
S 13 KR 462/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kostenerstattung Notfall Spontanberatung Beratungsmangel offenes MRT
Leitsätze	<p>1. Trotz objektiv bestehender Versorgungsmöglichkeit kann dennoch im Einzelfall von einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Var. SGB V auszugehen sein, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn eine Fehlinformation der Krankenkasse dazu geführt hat, dass der Versicherte die objektiv verfügbare Leistung subjektiv für nicht verfügbar hält und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt.</p> <p>2. Ein Sozialleistungsträger muss nicht nur ausdrücklich gestellte Fragen beantworten, sondern auch im Sinne einer sog. Spontanberatung auf naheliegende Möglichkeiten zur Realisierung von Leistungsansprüchen hinweisen.</p>
Normenkette	SGB V § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Var. SGB I § 14
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 13 KR 462/20
Datum	05.07.2021
2. Instanz	
Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum -

Der Bescheid der Beklagten vom 5. März 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. August 2020 wird aufgehoben und die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger die Kosten für eine MRT-Untersuchung in Höhe von 349,73 € zu erstatten.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

â

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für eine Untersuchung in einem offenen Magnetresonanztomographen (MRT) als Leistung nach dem fünften Buch des Sozialgesetzbuchs – Gesetzlich Krankenversicherung (SGB V).

Der 1961 geborene Kläger leidet unter wiederkehrenden Rückenbeschwerden. Am 1. März 2020 kam es bei dem Kläger zu einem akuten Schmerzereignis gekommen. Am 3. März 2020 nahm er einen bereits langfristig vereinbarten Termin bei einem Orthopäden wahr. Dieser verwies ihn zum einem Termin zum MRT am 7. März 2020. In der benannten radiologischen Praxis sei aber nur ein geschlossenes MRT möglich gewesen. Der Kläger recherchierte daraufhin selbst nach offenen MRTen, konnte aber keines mit Abrechnungsbefugnis bei der gesetzlichen Krankenversicherung auffinden. Daraufhin vereinbarte der Kläger einen Termin beim Deutschen Schmerzzentrum Darmstadt in dem Wissen, dass dieses über keine allgemeine vertragsärztliche Zulassung verfügte.

Am 5. März 2020 beantragte er in einer Email an die Beklagte die Kostenübernahme für eine Untersuchung seiner Lendenwirbelsäule in einem offenen MRT. Die Notwendigkeit der Untersuchung in einem offenen MRT anstelle eines herkömmlichen Rücken-MRT begründete er in einer weiteren Email vom selben Tag mit einer bei ihm vorliegenden Klaustrophobie. Bei einer MRT-Untersuchung in einem geschlossenen MRT habe in der Vergangenheit die Untersuchung wegen seiner Platzangst sofort abgebrochen werden müssen, auch die Sedierung mit einem Beruhigungsmittel habe damals nicht genügt, um seine Angst zu lindern, sodass die Untersuchung nicht durchgeführt werden konnte.

Dem Antrag legte der Kläger ein Antragsformular, angefordert vom Deutschen Schmerzzentrum Darmstadt, wo er die Untersuchung durchführen lassen wollte, mit einer Angabe der Untersuchungskosten iHv EUR 349,73 sowie der Angabe, dass die Untersuchung in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Rheingengesellschaft und die MRT-Richtlinien der Krankenkassen durchgeführt werde, bei. Zudem legte er eine Überweisung seines Orthopäden an die Radiologie und ein Attest seines Hausarztes vor, das bestätigt, dass er an einer Klaustrophobie leidet. Der Kläger führte aus, die Sache sei eilbedürftig, da er den Termin zur Untersuchung schon am 6. März 2020 um 11:30 Uhr habe.

