Häufig gestellte Fragen und Antworten zum Mammographie-Screening

(Stand: Juli 2024)

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

   Das Mammographie-Screening ist ein gesetzlich eingeführtes Vorsorgeprogramm, so dass gemäß § 1 Absatz 2 b) der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) privat krankenversicherte Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf diese Leistung zu Lasten der jeweiligen privaten Krankenversicherung haben.

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

   Die Frauen im Alter von 50 bis 75 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 an Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Die Erweiterung des Mammographie-Screenings für Frauen im Alter von 70 bis 75 ist erst zum 1. Juli 2024 in Kraft getreten. Bevor Frauen ab 70 Jahren automatisch eine Einladung mit Terminvorschlag durch die Zentrale Stelle angeboten werden kann, sind noch umfangreiche Vorbereitungen in der Organisation notwendig. Frauen im Alter von 70 bis 75 Jahren können sich aber bei den sogenannten Zentralen Stellen für einen Untersuchungstermin anmelden. Die Kontaktdaten der regional zuständigen Zentralen Stellen sind auf der Website der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening (KoopG) zu finden: www.mammo-programm.de/de/termin.

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 gleichermaßen für privat wie für gesetzlich versicherte Frauen. Dementsprechend haben privat krankenversicherte Frauen im Rahmen des Mammographie-Screenings Anspruch auf dieselben Leistungen 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 betreiben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband eine gemeinsame Einrichtung – die “Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung". Das Mammographie-Screening dürfen grundsätzlich nur Ärzte in sogenannten Screeningeinheiten durchführen, die von der “Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung" ausdrücklich dazu autorisiert wurden. Dazu müssen die Ärzte bestimmte Qualifikations- und Qualitätsanforderungen erfüllen.

5. Wie werden die zentralen Stellen und die "Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung" finanziert?

Bereits die Einrichtung und der Betrieb der zentralen Stellen, der „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung" und der dazugehörenden Referenzzentren verursachen Kosten. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. haben deshalb Verträge über die Finanzierung geschlossen. Entsprechend der Zahl der versicherten Frauen trägt der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einen Anteil an den Kosten. Das bedeutet: Die das Mammographie-Screening in Anspruch nehmenden Frauen und die die Screening-Untersuchungen durchführenden Ärzte sind von diesen Kosten nicht betroffen.

6. 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 grundsätzlich die im Rahmen des Mammographie-Screenings anfallenden Kosten bis zur Höhe des Selbstbehaltes selbst zu tragen. Gegebenenfalls kann sich das Mammographie-Screening auch auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattungen auswirken. Teilweise werden Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen aber auch vom Selbstbehalt ausgenommen, so dass in diesen Tarifen keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt. Beitragsrückerstattungen können ebenfalls je nach Tarif erfolgen, auch wenn Vorsorgeuntersuchungen wie das Mammographie-Screening in Anspruch genommen wurden.

7. 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. Die privat krankenversicherte Frau hat die Rechnung zu begleichen. Sie kann die Rechnung zur Kostenerstattung ihrer privaten Krankenversicherung vorlegen, die die Kosten gemäß den Bedingungen des individuellen Krankenversicherungsvertrages erstatten wird.

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 diese Verlangensleistungen in seiner Rechnung entsprechend zu kennzeichnen und die privat krankenversicherte Frau darauf hinzuweisen, dass hierfür grundsätzlich kein Erstattungsanspruch gegenüber der jeweiligen privaten Krankenversicherung besteht.

8. Welche GOÄ-Nummern 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 privater Krankenversicherung zu unterschiedlichen 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 grundsätzlich um Untersuchungen an gesunden Frauen handelt, sind für die diagnostischen Maßnahmen keine besonderen Erschwernisse zu erwarten, die ein Überschreiten des sog. Schwellenwertes rechtfertigen könnten.

Folgende GOÄ-Nrn. sind im Rahmen eines Mammographie-Screenings berechnungsfähig:

Das mündliche Aufklärungsgespräch durch den Arzt vor der Mammographie- Screening-Untersuchung ist nach GOÄ-Nr. 1 (10,72 Euro) berechnungsfähig.

