

Mammographie bei Privatversicherten: Kein Platz für wildes Screening

Die gesetzliche Vorsorgeuntersuchung auf Brustkrebs (Mammographie-Screening) von Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren soll die Sterblichkeit senken und die Lebensqualität verbessern. Derzeit liegt die Teilnahmequote noch unterhalb jener Marke, ab der dieser Nutzen einwandfrei nachweisbar und damit die mit der Untersuchung einhergehende Strahlenbelastung zu rechtfertigen ist. Eine mögliche Zurückhaltung privatversicherter Frauen könnte dabei auch auf die Werbung mancher Ärzte für ein Screening außerhalb des gesetzlichen Programms zurückgehen.

In Deutschland erkranken pro Jahr etwa 55.000 Frauen neu an Brustkrebs, die meisten von ihnen nach dem 50. Lebensjahr; 17.500 Frauen sterben jährlich daran. Seit Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2004 haben Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres Anspruch auf eine zweijährliche Vorsorgeuntersuchung auf Brustkrebs mittels Mammographie. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Anspruch gilt gemäß § 1 Abs. 2 der Musterbedingungen auch für privat krankenversicherte Frauen dieser Altersgruppe. Damit wird dem Willen des Gesetzgebers und dem Gebot des Strahlenschutzes entsprochen, das Mammographie-Screening auf möglichst breiter Basis durchzuführen. Entsprechend werden die Frauen anhand der Daten der Einwohnermeldeämter durch sogenannte zentrale Stellen unabhängig vom Versicherungsstatus zur Screening-Untersuchung eingeladen.

Umsetzung und Finanzierung

Zur Umsetzung und Qualitätssicherung der Untersuchung auf Basis der Europäischen Leitlinien („European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis“) haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 2003 die „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung“ gegründet. Sie organisiert, koordiniert und überwacht bundesweit das Screening-Programm. Dazu betreibt sie fünf Referenzzentren, denen

die inzwischen 83 (von 94 geplanten) zertifizierten Screening-Einheiten zugeordnet sind. Die Screening-Einheiten führen die Untersuchungen durch, den Referenzzentren obliegt im Wesentlichen die Sicherung der Struktur- und Prozessqualität.

An der Finanzierung der zentralen Stellen und der Kooperationsgemeinschaft mit ihren Referenzzentren beteiligt sich der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit einem Anteil entsprechend dem Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung. Andere Kostenträger wie die Beihilfestellen tragen noch nicht zur Finanzierung bei. Die Abrechnung der einzelnen Untersuchung folgt bei gesetzlich Versicherten dem Sachleistungsprinzip.

Bei privatversicherten Frauen werden die Kosten vom Versicherer erstattet, wobei im individuellen Tarif vereinbarte Selbstbehalte sowie mögliche Auswirkungen auf die Beitragsrückerstattung zu berücksichtigen sind. Gegebenenfalls müssen Privatversicherte die gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellten Kosten der einzelnen Screening-Untersuchung ganz oder teilweise selbst tragen. Da in der GOÄ nicht alle im Zusammenhang mit dem Screening anfallenden Leistungen originär enthalten sind, hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Abrechnungshinweise im Internet bereit gestellt (<http://www.derprivatpatient.de/arzt/ambulante-leistungen/frueherkennung-praevention/mammographie-screening.html>).

Steigerungsbedürftige Teilnehmerate

Derzeit unterziehen sich in Deutschland 54 Prozent der eingeladenen Frauen der Screening-Untersuchung. Die Europäischen Leitlinien setzen eine höhere Quote voraus, denn erst ab 70 Prozent Beteiligung ist der Nutzen statistisch zu belegen: Die Brustkrebs-Sterberate sinkt dann nachweislich von vier (ohne) auf drei (mit Screening) von 1.000 Frauen eines Jahrgangs. Nur ein solch signifikanter Rückgang kann die Untersuchung und damit die Strahlenbelastung der Frauen rechtfertigen, von denen ja die überwiegende Mehrheit gesund ist. Schließlich ist die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen ohne medizinisch rechtfertigende Indikation im Grundsatz verboten (§ 80 Strahlenschutzverordnung, § 23 Röntgenverordnung), das gesetzliche Mammographie-Screening bildet eine Ausnahme.