Mit Bescheid vom 5. März 2020, dem Kläger per Briefpost zugegangen am 6. März 2020, lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, das Deutsche Schmerzzentrum Darmstadt habe keine Abrechnungsberechtigung zur Abrechnung über die Gesundheitskarte und dürfe die Behandlung deshalb nur privat anbieten und abrechnen. Wenn die Untersuchung in einem geschlossenen MRT aus psychischen Gründen nicht möglich sei, könne eine Untersuchung in einer Vertragspraxis unter Sedierung erfolgen.

Mit Email vom 6. März 2020 beantragte der Kläger die teilweise Kostenerstattung im Sinne einer anteiligen Zahlung in Höhe der Kosten für ein geschlossenes MRT und behielt sich den Widerspruch vor.

Mit Schreiben vom 6. März 2020 erklärte die Beklagte, auch eine anteilige Kostenübernahme sei mangels Abrechnungsberechtigung der aufgesuchten Praxis nicht möglich.

Am 6. März 2020 ließ der Kläger die MRT-Untersuchung im offenen MRT beim Deutschen Schmerzzentrum Darmstadt durchführen, welches ihm dafür EUR 349,73 in Rechnung stellte.

Am 24. März 2020 erhob der Kläger Widerspruch gegen die Bescheide der Beklagten vom 5. März 2020 und 6. März 2020. Zur Begründung des Widerspruchs führte er aus, er habe den Antrag auf Kostenübernahme und auch den Antrag auf anteilige Kostenübernahme vor dem MRT-Termin gestellt. Eine Untersuchung unter Sedierung, wie von der Beklagten vorgeschlagen, sei, wie seine frühere MRT-Erfahrung gezeigt habe, nicht möglich gewesen, ohne Vollnarkose sei seine Angst zu groß, eine Vollnarkose sei aber wohl in der Röhre nicht ausreichend überwachbar. Da er gewusst habe, dass die MRT-Praxis keine Abrechnungsberechtigung habe, habe er vor Durchführung der Untersuchung den Antrag auf Kostenübernahme gestellt und die Bescheinigung vorgelegt, dass die Untersuchung nach den Richtlinien der Krankenversicherung durchgeführt werde. Das MRT sei notwendig gewesen, wenn offene MRTen keine Kassenleistung mehr seien, müssten die Kosten wenigstens anteilig übernommen werden, eine Bestrafung für sein Angestempftensein sei unverhältnismäßig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27. August 2020 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Das Deutsche Schmerzzentrum Darmstadt sei nicht zur vertragsärztlichen Abrechnung für ein offenes MRT zugelassen und dürfe daher Patienten nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln. Dass ein Notfall nicht vorgelegen habe, sei schon dadurch dokumentiert, dass das Deutsche Schmerzzentrum Darmstadt nicht mit der Krankenversicherung abgerechnet, sondern dem Kläger eine Privatrechnung ausgestellt habe. Der Kläger habe keine Kostenerstattung statt Sachleistung gem. [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewährt. Die Beklagte dürfe daher der Kostenübernahme nicht zustimmen.

Am 24.09.2020 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Der Kläger meint, die Beklagte habe ihn beraten lassen und ihm mitteilen

müssen, wo es ein von der Krankenkasse bezahltes offenes MRT gibt. Da er bei eigener Recherche nur offene MRTs gefunden habe, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht bezahlt würden, habe er angenommen, dass es in zumutbarer Entfernung kein von der Krankenkasse zugelassenes offenes MRT gebe.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 05.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.08.2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 349,73 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage als unbegründet abzuweisen.

Zur Klagebegründung verweist die Beklagte auf den Widerspruchsbescheid vom 28. August 2020. Sie meint, die Ausführungen des Klägers bestätigten, dass es sich bei der Untersuchung um eine planbare Diagnostik mit einer gewissen Vorlaufzeit und nicht um einen Notfall gehandelt habe, was auch am Betreiben eigener Recherchen durch den Kläger erkennbar sei.

