im Anschluss setzte die KV die Vergütung des MVZ durch Honorarbescheid fest. Hierbei strich sie die in Ansatz gebrachte GOP 34430 EBM im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung in 160 Fällen und kürzte die Vergütung im entsprechenden Umfang.



## 2. Verfahrensgang

Das MVZ legte Widerspruch gegen den Honorarbescheid der KV ein. Die KBV habe in dem Verfahren vor dem BSG dahingehend 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 G-BA 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 Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, dass MRT des Herzens als zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechenbare Leistungen zulässig seien.

Die KV wies den Widerspruch zurück. Dem Wortlaut des EBM nach sei die GOP 34430 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 bilde lediglich die Aufnahme des Thorax zur Darstellung der Struktur des Gewebes ab. Bei der Kardio-MRT handele es sich hingegen um eine

Leistung im Bereich der dynamischen Funktionsdiagnostik, die deutlich über die Darstellung des Thorax bzw. des Herzens mittels MRT hinausgehe.

Das MVZ hat beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben und dort ergänzend vorgetragen, dass es sich bei der Untersuchung des Herzens mittels MRT nicht um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. v. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handle, für die zunächst eine Anerkennung durch den G-BA erforderlich wäre. Im Übrigen lägen Qualitätsvoraussetzungen für die Untersuchung des Herzens vor. Dies könne nur so verstanden werden, dass Kernspintomographien des Herzens Leistungen der GKV sind.

Das SG folgte im Wesentlichen der Argumentation des MVZ und hat die KV verurteilt, die GOP 34430 EBM nachzuvergüten.

Gegen das Urteil hat die KV Berufung beim LSG eingelegt, mit der Argumentation, dass es sich bei der Kardio-MRT, im Gegensatz zu üblichen morphologischen und anatomischen Darstellungen im Rahmen von MRT-Untersuchungen, um eine funktionelle Darstellung des Herzens handle, während EKG gesteuert Informationen gesammelt würden. Diese funktionelle Darstellung des Herzens stelle damit eine eigene, von der herkömmlichen MRT-Untersuchung deutlich separate Untersuchungsmethode dar. Eine Abrechnung der Kardio-MRT-Untersuchung mittels der GOP 34430 sei damit nicht möglich, da es sich um eine neue Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handle, 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 u. a. Kardio-MRT geschlossen worden sei. Die Vergütung für die Durchführung des Kardio-MRT für den teilnehmenden Radiologen liege dabei derzeit bei 561,36 Euro, während sich die Vergütung für die GOP 34430 im EBM auf derzeit um die 130,00 Euro belaufe.

Das MVZ verteidigte die erstinstanzliche Entscheidung. Die mit einzelnen Krankenkassen abgeschlossenen Verträge änderten

nichts an der Abrechenbarkeit von MRT des Herzens nach der GOP 34430. Daraus lasse sich allenfalls herleiten, dass die Erbringung dieser Leistungen über den EBM zu gering vergütet werde.

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 handle, die nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V zunächst einer Bewertung durch den G-BA bedürfe. Daraufhin hat der Erweiterte BewA (EBewA) durch Beschluss vom 18.05.2021 festgestellt, dass die Leistung der 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 G-BA durch Beschluss festgestellt, dass der Einsatz der Kardio-MRT in der Diagnostik der drei genannten Indikationen eine neue Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V sei.

### 3. Urteilsbegründung

Das LSG vertritt die Auffassung, die KV habe die Vergütung der abgerechneten Leistungen nach der GOP 34430 EBM zu Recht verweigert, da MRT-Untersuchungen des Herzens derzeit nicht im EBM abgebildet und daher nicht als vertragsärztliche radiologische Leistung abrechenbar sind.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106a Abs. 2 S. 1 SGB V. Danach stellt die KV 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 satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots – erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urt. v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 47/16 R). Die Honorarabrechnung des MVZ sei insoweit fehlerhaft, weil die erbrachten und abgerechneten Kardio-MRT-Untersuchungen nach der GOP 34430 EBM keine abrechnungsfähigen Leistungen im Sinne dieser GOP darstellen.

#### a. Keine abrechnungsfähige Leistung

Die hier streitige dynamische Herzfunktionsdiagnostik (Kardio-MRT) sei 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.

