

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Informationen zum Mammographie-Screening bei privat krankenversicherten Frauen für die betroffenen Frauen und die das Screening durchführenden Ärzte

Häufig gestellte Fragen und Antworten

1. Haben privat krankenversicherte Frauen Anspruch auf das Mammographie-Screening?

Das Mammographie-Screening ist ein gesetzlich eingeführtes Vorsorgeprogramm, so dass gemäß § 1 Absatz 2 Nr. b der Musterbedingungen 1994 (Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 94)) privat krankenversicherte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf diese Leistung zu Lasten des jeweiligen privaten Krankenversicherers haben.

2. Wie werden privat krankenversicherte Frauen zum Mammographie-Screening eingeladen?

Die Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden anhand der Daten der Einwohnermeldeämter identifiziert. Den Einwohnermeldeämtern ist zwangsläufig (Datenschutz) unbekannt, ob eine Frau gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Die Einwohnermeldeämter geben die Adressen an sog. zentrale Stellen. Diese zentralen Stellen richten die schriftlichen Einladungen zusammen mit Informationsmaterialien über das Screening gleichermaßen an die gesetzlich wie an die privat krankenversicherten Frauen.

3. Welche Bedeutung haben die Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses?

Die Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses legen das Verfahren des Mammographie-Screenings im Detail fest. Das Verfahren gilt für privat krankenversicherte Frauen gleichermaßen wie für gesetzlich versicherte Frauen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass privat krankenversicherte Frauen Anspruch auf dieselben Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings haben wie gesetzlich versicherte Frauen.

4. Wer darf das Mammographie-Screening durchführen?

Zur Organisation, Koordination und Überwachung der Durchführung der Maßnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine gemeinsame Einrichtung, die "Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung" (Kooperationsgemeinschaft) gebildet. Das Mammographie-Screening dürfen nur Ärzte in sog. Screeningeinheiten durchführen, die von der

“Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung” ausdrücklich dazu autorisiert wurden. Dazu müssen die Ärzte bestimmte Qualifikations- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Beschränkung gilt für gesetzlich und privat krankenversicherte Frauen gleichermaßen. Privat krankenversicherte Frauen dürfen das Mammographie-Screening also nicht bei einem Arzt der eigenen Wahl durchführen lassen.

5. Wie werden die einladenden zentralen Stellen finanziert?

Die Kosten der zentralen Stellen werden entsprechend der Anteile an der Zahl der Versicherten von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gemeinsam finanziert. Darüber haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag geschlossen. Das bedeutet: Die das Mammographie-Screening in Anspruch nehmenden Frauen und die die Screening-Untersuchungen durchführenden Ärzte werden von diesen Kosten nicht berührt.

6. Wie werden die “Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung” und die dazu gehörenden Referenzzentren finanziert?

Der auf die privat krankenversicherten Frauen, die das Mammographie-Screening in Anspruch nehmen, entfallenden Kosten der “Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung” und der dazu gehörenden Referenzzentren werden vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in Form einer anteiligen Pauschale finanziert. Darüber haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag geschlossen. Das bedeutet: Die das Mammographie-Screening in Anspruch nehmenden Frauen und die die Screening-Untersuchungen durchführenden Ärzte werden von diesen Kosten nicht berührt. Diese Regelung weicht von derjenigen für gesetzlich versicherte Frauen ab: Während der am Mammographie-Screening mitwirkende Arzt für jede teilnehmende gesetzlich versicherte Frau einen bestimmten Betrag abführt (der von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung einbehalten wird), fällt ein solcher Betrag bei privat krankenversicherten Frauen nicht an. Der am Mammographie-Screening mitwirkende Arzt wird also bei privat krankenversicherten Frauen nicht zu einem Beitrag zur Finanzierung der “Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung” und der dazu gehörenden Referenzzentren herangezogen.

7. Wie wirkt sich die Teilnahme am Mammographie-Screening ggf. auf Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen aus?