Bei der Ermittlung der Teilnehmerate wird zwischen gesetzlich und privatversicherten Frauen nicht unterschieden. Es wäre bedauerlich, wenn die Quote der Privatversicherten unter dem Durchschnitt läge. Gleichwohl könnte dies zutreffen: Herrührend von inneren Widerständen, weil sich die Frauen im gesetzlichen Einladungs- und Screening-Verfahren zwangsläufig nicht als privatversichert erleben und weil sie nicht vom angestammten Arzt ihres Vertrauens untersucht werden, sondern von der anonymen Screening-Einheit. Ebenfalls zur Zurückhaltung beitragen könnte es, wenn der Arzt des Vertrauens – gleich aus welchen Motiven – Skepsis gegenüber

dem gesetzlichen Screening signalisiert. Dazu trägt aber auch bei, wenn mancherorts offen für die Inanspruchnahme von Mammographie-Screening oder gar MRT (Magnetresonanztomographie)-Screening außerhalb des gesetzlichen Programms oder zusätzlich dazu geworben wird. Diese Empfehlung aus durchsichtigem ökonomischem Interesse ist leider vermehrt zu vernehmen.

Screening außerhalb des Programms

Privat krankenversicherte Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre können Mammographie-Screening nicht außerhalb des Einladungsverfahrens der Kooperationsgemeinschaft in Anspruch nehmen. Die mit der Mammographie verbundene Strahlenexposition ohne rechtfertigende Indikation ist nur vertretbar, wenn sie unter den besonderen Kautelen der Kooperationsgemeinschaft erfolgt. Als Besonderheit wird die damit verbundene und grundsätzlich strafbewehrte Körperverletzung durch Röntgenstrahlen bei Mammographie außerhalb des Einladungsverfahrens der Kooperationsgemeinschaft nicht durch Einwilligung der Frau straffrei; es sei denn, der durchführende Arzt könnte im Detail beweisen, dass er sämtliche Qualitätsanfor-

derungen der Kooperationsgemeinschaft erfüllt (was aus prinzipiellen Gründen scheitern muss).

Sonographie (Ultraschall) ist Bestandteil des Screening-Verfahrens bei auffälligem Mammographie-Befund. Auch bei unauffälligem Mammographie-Befund kann die Frau Sonographie (und MRT) verlangen; der Arzt hat die privat krankenversicherte Frau dann darauf hinzuweisen, dass es sich um Verlangensleistungen handelt, für die grundsätzlich kein Erstattungsanspruch gegenüber dem privaten Krankenversicherer besteht. Der Arzt hat die Verlangensleistungen in seiner Rechnung entsprechend zu kennzeichnen.

Vorsorge außerhalb des Screenings

In den zweijährigen Intervallen zwischen zwei Screening-Untersuchungen sollten sich privat krankenversicherte Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre weiterhin im Sinne der Krebsvorsorge vom Arzt ihres Vertrauens untersuchen lassen. Ergibt sich dabei oder durch Eigenbeobachtung ein auffälliger Befund oder treten Beschwerden der Brust auf, so kann Mammographie neben dem gesetzlichen Screening indiziert sein. Sie wäre dann als medizinisch notwen-

dige Heilbehandlung selbstverständlich vom privaten Krankenversicherungsschutz erfasst.

Frauen außerhalb der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre, die gesund und beschwerdefrei sind, können sich außerhalb des gesetzlichen Verfahrens vorsorglich mittels Mammographie von Ärzten ihrer freien Wahl untersuchen lassen. Schließlich wird international diskutiert, ob das Mammographie-Screening auch für andere Altersgruppen als diejenige, für die diese Untersuchung gesetzlich eingeführt ist, nützlich sein könnte. Da es sich aber um Prävention handelt und diese nicht unter den Schutz der privaten Krankenversicherung fällt – es sei denn, die Präventionsleistung ist gesetzlich eingeführt (was für das Mammographie-Screening bei den 50- bis 69-Jährigen gilt) oder ausdrücklich vereinbart –, können die Frauen hierfür von ihrem privaten Krankenversicherer grundsätzlich keine Kostenerstattung erwarten.

Familiär erhöhtes Risiko

Sofern es sich um Frauen mit – familiär – erhöhtem Brustkrebsrisiko handelt, ist die Konsultation eines der zwölf „Zentren für Familiären Brustkrebs“ ratsam. Die Mehrzahl dieser Zentren hat mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eine Vereinbarung über die Leistungen und ihre Vergütung abgeschlossen, der inzwischen die Mehrzahl der Unternehmen der privaten Krankenversicherung beigetreten ist, so dass Kostenerstattung erfolgt, obwohl diese Vorsorge nicht gesetzlich eingeführt ist.

Das qualitativ hochwertige Mammographie-Screening der Kooperationsgemeinschaft bietet auch bei privat krankenversicherten Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre keinen Raum mehr für ein „dunkles“, „wildes“ Screening. Die wissenschaftliche Grundlage fehlt. Folglich fehlt die strahlenschutzrechtliche Rechtfertigung. *jf*