Mit Verfügung vom 27. November 2020 hat das Gericht bei der Beklagten angefragt, ob ein offenes MRT eine Kassenleistung sei und ob es in Darmstadt und Umgebung Ärzte gebe, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein offenes MRT durchführen.

Mit Schriftsatz vom 9. Dezember 2020 hat die Beklagte erklärt, ein offenes MRT sei Kassenleistung, sofern die Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung erfüllt und der Arzt von der Kassenzentralen Vereinigung für die MRT-Untersuchung zugelassen sei. In demselben Schriftsatz hat die Beklagte Vertragsärzte in Darmstadt und Umgebung genannt, die solche Untersuchungen durchführen, darunter zwei Praxen mit geräteeigenen und kassenzentralen Röntgen, ein halboffenes MRT in Viernheim und ein offenes MRT in Heidelberg.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und begründet.

Der Bescheid der Beklagte vom 5. März 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. August 2020 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch auf Erstattung von 349,73 € für die Untersuchung in einem offenem MRT.

Rechtsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch des Klägers ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Var. SGB V. Danach hat die Krankenkasse, soweit sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dadurch dem Versicherten für die

selbstbeschaffte Leistungskosten entstanden sind, diese in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Kostenerstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als der Sachleistungsanspruch den er ersetzt; nicht als Sachleistung geschuldete Leistungen können deshalb nicht im Wege der Kostenerstattung verlangt werden (Müller, Basiswissen Gesetzliche Krankenversicherung S.75).

Beachtlich ist daher grundsätzlich, dass gem. [Â§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte nur im Notfall in Anspruch genommen werden. Ein Notfall in diesem Sinne liegt vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss (so auch Bundessozialgericht – BSG, Urteil vom 25. September 2000 – [B 1 KR 5/99 R](#) Rn. 16). Ein solcher Notfall lag hier gerade nicht vor. Wie der Behandlungsverlauf zeigt, konnte der Kläger zumindest einige Tage bis zur Untersuchung zuwarten.

Die Beklagte hat auch zutreffend angeführt, dass der Kläger keine Kostenerstattung gem. [Â§ 13 Abs. 2 S. 1-4 SGB V](#) gewährt hatte. Sie hat die Leistung auch nicht gem. [Â§ 13 Abs. 3 S. 1](#) Var. 2 SGB V zu Unrecht abgelehnt. Gem. [Â§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip, die Sachleistungen werden von zugelassenen Vertragsärzten erbracht. Das Deutsche Schmerzzentrum Darmstadt gehört nicht zu diesen zugelassenen Ärzten, es gibt aber für die fragliche MRT-Untersuchung zugelassene Ärzte, wie sich aus der Aufzählung der Beklagten vom 09.12.2020 ergibt, sodass die Ablehnung nicht von vorneherein zu Unrecht erfolgt ist.

Eine Begründung der Pflicht zur Kostenübernahme mit dem richterrechtlich entwickelten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch scheidet ebenfalls aus, da dieser vor dem Hintergrund der abschließenden Regelung des [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ausgeschlossen ist (st. Rspr. des BSG, vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2007 – [B 1 KR 14/07 R](#); Müller, Basiswissen Gesetzliche Krankenversicherung S. 70).

Allerdings kann der Kläger hier dennoch seinen Anspruch auf [Â§ 13 Abs. 3 S. 1](#) Var. 1 SGB V stützen.

Das MRT der Lendenwirbelsäule war unaufschiebbar im Sinne von [Â§ 13 Abs. 3 S. 1](#) Var. 1 SGB V. Es war so dringlich, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr bestand, um vor der Durchführung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (s. zur Definition: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht Werkband: 113. EL März 2021, Schifferdecker, [Â§ 13 SGB V](#), Rn. 74 m.w.N.). Der Kläger war nach dem Schmerzereignis vom 01.03.2020 auf eine rasche Untersuchung angewiesen. Er hat sich um das Auffinden einer Praxis mit kassenärztlicher Zulassung und sodann um eine Zusage der Kostenerstattung vor Vornahme der Untersuchung bemüht. Angesichts der aufgetretenen Schmerzen bestand für ihn keine Möglichkeit weiteren Zuwartens, zumal ihm die Beklagte lediglich die Ablehnungsentscheidung und keine weitere Hilfe zur Findung einer zugelassenen Praxis übermittelte.