Hat eine privat krankenversicherte Frau in ihrem privaten Krankenversicherungsvertrag einen Selbstbehalt vereinbart, so hat sie die im Rahmen des Mammographie-Screenings anfallenden Kosten bis zur Höhe des Selbstbehaltes selbst zu tragen. Wenn gemäß § 1 Absatz 2 Nr. b der Musterbedingungen 1994 grundsätzlich Anspruch auf die Erstattung der Kosten des Mammographie-Screenings besteht, so gilt dennoch der individuelle Krankenversicherungsvertrag. Wenn also dieser individuelle Vertrag einen Selbstbehalt vorsieht, so gilt er auch für die Teilnahme am Mammographie-Screening. Entsprechendes gilt für im individuellen Vertrag ggf. vereinbarte Beitragsrückerstattungen für den Fall, dass in einem Jahr keine Leistungen der privaten Krankenversicherung in Anspruch genommen wurden.

8. Wie werden die ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings abgerechnet?

Der Arzt stellt der privat krankenversicherten Frau seine Leistungen wie gesetzlich vorgeschrieben gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. Der Arzt darf aber nur diejenigen Leistungen in Rechnung stellen, die die Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich vorsehen. Wünscht die zum Mammographie-Screening eingeladene privat krankenversicherte Frau im zeitlichen Zusammenhang mit der Screening-Untersuchung darüber hinausgehende Leistungen, so sind dies Verlangensleistungen (§ 1 Absatz 2 GOÄ). Der Arzt hat die privat krankenversicherte Frau darauf

hinzuweisen, dass es sich ggf. um Verlangensleistungen handelt, für die grundsätzlich kein Erstattungsanspruch gegenüber dem jeweiligen privaten Krankenversicherer besteht. Der Arzt hat die Verlangensleistungen in seiner Rechnung entsprechend zu kennzeichnen. Die privat krankenversicherte Frau hat die Rechnung zu begleichen. Sie kann die Rechnung zur Kostenerstattung ihrer privaten Krankenversicherung vorlegen, die die Kosten gemäß der Bedingungen des individuellen Krankenversicherungsvertrages erstatten wird, jedoch nicht die Kosten etwaiger Verlangensleistungen.

9. Welche Gebührenordnungspositionen kommen für das Mammographie-Screening in Frage?

Bei privat krankenversicherten Frauen (und jeglichen Selbstzahlern) hat der Arzt nach geltendem Recht seine Leistungen gemäß GOÄ in Rechnung zu stellen. Dies gilt auch für das Mammographie-Screening. Bei der Rechnungslegung ergibt sich das Problem, dass einige der im Rahmen des Mammographie-Screenings möglichen Leistungen in der GOÄ nicht in originären Gebührenpositionen abgebildet sind, so dass sie im Wege des Analogabgriffs in Rechnung zu stellen sind. Gemäß § 6 Absatz 2 GOÄ: „können selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden“. Dieser Vorschrift folgend hat der Arzt den Analogabgriff vorzunehmen.

Im Einzelfall kann es zwischen Arzt und privatem Krankenversicherer zu divergierenden Einschätzungen kommen, welcher Analogabgriff der Vorschrift des § 6 Absatz 2 GOÄ am ehesten gerecht wird. Um solchen divergierenden Einschätzungen vorzubeugen, werden unten Vorschläge für den Analogabgriff beispielhafter Leistungen, die im Rahmen des Mammographie-Screenings anfallen, gemacht.

Gemäß § 5 Absatz 2 GOÄ „sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen innerhalb des Gebührenrahmens zu bestimmen“. Da es sich beim Mammographie-Screening um Untersuchungen grundsätzlich an gesunden Frauen handelt, sind für die diagnostischen Maßnahmen keine besonderen Erschwernisse zu erwarten, die ein Überschreiten des sog. Schwellenwertes rechtfertigen könnten.

Für das Mammographie-Screening im engeren Sinne, für das bei Kassenpatienten die EBM-Ziffern 1750 und 1751 stehen, ist die Abrechnung der Ziffer 5266 x 2 (94,42 €) einschlägig, bei digitaler Mammographie ggf. zusätzlich der Zuschlag gemäß Nr. 5298 (13,12 €). Der/die kooperierende/n Befunder rechnet/rechnen jeweils analog Ziffer 60 GOÄ (16,09 €) ab. Die Teilnahme an einer aufgrund der Richtlinien notwendigen Konsensuskonferenz wird durch den programmverantwortlichen Arzt (PVA) und den/die kooperierenden Befunder jeweils analog Ziffer 60 GOÄ (16,09 €) abgerechnet.