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

Bei auffälligen Befunden der Mammographie sind folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- für die Palpation GOÄ-Nr. 7 (21,45 Euro),
- für die Sonografie GOÄ-Nr. 418 (28,15 Euro), falls nur eine Brustdrüse untersucht wurde, und die GOÄ-Nr. 420 (10,72 Euro), 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 GOÄ-Nr. 5266 (47,21 Euro), ggf. bei Abklärung beider Seiten x 2 sowie bei ggf. ergänzenden Spezial-Aufnahmen die GOÄ-Nr. 5267 (jeweils 15,74 Euro), bei digitaler Mammographie ggf. zusätzlich den Zuschlag gemäß GOÄ-Nr. 5298 (8,74 Euro),
- für die Durchführung der Tomosynthese im Rahmen der Abklärungsdiagnostik je Brust die GOÄ-Nrn. 5266 (47,21 Euro), 5267 (15,74 Euro) und der Zuschlag nach GOÄ-Nr. 5298 (8,74 Euro),
- für die stereotaktische Stanzbiopsie bzw. Vakuumbiopsie GOÄ-Nr. 314 (16,09 Euro) je entnommenem Gewebezylinder, ggf. zusätzlich GOÄ-Nr. 490 (8,18 Euro) für die Lokalanästhesie,
- für die Stanzbiopsie unter sonografischer Kontrolle die GOÄ-Nr. 314 (16,09 Euro) je entnommenem Gewebezylinder, ggf. zusätzlich GOÄ-Nr. 490 (8,18 Euro) für die Lokalanästhesie sowie GOÄ-Nr. 418 analog (28,15 Euro) und ggf. zusätzlich einmal GOÄ-Nr. 420 analog (10,72 Euro),
- für die Röntgenkontrolle während stereotaktischer Biopsie die GOÄ-Nr. 5266 analog (47,21 Euro, ggf. 2 x bei mehrfachen Kontrollen) und ggf. zusätzlich GOÄ-Nr. 5267 analog (15,74 Euro), bei digitaler Mammographie ggf. zusätzlich der Zuschlag gemäß GOÄ-Nr. 5298 (8,74 Euro),
- für Beratungen GOÄ-Nr. 1 (10,72 Euro), für die Beratung im Falle, dass die Abklärungsdiagnostik einen pathologischen Befund (Brustkrebs) ergeben hat, GOÄ- Nr. 34 (40,22 Euro),
- für die Teilnahme an der multidisziplinären Fallkonferenz jeweils die GOÄ- Nr. 60 analog (16,09 Euro) bei Vorliegen der Voraussetzungen von Ziffer 1758 EBM,
- für die Präparatradiografie GOÄ-Nr. 5266 analog (47,21 Euro),
- für die histologische Untersuchung einschließlich Aufarbeitung des Biopsiematerials die GOÄ-Nr. 4810 (38,74 Euro) je eingebetteten Gewebeblock

bzw. bei speziell angeforderten Zusatzuntersuchungen (Hormonrezeptoren, HER-2/neu) GOÄ-Nr. 4815 analog (46,92 Euro) je eingebetteten Gewebeblock bei Vorliegen der Voraussetzungen der Ziffern 1756 und 1757 EBM,

- für das Einlegen von Markierungen (Klipp, Draht) GOÄ-Nr. 314 analog (16,09 Euro),
- Auslagen sind gemäß § 10 GOÄ gegen Vorlage des Beleges erstattungsfähig.

9. Gibt es für Ärzte Möglichkeiten, das Verfahren der Leistungsabrechnung im Rahmen des Mammographie-Screenings zu erleichtern?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. betreibt als Tochterunternehmen eine privatärztliche Verrechnungsstelle, die Firma MEDCOM GmbH. MEDCOM bietet besondere Konditionen im Abrechnungsverkehr zwischen Arzt, Versichertem und Unternehmen der Privaten Krankenversicherung.