Für die insoweit erforderliche Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG 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, gegebenenfalls 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 entstellungsgeschichtliche 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 alledem BSG, Urt. v. 16.12.2015, Az.: B 6 KA 39/15 R). Bei der Wortlautauslegung sind zudem auch der medizinische Ablauf sowie gegebenenfalls der Ablauf technischer Verfahren zu berücksichtigen (vgl. dazu nur BSG, Urt. v. 13.05.1998, Az.: B 6 KA 34/97 R und Urt. v. 16.05.2018, Az.: B 6 KA 16/17 R).

Das LSG argumentierte, dass die Kardio-MRT-Untersuchung bei Zugrundelegung dieser Maßgaben nicht der Leistungslegende der GOP 34430 EBM unterfalle. Es bedürfe insoweit keiner näheren Darlegungen, dass sich in der nach dem Wortlaut der Leistungslegende zu untersuchenden Körperregion Thorax und bei der im obligaten Leistungsinhalt beschriebene Darstellung des Mediastinums zwar auch das Herz befindet. Der Gegenstand und der medizinische Ablauf einer Kardio-MRT sowie die dabei anzuwendenden technischen Verfahren ließen sich hingegen nicht mehr unter die Leistungslegende und den obligaten Leistungsinhalt der GOP 34430 EBM subsumieren. Entscheidend sei insoweit weniger die zu untersuchende Körperregion, als vielmehr die Untersuchungsmethode MRT.

Die Auffassung des LSG kann allerdings rechtssystematisch durchaus kritisiert werden. Das Herz liegt im Bereich des unteren Mediastinums. Aus der GOP 34430 EBM ergibt sich, dass eine Darstellung des Mediastinums im Rahmen der Thorax-MRT zulässig ist. Vor dem Hintergrund, dass das Herz Teil des Mediastinums ist, bedarf es daher einer gesonderten Aufnahme der MRT des Herzens in den EBM demzufolge nicht. Für eine bereits bestehende Abrechnungsmöglichkeit der MRT des Herzens in der vertragsärztlichen Versorgung spricht auch, dass bereits in der Anlage 1 zu dem Beschluss des G-BA über eine Neufassung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie (QBK-RL) und Aufhebung der derzeit geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie vom 17.10.2019 Kriterien für die Untersuchung des Herzens festgelegt wurden ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4010/2019-10-17\\_QBK-RL\\_Neufassung\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4010/2019-10-17_QBK-RL_Neufassung_BAnz.pdf)). Diese Beurteilungskriterien finden sich im Abschnitt 5 „Untersuchungsgebiet:

Thorax“ unter dem Punkt 5.3 Region: Herz (5.3.1 Herzmorphologie, 5.3.2 Herz – Funktionsdiagnostik, 5.3.3 Herzperfusion (Ruhe, Stress), 5.3.4 Herz – Kontrastmittelpätaufnahme (late enhancement)).

Es stellt sich die Frage, warum der G-BA die entsprechenden Qualitätsrichtlinien betreffend einer MRT des Herzens aufgestellt hat, wenn er bisher keine Einschätzung zur Effektivität dieser Leistung in Form einer Methodenbewertung abgegeben hat oder nicht offenkundig von einer geeigneten Untersuchungsmethode ausgeht. Diese Frage hat auch das LSG nicht beantwortet.

Demgegenüber vertrat das LSG die Auffassung, dass hinsichtlich dieser Beurteilung der Frage für die Beteiligten und das LSG keine Bindung an den Beschluss des EBewA (abrufbar unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) bestand. In diesem Beschluss hat der EBewA festgestellt, dass die im Verfahren gemäß § 87 Abs. 3e S. 4 SGB V angefragte Leistung Kardio-MRT nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM abgebildet sei, sondern eine neue Untersuchungsmethode gemäß § 135 Abs. 1 S. 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 G-BA 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 G-BA bedarf. Aus der Vorschrift selbst ergibt sich ein zweistufiges Verfahren: Zunächst ist das Einvernehmen mit dem G-BA herzustellen, sodann hat der BewA die geforderte Auskunft zu erteilen.