Bei auffälligen Befunden der Mammographie werden je Sitzung im Sinne der GOÄ abgerechnet:

- für die Palpation Ziffer 7 GOÄ (21,45 €),
- für die Sonographie Ziffer 418 GOÄ (28,15 €), falls nur eine Brustdrüse untersucht wurde, und die Ziffer 420 GOÄ (10,72 €), falls auch die zweite Seite untersucht wurde; wurden auch die supraklavikulären Lymphknoten untersucht, so wird dies mit dem Multiplikator abgebildet,
- für ergänzende Mammographie-Aufnahmen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Ziffer 5266, ggf. bei Abklärung beider Seiten x 2 sowie bei ggf. ergänzenden Spezial-Aufnahmen die Ziffer 5267 (jeweils 15,70 €) ab, bei digitaler Mammographie ggf. zusätzlich den Zuschlag gemäß Nr. 5298 (13,12 €),
- für die stereotaktische Stanzbiopsie bzw. Vakuumbiopsie Ziffer 314 GOÄ (16,09 €) je entnommenem Gewebezylinder, ggf. zusätzlich Nr. 490 für die Lokalanästhesie,
- für die Stanzbiopsie unter sonographischer Kontrolle die Ziffer 314 GOÄ (16,09 €) je entnommenem Gewebezylinder, ggf. zusätzlich Nr. 490 für die Lokalanästhesie sowie die Ziffer 418 GOÄ analog (28,15 €) und ggf. zusätzlich einmal die Ziffer 420 GOÄ analog (10,72 €),
- für die Röntgenkontrolle während stereotaktischer Biopsie die Ziffer 5266 GOÄ analog (94,42 €, ggf. 2 x bei mehrfachen Kontrollen) und ggf. zusätzlich die Ziffer 5267 GOÄ analog (15,73 €), bei digitaler Mammographie ggf. zusätzlich den Zuschlag gemäß Nr. 5298 (13,12 €),
- für Beratungen Nr. 1 (10,72 €),

- für die Beratung im Falle, dass die Abklärungsdiagnostik einen pathologischen Befund (Brustkrebs) ergeben hat, Nr. 34 (40,23 €),
- für die Teilnahme an der multidisziplinären Fallkonferenz jeweils die Ziffer 60 GOÄ analog (16,09 €) bei Vorliegen der Voraussetzungen von Ziffer 1758 EBM,
- für die Präparatradiographie Ziffer 5266 GOÄ analog (47,21 €),
- für die histologische Untersuchung einschließlich Aufarbeitung des Biopsiematerials die Ziffer 4810 GOÄ (38,76 €) je eingebetteten Gewebblock bzw. bei speziell angeforderten Zusatzuntersuchungen (Hormonrezeptoren, HER-2/neu) Ziffer 4815 GOÄ analog (46,52 €) je eingebetteten Gewebblock bei Vorliegen der Voraussetzungen der Ziffern 1756 und 1757 EBM,
- für das Einlegen von Markierungen (Klipp, Draht) Ziffer 314 GOÄ analog (16,09 €).

Auslagen sind gemäß § 10 GOÄ gegen Vorlage des Beleges erstattungsfähig.

10. Gibt es für Ärzte Möglichkeiten, das Verfahren der Abrechnung der Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings zu erleichtern?

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. betreibt als Tochterunternehmen der MEDICPROOF GmbH (medizinischer Dienst für die privaten Pflegeversicherungen) eine privatärztliche Verrechnungsstelle, die Firma Medcom GmbH (Bonner Straße 324, 50968 Köln, Tel.: 0221-82 33 22-0). Medcom bietet besondere Konditionen im Abrechnungsverkehr zwischen Arzt, Versichertem und Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

Dezember 2006