

Kostenerstattungsantrag – mpMRT der Prostata



Anschrift gesetzliche Krankenkasse

Anschrift des/der Versicherten

Antrag auf Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für die leitliniengerechte Durchführung einer multiparametrischen MRT-Untersuchung der Prostata (mpMR-Prostatografie) in der radiologischen Praxis _____ auf Grundlage des beiliegenden Kostenvoranschlags und bitte um zeitnahe schriftliche Genehmigung.

Da bestimmte Krankenkassen bereits einem Selektivvertrag zur mpMRT der Prostata beigetreten sind und somit die Kosten ihrer Versicherten übernehmen, hoffe ich, dass auch Sie diesem Antrag stattgeben.

Der EBM sieht für die Beurteilung der Prostata mittels MRT keine Ziffer vor. Lediglich die GOP 34442 (MRT-Becken) steht hier zur Verfügung. Sie beinhaltet die Darstellung des gesamten Beckens mit Abbildung der Prostata ausschließlich in ihrem zonalen Aufbau. Anhand dieser Untersuchung ist die bei mir vorliegende Fragestellung eines bekannten oder Verdachts auf Prostatakarzinom nicht zu beantworten.

Erforderlich ist vielmehr die dezidierte Darstellung der Prostata. Diese Untersuchung erfüllt jedoch nicht den obligaten Leistungsinhalt der GOP 34442 EBM, da eine Darstellung des gesamten Beckens nicht erfolgt. Vielmehr erfolgt die multiparametrische MR-Prostatografie mit völlig anderen Messparametern und einer starken Fokussierung des Messfeldes auf die Prostata mittels hochauflösender T2-gewichteter Sequenzen, einer Diffusionsgewichtung (beinhaltet b-Werte von $\geq 1000 \text{ sec/mm}^2$) mit ADC-Mapping, einer Kontrastmittel-gestützten dynamischen Messung mit sehr hoher zeitlicher Auflösung (≤ 10 Sekunden) über 3 Minuten nach KM-Applikation, sowie einer T1-gewichteten Sequenz zur Abbildung der Prostata, der Lymphabflusswege der Prostata und des Knochenmarks des Beckenskeletts. Die Auflösung beträgt mindestens $2.1 \times 2.1 \times 3.5 \text{ mm}$ bei einem auf die Prostata fokussiertem Field-of-View von maximal 250 mm. Zudem erfolgt eine aufwändige Befunderhebung gemäß der PIRADS-Klassifikation, die einen hohen zeitlichen Mehraufwand bedeutet. Diese Untersuchung ist im EBM bisher nicht abgebildet und stellt eine neue Leistung dar, die derzeit nur im Rahmen der Kostenerstattung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann.

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der GOÄ nach **beiliegendem Kostenvoranschlag**.

Bestätigung des behandelnden Facharztes für Urologie (wird vom Arzt ausgefüllt):

Es liegt eine Indikation für ein mpMRT der Prostata vor aufgrund:

- des klinischen Verdachts auf ein Prostatakarzinom (S3-Leitlinie Empfehlung 5.16).
- Z. n. negativer systematischer Biopsie und weiter bestehender Tumorverdacht (erhöhter/ansteigender PSA-Wert) (S3-Leitlinie Empfehlung 5.17).
- einer aktiven Beobachtungstherapie (Active Surveillance, S3-Leitlinie Empfehlung 5.18).
- einer sonstigen Begründung: _____.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift Patient

Datum, Unterschrift Urolog/-in
Praxisstempel

Anlage(n): **Kostenvoranschlag für ein mpMRT der Prostata der radiologischen Praxis**
