



**Abrechnung:**

Die pharmakogenetische Diagnostik wird bis auf wenige Ausnahmen (s.u.) bisher nicht im EBM abgebildet. Deshalb erfolgt die Abrechnung in den meisten Fällen direkt mit dem Einsender oder mit dem Patienten/der Patientin als Selbstzahlerleistung (IGeL).

**Ausnahmen mit Abrechnungsmöglichkeit nach EBM:**

- 32865 - CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1
- 32866 - CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose
- 32867 - DPYD-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluoruracil oder dessen Vorstufen
- 32868 - UDP-Glucuronyltransferase (UGT1A1)-Metabolisierungsstatus vor Therapie mit irinotecanhaltigen Arzneimitteln
- 32869 - CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor Therapie mit Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klassen II-III)

In diesen Fällen bitte unbedingt die medizinische Indikation auf dem Überweisungsschein angeben, damit eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse gemäß EBM-Katalog möglich ist.

**Kostenübernahmeerklärung - Behandlungsvertrag (Privatversicherte)**

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach Paragraph 10 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Im Falle der Ablehnung der Kostenerstattung müssen die Ansprüche von mir gegenüber meinem Kostenträger durchgesetzt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in oder gesetzlicher Vertreter:in

**Kostenübernahmeerklärung - IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)**

Es ist mir bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährleistet. Mir ist bekannt, dass für diese Leistung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse kein Anspruch auf Erstattung besteht. Ich beauftrage dennoch die oben genannten Leistungen. Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, ggf. zuzüglich Auslagen nach Paragraph 10 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in oder gesetzlicher Vertreter:in

