



**GKV**

**Empfänger (gesetzliche 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 Kostenvorschlag der Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern, die den ESR1-Mutationstest aus ctDNA durchführen soll, beläuft sich derzeit auf 1.022,94 €.**

**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)