In ihrem Antrag nach § 87 Abs. 3e S. 4 SGB V hatte die DGK zunächst dargelegt, dass eine leitliniengerechte Darstellung der koronaren Gefäße zur kardiologischen Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung derzeit nicht möglich sei. Sie habe 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

sei etwa das Untersuchungsprotokoll der individuellen Fragestellung spezifisch anzupassen, sodass nicht alle Herzuntersuchungen nach dem gleichen Standardprotokoll „gefahren“ werden können. Zudem sei im Gegensatz zur standardmäßigen Thorax-MRT ein höherer Überwachungsaufwand nötig. Den Patienten müssten ein EKG, eine Blutdruckmanschette und eine Pulsoxymetrie angelegt werden. Im Falle einer Stressuntersuchung müssen ferner zwei statt nur einem venösen Zugang gelegt werden. Die Aufklärung sei 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 sei 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, müssten 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 sogenannten parametrischen Gewebsquantifizierung, Sequenzen zur Darstellung von Narben). Darüber hinaus bedürfe es einer speziellen Überwachung des Patienten während der Stress-Untersuchung, da es infolge des Stress-Medikaments zu Rhythmusstörungen kommen kann. Insoweit müsse auch das Personal für die Erkennung solcher Rhythmusstörungen trainiert werden; insbesondere müsse die Evakuierung des Patienten aus dem Scanner eingeübt werden.

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 nach Ansicht des LSG die Auffassung der KV, 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 zeige 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.

Dass die GOP 34430 EBM lediglich die weniger aufwendigen morphologischen Untersuchungen umfasse, ließe sich auch an der Bewertung der Leistung ablesen. Diese liege mit 122,88 Euro deutlich unterhalb der Vergütung, die aufgrund eines im Bezirk der KV mit einigen Kassen im Jahr 2016 geschlossenen Vertrages zur besonderen Versorgung von Versicherten mit u. a. Kardio-MRT für die Durchführung einer Kardio-MRT gezahlt werde. Diese Vergütung belief sich seinerzeit auf 561,36 Euro.

Dass jedoch die in Einzelverträgen der Krankenkassen mit Vertragsärzten vereinbarten Vergütungssätze sich gerade aus Wettbewerbsgründen nicht an der Vergütung im EBM orientieren und daher die Vermutung der Angemessenheit nicht automatisch in sich tragen, dürfte auch dem LSG aus anderen Leistungsbereichen bekannt gewesen sein.

#### b. Kardio-MRT als neue Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V

Unabhängig hiervon wäre die angefochtene sachlich-rechnerische Richtigstellung jedoch nach Ansicht des LSG selbst dann nicht zu beanstanden gewesen, wenn die Kardio-MRT-Untersuchungen noch unter den Wortlaut der GOP 34430 EBM fielen. Denn einer Abrechenbarkeit der Untersuchungen stehe jedenfalls entgegen, dass es sich hierbei um eine neue Untersuchungsmethode i. S. d. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handle, die in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden darf, wenn der G-BA u. a. 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 sei für die funktionsdiagnostische Kardio-MRT durch den G-BA bislang nicht erfolgt.

Zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden i. S. v. § 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. Dies folge aus Kap. 2 § 2 Abs. 1 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO-GBA) und entspreche der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urte. v. 04.04.2006, Az.: B 1 KR und Urte. v. 11.05.2017, Az.: B 3 KR 6/16 R). Mithin erfordere die Abrechenbarkeit einer Untersuchung, die zwar an sich unter den Tatbestand einer bereits im EBM aufgeführten Leistung subsumiert werden kann, bei der es sich jedoch um eine neue Untersuchungsmethode i. S. v. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handelt, zusätzlich die Anerkennung der Untersuchungsmethode durch den G-BA (vgl. auch BSG, Urte. v. 25.08.1999, Az.: B 6 KA 39/98 R).

Eine Methode ist „neu“, wenn sie sich von bereits anerkannten und zugelassenen Behandlungen oder Untersuchungen so deutlich unterscheidet, dass eine selbstständige Bewertung durch den G-BA erforderlich ist (vgl. BSG, Urte. v. 11.05.2017, Az.: B 3 KR 6/16 R). Für die Beurteilung, welche Änderungen oder Erweiterungen in diesem Sinne „wesentlich“ sind, bedarf es einer Orientierung am Schutzzweck des § 135 Abs. 1 SGB V. Die Notwendigkeit einer nach dieser Vorschrift abzugebenden Empfehlung des G-BA 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. Im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot darf die Leistungspflicht der 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. Solange das zuständige Beschlussgremium des G-BA 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 G-BA erforderlich ist.

Bei Zugrundelegung dieser Grundsätze weist die der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT zugrunde liegende Untersuchungsmethode wesentliche Unterschiede zu bereits anerkannten MRT-Untersuchungsverfahren auf, die im EBM abgebildet sind, so dass sie als bisher nicht anerkannt anzusehen sei. Das LSG folgt insoweit der Beurteilung des G-BA, die der Ausschuss in den Tragenden Gründen zu seinem Beschluss vom 21.10.2021 ausführlich 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.

