

Ganzkörper-MRT als Präventions- oder Zusatzleistung

Einordnung vor einer Leistungsentscheidung

Adressat: Produktmanagement Zusatzversicherung · Stand September 2026

Entscheidungsfrage

Trägt die derzeitige Evidenz die Aufnahme von Ganzkörper-MRT-Screening als Präventions- oder Zusatzleistung für asymptomatische Versicherte mit durchschnittlichem Risiko – und welche Aussagegrenzen, Folgeprozesse und Leistungsmodelle sollten vor einer solchen Entscheidung geklärt sein?

Kurzfazit

Tragfähig. Ganzkörper-MRT findet bei asymptomatischen Personen zusätzliche Befunde, darunter vereinzelt Malignome. Für bestimmte definierte Hochrisikokonstellationen, etwa bei pathogenen TP53-Varianten, ist der Einsatz Bestandteil strukturierter Überwachungsprotokolle.

Nur unter Bedingungen tragfähig. Ein Einsatz in klar umgrenzter Population, mit vorab definiertem Nutzenendpunkt, verbindlichem Abklärungspfad und begrenzter Laufzeit.

Derzeit nicht ausreichend tragfähig. Eine breite Aufnahme für asymptomatische Versicherte mit durchschnittlichem Risiko, begründet mit gesundheitlichem Nutzen, Mortalitätsreduktion oder Wirtschaftlichkeit.

Tesera ordnet ein. Keine medizinische Beratung, keine Anbieterbewertung, kein Ranking, keine Freigabe von Claims.

1 · Ansatz und Claim

Der Ansatz. Mehrregionale MRT-Untersuchung ohne ionisierende Strahlung. Protokolle, Sequenzen und abgedeckte Organsysteme unterscheiden sich zwischen Studien und Angeboten erheblich. “Ganzkörper-MRT” bezeichnet damit keine einheitlich definierte Leistung.

Der Claim. Früherkennung klinisch relevanter Erkrankungen bei Menschen ohne Symptome, idealerweise bevor diese manifest werden. In der Vermarktung häufig verbunden mit Aussagen zu Sicherheit, zeitlichem Vorsprung oder gewonnener Lebenszeit.

Die Ebene, auf der der Claim ruht. Die verfügbare Literatur belegt überwiegend diagnostische Ausbeute und Zufallsbefunde. Testeffizienz, klinische Utility und Kosteneffektivität einer breiten Anwendung sind nicht etabliert. [3]

2 · Tragfähige Aussage

Detektion ist belegt, in bekannter Größenordnung. Eine systematische Übersicht mit Meta-Analyse über 10 Studien und 9.024 asymptomatische Personen weist eine gepoolte Rate bestätigter Krebsdiagnosen von 1,57 Prozent aus (95-Prozent-Konfidenzintervall 1,22 bis 2,03). Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien wurde mit moderatem bis erheblichem Verzerrungsrisiko bewertet. [2]

Zufallsbefunde sind häufig – und in ihrer Häufigkeit selbst unsicher. Eine systematische Übersicht über 12 Studien und 5.373 asymptomatische Personen ergab eine gepoolte Prävalenz kritischer und unklarer Zufallsbefunde von 32,1 Prozent (Konfidenzintervall 18,3 bis 50,1). Verifiziert wurde ein gepoolter Anteil von 12,6 Prozent; der Anteil falsch-positiver Befunde lag bei 16,0 Prozent (Konfidenzintervall 1,9 bis 65,8). Keine der eingeschlossenen Studien berichtete eine Langzeitverifikation negativer Befunde. [1]

Die Breite dieser Intervalle ist selbst ein Befund. Wie häufig Zufallsbefunde auftreten, hängt stark von Protokoll und untersuchter Population ab. Eine Planungsgröße für einen Leistungsbestand lässt sich daraus nicht ableiten.

In definierten Hochrisikogruppen ist der Einsatz etabliert. Für Trägerinnen und Träger pathogener TP53-Varianten empfiehlt ein britischer Konsens der klinischen Genetik eine jährliche Ganzkörper-MRT als Teil eines strukturierten Überwachungsprotokolls. [4] Dies ist ein fachlich etablierter Einsatz in einer spezifischen Hochrisikokonstellation – und zugleich die Stelle, an der die Übertragbarkeit auf Durchschnittsrisiko endet.

3 · Die Nutzenkette

Zwischen einem entdeckten Befund und einem gesundheitlichen Nutzen liegen fünf Schritte. Jeder davon ist eine eigene empirische Frage, keine Folge des vorherigen.

- 1 Ein Befund wird entdeckt.
- 2 Der Befund ist klinisch relevant.
- 3 Er wird korrekt bestätigt.
- 4 Er ist wirksam behandelbar.
- 5 Die Behandlung führt zu einem besseren patientenrelevanten Ergebnis.