Die Beklagte konnte die streitgegenständliche Leistung, nämlich ein MRT der

LendenwirbelsÄxule in einem offenen MRT, nicht rechtzeitig erbringen.Ä

GrundsÄxztlich bestimmt sich die FÄxhigkeit der Krankenkasse, unaufschiebbare Leistungen zu erbringen, nach objektiven Kriterien (BSG, Urteil vom 2. November 2007 â□□ [B 1 KR 14/07 R](#) Rn. 26). Objektiv war es der Beklagten mÄxglich, bspw. in der ATOS-Klinik in Heidelberg, die Leistung eines offenen MTR mit Kassenzulassung zu erbringen.

Bei objektiver LeistungsmÄxglichkeit der Krankenkasse, ist es grundsÄxztlich unerheblich, dass der Versicherte keine Kenntnis von einer konkreten LeistungsmÄxglichkeit hat, solange er sich nicht bei seiner Krankenkasse erkundigt hat (BSG, Urteil vom 2. November 2007 â□□ [B 1 KR 14/07 R](#) Rn. 26).

Trotz objektiv bestehender VersorgungsmÄxglichkeit kann dennoch im Einzelfall von einer unaufschiebbaren Leistung auszugehen sein, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn eine Fehlinformation der Krankenkasse dazu gefÄxhrt hat, dass der Versicherte die objektiv verfÄxgbare Leistung subjektiv fÄxr nicht verfÄxgbar hÄxlt und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt (BSG, Urteil vom 2. November 2007 â□□ [B 1 KR 14/07 R](#) Rn. 27). Dazu ist noch nicht ausreichend, dass der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer sucht, aber nicht findet, sondern es ist erforderlich, dass die Krankenkasse einen irrefÄxhrenden Hinweis erteilt oder eine gebotene Beratung unterlÄxsst und dadurch bewirkt, dass der Versicherte eine vorhandene Leistung nicht in Anspruch nehmen kann (BSG, Urteil vom 2. November 2007 â□□ [B 1 KR 14/07 R](#) Rn. 28; Hessisches LSG, Urteil vom 21. Oktober 2004 â□□ L 1 KR 554/91).

Ein solcher Fall liegt hier vor. Der KlÄxger ist nach dem Kontakt mit der Beklagten subjektiv davon ausgegangen, dass ein offenes MRT als Kassenleistung nicht verfÄxgbar war. Nachdem er selbst recherchiert hatte und kein zugelassenes offenes MRT gefunden hatte, beantragte er bei der Beklagten die Äxbernahme der Kosten fÄxr ein von der KassenÄxrtzlichen Vereinigung nicht zugelassenes MRT, da er annahm, dass die MÄxglichkeit eines von der gesetzlichen Krankenkasse zugelassenen offenen MRT nicht bestand.

Der Hinweis der Beklagten im Bescheid vom 5. MÄxrz 2020, der KlÄxger kÄxnne bei psychischen Problemen in einem geschlossenen MRT diese Untersuchung in einer Vertragspraxis unter Sedierung vornehmen lassen, war geeignet, beim KlÄxger den Eindruck zu erwecken, es gebe keine VertragsÄxrzte, die ein offenes MRT zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchfÄxhren. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass der KlÄxger in seiner Mail vom 5. MÄxrz 2020 ausdrÄxcklich geschildert hatte, dass in der Vergangenheit auch ein geschlossenes MRT unter Sedierung gescheitert war. Nachdem er das berichtet hatte, durfte der KlÄxger erwarten, dass ihn die Beklagte Äxber die MÄxglichkeit eines zugelassenen offenen MRT aufklÄxren wÄxrde, wenn ein solches in zumutbarer Entfernung verfÄxgbar wÄxre.