Schließlich würden auch die mit funktionellen MRT-Untersuchungen des Herzens verbundenen Risiken für den Patienten eine

selbstständige Bewertung der funktionsdiagnostischen Kardio-MRT durch den G-BA erforderlich machen. Es bestehe bei einer funktionsdiagnostischen Kardio-MRT unter induziertem Perfusionsstress das Risiko von Herzrhythmusstörungen, die mit der Notwendigkeit einer Bergung des Patienten aus dem Tomographen bis hin zur Reanimation verbunden sein können. Daraus ergäben sich offenkundig weitergehende Anforderungen an die Prozessqualität bei der Durchführung der Untersuchung sowie zusätzliche Prozessschritte. Insbesondere bedürfe 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 schließe eine Delegation der Durchführung der Untersuchung auf medizinisches Hilfspersonal – wie bei der Thorax-MRT üblich – aus.

Die Einschätzung des G-BA überzeugt vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer erforderlichen Abrechnungssicherheit der Vertragsärzte für im EBM abgebildete Leistungen nicht. Die Vorgehen des G-BA und des LSG, die im Widerspruch zu der bereits vorhandenen entgegenstehenden Rechtsauffassung des BSG, eine Abrechnungbarkeit von MRT-Leistungen des Herzens nicht über die GOP 34430 als Thoraxuntersuchungen zugelassen haben, erscheinen überraschend und willkürlich für den Vertragsarzt, der sich auf den Inhalt der Gebührenscheine und die dazu ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung verlassen können muss. Insofern wäre es insbesondere für die vertragsärztliche Praxis durchaus interessant gewesen, wie das BSG die Entscheidung des LSG in der Revision beurteilt hätte.

### III. Einordnung und Folgen für die Praxis

Im Ergebnis ist das Urteil des LSG nicht als widerspruchsfrei zu bewerten. Nach den früheren Ausführungen des BSG von 2014 und 2006 waren Kardio-MRT „ggf. – im Einklang mit der Leistungslegende der Nr. 34430 EBM-Ä – als Thoraxuntersuchungen abzurechnen“ (BSG, Urt. v. 11.10.2006, Az.: B 6 KA 1/05 R und Urt. v. 02.04.2014,

Az.: B 6 KA 24/13 R). Im konkreten Fall hatte das SG erstinstanzlich noch für die Abrechnungbarkeit von Kardio-MRT entschieden, während das LSG diese im Berufungsverfahren ablehnte. Das ist ungewöhnlich, da das BSG in letzter Instanz mehrfach anders entschieden hatte und sich im Rahmen seiner Begründung primär auf Erwägungen des G-BA und des EBewA gestützt haben, die als Verwaltungseinheiten an die Rechtsprechung des BSG gebunden sind. Hinzu kommt, dass die KV selbst die Kardio-MRT zunächst als Praxisbesonderheit anerkannte und vergütete und sodann die Vergütung ablehnte. Innerhalb des Prozesses wiederum vertrat die KV zu Beginn noch die Auffassung, dass die Kardio-MRT gar nicht von der GOP 34430 erfasst sei und wechselte später zu der Ansicht, dass die Leistung zwar grundsätzlich der GOP unterfalle, aber aus anderen Gründen nicht abrechenbar sei. Schließlich hat auch die KBV sich zunächst für eine Abrechnungbarkeit positioniert und diese Auffassung später geändert. Diese Gemengelage dürfte der wesentliche Grund dafür sein, dass das LSG die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen hat, welche das MVZ jedoch nicht mehr verfolgte.

Wie dargelegt, können das Ergebnis und die wesentlichen Entscheidungsgründe des LSG durchaus kritisch bewertet werden. So führt das LSG selbst an, dass nach der ständigen Rechtsprechung des BSG für abrechenbare Leistungen in erster Linie auf den Wortlaut der jeweiligen Regelung des EBM abzustellen ist (BSG, Urt. v. 16.12.2015, Az.: B 6 KA 39/15 R). Sodann stellt das LSG ohne Zweifel fest, dass sich in der nach dem Wortlaut der Leistungslegende zu untersuchenden Körperregion Thorax und bei der im obligaten Leistungsinhalt beschriebenen Darstellung des Mediastinums auch das Herz befinde. Erst durch abweichende Bewertung der Untersuchungsmethode, Berücksichtigung des erheblichen Mehraufwands, einer anderen Risikostruktur und der unverhältnismäßig geringen Vergütung gelangt das LSG zu der Ansicht, die GOP 34430 gelte nicht für Kardio-MRT. Diese Argumente folgen jedoch gerade nicht aus dem Wortlaut der Vorschrift und sollten nicht zu Lasten des Behandlers gehen, der zudem noch bereit ist bzw. war, eine Kardio-MRT mit erheblichem Mehraufwand

