

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Abrechnung: Kostenübernahmeerklärung ESR1-Mutationsanalyse	F
	Version 1.0 / gültig ab 07.12.2023	Seite 1 von 2

1 Inhalt

Empfänger (Krankenkasse):

.....

.....

.....

Absender (Patientin/Patient):

.....

.....

.....

Antrag auf 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.

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

Ich wünsche durch Sie als meine Krankenkasse derzeit keine medizinische Beratung, da diese bereits durch die von mir ausgewählten Ärztinnen / Ärzte 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/Patient
(ggf. gesetzliche Vertretung)

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Abrechnung: Kostenübernahmeerklärung ESR1-Mutationsanalyse	F
	Version 1.0 / gültig ab 07.12.2023	Seite 2 von 2

Institut für Pathologie
 Magdeburger Straße 14
 06112 Halle (Saale)
 Telefon: 0345 557 1281
 Telefax: 0345 557 1295

Patientinnen-/Patientenaufklärung und Kostenübernahme
 GKV-Patientin /Patient

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 pathologische Institut (E-Mail: pathologie@uk-halle.de, Fax: 0345-557 1295) darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann.

ODER

sofort nach Eingang des Probenmaterials im Institut für Pathologie. 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 Plasma	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. gesetzliche Vertretung)
-----------	----------------------	---

2 Archivierung

- gemäß aktuell geltender Qualitätsmanagementvorgaben