Gem. [Ä§ 14 S. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch â□□ Allgemeiner Teil (SGB I) besteht ein Anspruch auf Beratung Äxber Rechte und Pflichten nach dem SGB. ZustÄxndig

für die Beratung sind gem. [§ 14 S. 2 SGB I](#) die Leistungsträger, gegenüber denen die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Vorliegend traf daher die Beklagte als zuständige Leistungsträgerin eine Aufklärungspflicht gegenüber dem Kläger. Dabei musste sie dem Kläger nicht nur ausdrücklich gestellte Fragen beantworten, sondern ihn im Sinne einer sog. Spontanberatung auch auf naheliegende Möglichkeiten hinweisen (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 2010 – [B 1 KR 31/09 R](#) Rn. 19 m.w.N.). Danach ist der Leistungsträger unabhängig von einem konkreten Beratungsbegehren gehalten bei Vorliegen eines konkreten Anlasses auf klar zu Tage tretende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmäßig aufdrängen und von jedem verständigen Versicherten mutmaßlich genutzt würden.

Aus dem Antrag des Klägers aus den beiden Emails vom 5. März 2020 war erkennbar, dass er keine Kenntnis von der Möglichkeit der Durchführung eines offenen MRT in der vertragsärztlich zugelassenen ATOS-Klinik Heidelberg hatte. Am Antrag vor Durchführung des MRT wurde deutlich, dass der Kläger bemüht war, die Durchführung des MRT über die gesetzliche Krankenkasse regulär zu erreichen. Er fragte zwar nicht ausdrücklich nach kassenärztlich zugelassenen offenen MRTen in der Umgebung, da er nach seiner erfolglosen Recherche davon ausging es gebe keine, aber der zuständige Sachbearbeiter der Beklagten konnte ohne Weiteres erkennen, dass hier ein Aufklärungsbedarf bestand. Die Beklagte wäre deshalb verpflichtet gewesen, von sich aus und in der gebotenen Eile Vertragsbehandler zu benennen (so auch Hessisches LSG, Urteil vom 21. Oktober 2004 – [L 1 KR 554/91](#)).

Es gibt keinen sachlichen Grund dafür, warum es der Beklagten im Schriftsatz vom 9. Dezember 2020 möglich war, eine Liste mit Vertragsärzten, die ein über offenes oder halboffenes MRT oder eine größere Röhre verfügen, vorzulegen, nicht aber dem Kläger auf seinen Antrag hin. Indem sie eine entsprechende Information des Klägers unterließ, hat die Beklagte ihre Beratungspflichten aus [§ 14 SGB I](#) verletzt. Aufgrund des Verschummnisses der Beklagten ist ausnahmsweise davon auszugehen, dass sie die Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Gem. [§ 13 Abs. 3 S. 2 aE SGB V](#) sind dem Kläger die Kosten für das MRT in der entstandenen Höhe von EUR 349, 73 zu erstatten. Die Untersuchung im offenen MRT war zur Überzeugung der Kammer wegen der nachgewiesenen Klaustrophobie des Klägers notwendig. Eine zeitnahe Untersuchung war nach Lage der Akten wegen seiner Schmerzen seit dem 1. März 2020 notwendig. Die MRT-Untersuchung im Deutschen Schmerzzentrum Darmstadt wurde in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft und die MRT-Richtlinien der Krankenkassen durchgeführt. Dazu, dass die Leistung aus anderen Gründen nicht notwendig gewesen wäre, hat die Beklagte nichts vorgetragen. Anhaltspunkte für andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts ergeben sich auch nicht aufgrund der Aktenlage. Die Kammer musste sich deshalb nicht zu weiteren medizinischen Ermittlungen gedrängt sehen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Erstellt am: 10.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024