trotz unverhältnismäßig geringer Vergütung zu erbringen und sich nun einer kompletten Absetzung der GOP und Nichtvergütung der von ihm erbrachten Kardio-MRT-Leistungen ausgesetzt sieht. In Bezug auf neue Untersuchungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V hat das BSG bereits entschieden, dass mit dem Begriff der Methode in aller Regel nicht jede einzelne diagnostische oder therapeutisch ärztliche Leistung gemeint sein kann, die vom Bewertungsausschuss in den EBM-Ä aufzunehmen ist, sondern regelmäßig die Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die Einführung mehrerer neuer ärztlicher Leistungen im EBM-Ä nach sich ziehen wird (Urt. v. 25.08.1999, Az.: B 6 KA 39/98 R). Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, dass das LSG den Begriff der neuen Untersuchungsmethode für den Bereich der Kardio-MRT zu eng ausgelegt hat.

Die Entscheidung dürfte dazu führen, dass der Bedarf für Krankenkassen erheblich gestiegen ist, für Kardio-MRT sog. Besondere Verträge nach § 140a SGB V unmittelbar mit den Behandlern abzuschließen. Dies gilt zumindest solange, bis der G-BA über den Nutzen der Kardio-MRT als „neue“ Methode nach § 135 Abs. 1 SGB V entschieden hat und für den Fall einer positiven Nutzenbewertung, dass der BewA eine neue GOP für die Kardio-MRT in den EBM aufgenommen hat. Im Internet auffindbar sind derzeit hierzu beispielweise Vereinbarungen der Techniker (<https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/spitzenmedizin/kardio-mrt-ct-herz-2022740>) und BKK VBU (<https://www.meine-krankenkasse.de/leistungen/regionale-versorgungsangebote/herzgesundheits/>).

### IV. Fortbestand des Abrechnungsausschlusses von MRT-Leistungen für Kardiologen

Ein wesentlicher Entscheidungsinhalt, den das BSG in seinen Urteilen vom 11.10.2006 und 02.04.2014 festgestellt hat, wird jedoch durch eine gesonderte Aufnahme und Abbildung der Kardio-MRT im EBM nicht in Frage gestellt. Gegen den Ausschluss bzw. für die Möglichkeit einer Abrechnung von Kardio-MRT-Leistungen hatte in beiden Verfahren

ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie geklagt.

Das BSG hat in beiden Entscheidungen festgestellt, dass Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie keinen Anspruch auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Untersuchungen des Herzens und der Blutgefäße in der vertragsärztlichen Versorgung haben. § 4 Abs. 1 Nr. 2 KernspinV nenne als Voraussetzung u. a. die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung „Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin“. Zur fachlichen Befähigung bestimme § 3 Abs. 1 Nr. 1 MR-AngioV, dass die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Radiologie“ nachzuweisen ist. Soweit ein Arzt nicht über eine der in der KernspinV und der MR-AngioV genannten Facharztbezeichnungen verfüge,

könne eine entsprechende Genehmigung nicht erteilt werden. Dies gelte auch nach der Einführung und des Erwerbs der weiterbildungsrechtlichen Zusatzbezeichnung „Magnetresonanztomographie – fachgebunden“, da der Ausschluss der fachbezogen in der MRT weitergebildeten Kardiologen von § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V getragen werde.

Die MRT gehört nach Auffassung des BSG und des BVerfG zum Kernbereich der Radiologie, nicht aber der Inneren Medizin/Kardiologie. Daran hat sich nach Auffassung des BSG auch durch die Einführung der Zusatzbezeichnung nichts geändert. Es diene daher dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, die Leistungen ausschließlich dem Methodenfach der Radiologie zuzuweisen. Damit werde eine Leistungsausweitung durch Selbstzuweisungen verhindert, für die ansonsten angesichts der aufzuwendenden

Kosten und der zu erzielenden Vergütung wirtschaftliche Anreize bestehen würden.

---

Prof. Dr. Peter Wigge  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht

Tilmann Kirsch  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge  
Großer Burstah 42  
20 457 Hamburg  
Telefon: (040) 3398 705–90  
Telefax: (040) 3398 705–99  
Internet: [www.ra-wigge.de](http://www.ra-wigge.de)  
E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)