

BITTE AN DIE KRANKENKASSE SCHICKEN

Empfänger (Krankenkasse):

.....

Absender (PatientIn):

.....

Antrag auf individuelle Übernahme der Kosten für den ESR1 Test an Liquid Biopsy

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit nach Diagnose eines Östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen lokal fortgeschrittenen oder metastasiertem Brustkrebs in ärztlicher Behandlung. Es ist eine Therapie mit Orserdu® (Elacestrant) vorgesehen.

Elacestrant ist die erste und einzige Therapie, die speziell für die Behandlung von ER+. HER2-Tumoren, die eine ESR1-Mutationen aufweisen, zugelassen ist. ESR1-Mutationen sind erworbene Mutationen, die sich als Folge einer endokrinen Therapie entwickeln und bei bis zu 40 % der Patientinnen mit ER+, HER2- fortgeschrittenem / metastasiertem Brustkrebs auftreten. ESR1-Mutationen sind eine bekannte Ursache für die Resistenz gegen endokrine Standardtherapien und bisher waren Tumore, die diese Mutationen aufweisen, schwieriger zu behandeln.

Die Zulassung der EMA für Elacestrant bedingt eine Untersuchung der ESR1-Mutation aus ctDNA (circulating tumor DNA). Während die ärztliche Behandlungsleistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in der Onkologievereinbarung abgebildet ist und dementsprechend abgerechnet wird, fehlt zum jetzigen Zeitpunkt eine EBM-Ziffer für die ärztliche diagnostische Untersuchung der ESR1-Mutationen aus ctDNA. Bei der Testung der ctDNA aus Blutplasma (Liquid Biopsy) handelt sich um ein bereits etabliertes und gängiges Verfahren. Mit dem Zeitpunkt der EMA-Zulassung des Medikamentes besteht ein Rechtsanspruch auch auf die begleitende Diagnostik (hier Liquid Biopsy).

Der Kostenvoranschlag des Instituts für Molekularpathologie, das den ESR1-Mutationstest aus ctDNA durchführen soll, beläuft sich derzeit auf 682,00 €.

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für die ctDNA-Analyse.

Ich wünsche durch Sie als meine Krankenkasse derzeit keine medizinische Beratung, da diese bereits durch die von mir ausgewählten ÄrztInnen meines Vertrauens erfolgt ist.

Aufgrund des akuten Voranschreitens meiner Tumorerkrankung möchte ich Sie bitten, innerhalb von 5 Werktagen zu entscheiden, da davon die weitere Therapiestrategie abhängt.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift PatientIn
(ggf. gesetzliche Vertretung)

Patientenaufklärung und Kostenübernahme
GKV-Patienten

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient

durch ihre behandelnde Ärztin / ihren behandelnden Arzt wurden sie über die Notwendigkeit der ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant bei Östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors) aufgeklärt.

Erklärung Patientin / Patient:

Bitte führen Sie die genannte Untersuchung durch (Auswahl ankreuzen):

sobald mir, der Patientin / dem Patienten, die Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse vorliegt und ich das molekularpathologische Institut (E-Mail: info@impatho.de, Fax: 0251-375285) darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann.

ODER

sofort nach Eingang des Probenmaterials im Institut für Molekularpathologie. Die Kosten in Höhe von 681,96 € zzgl. Versand- und Transportkosten werden von mir, der Patientin / dem Patienten, als Selbstzahlerleistung getragen.

Der Kostenvoranschlag für diese Untersuchung beläuft sich auf

GOÄ	Anzahl	Leistung	Faktor	Endbetrag
4872 analog	6	ESR1 aus Blut	1,0	681,96 €

zzgl. Versand- und Transportkosten gem. §10 GOÄ.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung verstanden habe. Die oben von meiner verantwortlichen Ärztin / meinem verantwortlichen Arzt genannte Untersuchung möchte ich als Privatpatient in Anspruch nehmen. Dieser Wunsch ist nicht durch meine Ärztin / meinen Arzt beeinflusst worden. Die von mir gewünschte Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Mir ist bekannt, dass die oben genannten Kosten separat berechnet werden und die Kosten des Tests von mir privat zu bezahlen sind. Es handelt sich um eine Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 Abs. 9 BMV-Ä.

.....
Ort / Datum

.....
Name in Druckschrift

.....
Unterschrift Patientin / Patient
(ggf. gesetzlicher Vertreter)