Wo die Evidenz endet. Belegt sind Schritt 1 und, mit Einschränkungen, die Schritte 2 und 3. Für Schritt 5 liegen bei Populationen mit durchschnittlichem Risiko keine Daten vor. Der Claim setzt Schritt 5 voraus, ohne ihn zu zeigen.

4 · Aussagegrenze

- Eine Detektionsrate ist ein diagnostischer Endpunkt. Ein Nutznachweis ist sie nicht.
- Ergebnisse aus Hochrisiko-Settings gelten nicht für Populationen mit durchschnittlichem Risiko.
- Protokolle unterscheiden sich; Ergebnisse einzelner Studien sind nur begrenzt auf ein konkretes Angebot übertragbar.
- Es fehlen Langzeitverifikation negativer Befunde sowie Daten zu Kosteneffektivität und Überlebensendpunkten. [1, 2, 3]
- Eine Veränderung der Detektionsrate belegt für sich genommen keine Veränderung der Krankheitslast.

5 · Was für eine Aufnahme spricht – und wo das Argument endet

Ein Test statt vieler. Ein Verfahren, das mehrere Organsysteme gleichzeitig erfasst, kann den Aufwand mehrerer Einzeluntersuchungen verringern. Das Argument endet daran, dass die Ersetzbarkeit organspezifischer Programme bislang nicht gezeigt ist.

Keine Strahlenbelastung. Gegenüber CT-basierten Ansätzen entfällt die ionisierende Strahlung. Das Argument endet daran, dass der relevante Schaden hier nicht die Strahlung ist, sondern die Abklärungskaskade nach unklaren Befunden.

Die Nachfrage ist real und wird andernorts bedient. Versicherte fragen solche Leistungen aktiv nach, teils über Wettbewerber oder Selbstzahlerangebote. Das ist ein Markt-, kein Evidenzargument. Es kann eine Produktentscheidung begründen, trägt aber keine Aussage über gesundheitlichen Nutzen.

6 · Fünf Punkte vor einer Leistungsentscheidung

Selbstselektion der Nachfrage. Wer eine solche Leistung aktiv nachfragt, unterscheidet sich in der Regel von der Population der zugrunde liegenden Studien. Befundhäufigkeit, Abklärungsbedarf und Folgekosten können sich entsprechend verschieben. Dies ist ein Hinweis auf eine Grenze der Übertragbarkeit, keine versicherungsmathematische Bewertung.

Abklärungspfad und Zuständigkeit. Wer bestätigt, kommuniziert, verantwortet und finanziert die Abklärung eines unklaren Befundes? Ohne definierten Pfad entstehen Aufwand und Verantwortung außerhalb des Tarifs, häufig bei Dritten.

Verhältnis zu etablierten Programmen. Zusatz oder Ersatz? Unterschiedliche Protokolle erfassen relevante Erkrankungen unterschiedlich gut; eine Ablösung bestehender organspezifischer Vorsorge ist nicht gedeckt.

Nutzenendpunkt vorab definieren. Woran soll Erfolg gemessen werden: Detektion, Stadium bei Diagnose, Morbidität, Mortalität, Lebensqualität oder Kundenbindung? Wird das erst nachträglich festgelegt, ist jede Auswertung interpretierbar.

Kommunikationsgrenze gegenüber Versicherten. Welche Aussagen sind gegenüber Versicherten tragfähig? Die Detektionsleistung darf beschrieben werden; ein gesundheitlicher Nutzen für Personen mit durchschnittlichem Risiko derzeit nicht.

7 · Vier Leistungsmodelle

A · BREITE AUFNAHME Erstattung für asymptomatische Versicherte mit durchschnittlichem Risiko. Setzt einen Nutzenbeleg für genau diese Population voraus, der derzeit nicht vorliegt.	B · RISIKOSELEKTIVER EINSATZ Erstattung nur bei definierten Risikokonstellationen. Setzt eine belastbare Definition der Gruppe und den Anschluss an bestehende fachliche Empfehlungen voraus.	C · BEGRENZTER EINSATZ MIT AUSWERTUNG Umgrenzte Population, vorab definierter Endpunkt, verbindlicher Abklärungspfad, festgelegte Laufzeit und Abbruchkriterium.	D · KEINE AUFNAHME Priorisierung etablierter Vorsorge- und Präventionsleistungen; Beobachtung der Evidenzentwicklung.
--	---	--	---

Tesera entscheidet nicht zwischen diesen Modellen. Sie unterscheiden sich in Population, Evidenzanforderung, Verantwortung für die Abklärung und akzeptierter Unsicherheit.

8 · Konsequenz für die Leistungsaufnahme

TRAGFÄHIG – Ganzkörper-MRT als technisch leistungsfähiges Detektionsverfahren einordnen. – Häufigkeit von Zufallsbefunden und deren Abklärungsbedarf benennen. – Einsatz in definierten Hochrisikogruppen als etabliert darstellen. – Leistungsmodelle nach Population, Endpunkt und Verantwortung unterscheiden.	NUR UNTER BEDINGUNGEN TRAGFÄHIG – Aufnahme für eine klar umgrenzte Population statt für den Gesamtbestand. – Aufnahme mit vorab definiertem Nutzenendpunkt und begrenzter Laufzeit. – Aufnahme mit verbindlich geregelter Abklärungspfad und geklärter Kostenträgerschaft. – Kommunikation, die Detektion beschreibt, ohne Nutzen zu behaupten.	DERZEIT NICHT AUSREICHEND TRAGFÄHIG – Breite Aufnahme für asymptomatische Versicherte mit durchschnittlichem Risiko, begründet mit gesundheitlichem Nutzen. – Aussage einer Mortalitätsreduktion durch allgemeines Screening. – Annahme der Kosteneffektivität einer breiten Anwendung. – Gleichsetzung von mehr gefundenen Befunden mit besserer Prävention. – Ersatz etablierter organspezifischer Screeningprogramme.
--	--	--

Für die Leistungsentscheidung ist damit weniger die Frage zentral, ob Ganzkörper-MRT etwas findet. Zentral ist, ob das zusätzliche Finden in der vorgesehenen Population zu einem nachweisbaren Nettotonutzen führt – und wer die Folgen trägt, solange dieser Nachweis aussteht.

9 · Was eine auftragsbezogene Einordnung ergänzt

Diese Beispieleinordnung arbeitet ohne Kenntnis eines konkreten Bestands. Ein beauftragtes Executive Dossier ergänzt:

- die konkrete Zielpopulation und die Leistungslogik des Kostenträgers
- zwei bis vier realistische Vergleichsoptionen im vorgesehenen Anwendungskontext

- die Claims der konkret in Frage kommenden Anbieter und deren Evidenzbezüge
- Abklärungspfad, offene Klärungspunkte und benennbare Entscheidungsrisiken
- ein Ergebnisgespräch von 30 bis 45 Minuten sowie eine kurze Folgeeinordnung relevanter neuer Evidenz

Quellen

- 1 Kwee RM, Kwee TC. Whole-body MRI for preventive health screening: a systematic review of the literature. *J Magn Reson Imaging*. 2019;50(5):1489–1503. doi:10.1002/jmri.26736. PMID 30932247. 12 Studien, 5.373 asymptomatische Personen; gepoolte Prävalenz kritischer und unklarer Zufallsbefunde 32,1 %; verifiziert 12,6 %; falsch-positiv 16,0 %; keine Langzeitverifikation negativer Befunde.
- 2 Martins da Fonseca J, Trennepohl T, Pinheiro LG et al. Whole-body MRI for opportunistic cancer detection in asymptomatic individuals: a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2026;36(3):1813–1823. doi:10.1007/s00330-025-11976-5. PMID 40884613. 10 Studien, 9.024 Personen; gepoolte Rate bestätigter Krebsdiagnosen 1,57 % (KI 1,22–2,03); unstandardisierte Protokolle; fehlende Daten zu Langzeitergebnis und Kosteneffektivität.
- 3 Dai KZ, Jambawalikar SR, Kang SK. Whole-body MRI screening of average risk populations: promises and controversies. *J Magn Reson Imaging*. 2026;63(5):1217–1223. doi:10.1002/jmri.70268. PMID 41792025. Übersichtsarbeit: Testeffizienz, klinische Utility und Kosteneffektivität einer breiten Einführung bei Durchschnittsrisiko sind nicht etabliert.
- 4 Hanson H, Brady AF, Crawford G et al. UKCGG Consensus Group guidelines for the management of patients with constitutional TP53 pathogenic variants. *J Med Genet*. 2021;58(2):135–139. doi:10.1136/jmedgenet-2020-106876. PMID 32571901. Konsensempfehlung: jährliche Ganzkörper-MRT als Teil eines strukturierten Überwachungsprotokolls bei definierter Hochrisikogruppe.

Fachliche Stellungnahme

American College of Radiology. *ACR statement on screening total body MRI*. 17. April 2023.
Stellungnahme einer Fachgesellschaft; **kein Evidenzbeleg und kein PubMed-Eintrag**. Sie dokumentiert die fachliche Position, dass für Ganzkörper-Screening bei asymptomatischen Personen ohne Risikofaktoren keine ausreichende Evidenz für einen gesundheitlichen Nutzen vorliegt.

Methodischer Hinweis

Diese Einordnung ist ein Beispiel für die Tesera-Arbeitsweise, kein Health Technology Assessment. Sie ersetzt weder klinische Leitlinienarbeit noch juristische, gesundheitsökonomische oder versicherungsmathematische Bearbeitung. Tesera bewertet keine Anbieter und gibt keine Claims frei. Neue Evidenz kann eine frühere Einordnung verändern.

Kontakt: carola.phillips@tesera-health.com · tesera-health.com