



## **Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung der SBK mit dem Lungennetzwerk NOWEL (Vertragskennzeichen: 120A1400355)**

Die SBK hat mit NOWEL einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen (z.B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten oder Rehabilitationskliniken)

### **Verbesserte Versorgung**

Durch das vorliegende Versorgungskonzept soll die Versorgung der Versicherten der SBK verbessert und eine effektivere Behandlung erreicht werden. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlungen z.B. durch gemeinsame Therapiebesprechungen und eine allen beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und die einzelnen Behandlungsschritte und

Therapiemaßnahmen lückenlos nacheinander durchgeführt werden. Auch lange Wartezeiten sollen dadurch vermieden werden.

### **Diese Leistungen können Sie erwarten**

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen:  
Molekulare Diagnostik des Blutes,  
Befunderstellung und Übermittlung an den behandelnden Arzt

### **Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind**

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt / Ihr behandelndes Krankenhaus nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Daneben sind Institute für Hämatopathologie an der Versorgung beteiligt. Alle beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

### **Wie Sie teilnehmen können**

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden

Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die SBK Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen. Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zur vollständig durchgeführten Diagnostik und Befunderstellung gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der SBK endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

**Ihren Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an**

Siemens-Betriebskrankenkasse

Heimeranstraße 31

80339 München

Die Niederschrift können Sie bei jeder Geschäftsstelle der SBK erklären.

**Bleiben Sie treu!**

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die SBK Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die SBK Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die SBK verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

## **Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung NOWEL (Vertragskennzeichen: 120A1400355)**

### **Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der SBK, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten**

#### **Teilnahmedaten**

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch Ihren behandelnden Arzt an die SBK geschickt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

#### **Daten zur medizinischen Dokumentation**

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

In dieser besonderen Versorgung erbringt NOWEL als Vertragspartner der SBK nicht selbst die medizinischen Leistungen, sondern bindet dazu die erforderlichen Leistungserbringer ein und übernimmt Verwaltungs- und Steuerungsaufgaben (z.B. die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer, Koordination / Organisation der Versorgungsleistungen) übernimmt. Um diese vertraglichen Aufgaben durchführen zu können, verarbeitet NOWEL Ihre dafür notwendigen Daten.

**Die SBK erhält auf jeden Fall keine Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.**

#### **Abrechnungsdaten**

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen,

Verordnungsdaten, Diagnosen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die SBK übersenden. Bei der SBK werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

In dieser Versorgung rechnen die beteiligten Leistungserbringer nicht selbst direkt mit der SBK ab, sondern haben damit als externen Abrechnungsdienstleister medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG, Wilhelmstr. 9 in 34117 Kassel beauftragt. Das bedeutet, dass die Leistungserbringer ihre o.g. für die Abrechnung erforderlichen Daten an diese beauftragte Abrechnungsstelle übermittelt, diese die Daten für die Rechnungsstellung aufbereitet und zur Rechnungsstellung an die SBK übermittelt.

Die beteiligten Leistungserbringer, die SBK, die Vertragspartner der SBK sowie die Abrechnungsstelle sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

#### **Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung**

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zur diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme" genannte Adresse oder zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der SBK.

#### **Prüfung durch den MDK**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die SBK veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinische Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiter zu leiten. Der Arzt des MDK ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

### **Datenlöschung bei der SBK**

Ihre bei der SBK erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdate) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser Besonderen Versorgung von der SBK für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

### **Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der SBK**

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten  
(Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten  
(Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten  
(Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten  
(Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht  
(Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der SBK unter

Siemens-Betriebskrankenkasse  
Datenschutzbeauftragter  
Heimeranstraße 31  
80339 München  
E-Mail: [datenschutz@sbk.org](mailto:datenschutz@sbk.org)  
wenden.

Beschwerden über die SBK hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:  
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Husarenstr. 30  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Bundesland Niedersachsen

Vertragskennzeichen1  
20A1400355

Bitte schicken Sie das Original  
an

Siemens-Betriebskrankenkasse  
80227 München

oder per FAX:  
0341/550078953



### Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V.

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur vollständig durchgeführten Diagnostik und Befunderstellung gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der SBK endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Verstoße ich gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die SBK, dies zu unterlassen, kann die SBK meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden. Zusätzlich kann die SBK mir die Kosten auferlegen, die der SBK durch die zusätzliche unberechtigte Inanspruchnahme entstanden sind.

#### Widerrufsbelehrung

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der SBK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die SBK. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

#### Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.**

Datum, Unterschrift Versicherte/r,

**Bitte schicken Sie die Probe**  
zusammen mit  
Den unterschriebenen Originaldokumenten  
Einem aktuellen onkologischen Befundbericht

An:  
**Institut für Hämatopathologie Hamburg**  
**Postfach 540640**  
**22506 Hamburg**

## Patientendaten\*

Name oder externe ID: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Männlich  Weiblich

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Krankenkassen ID/Versicherungsnummer : \_\_\_\_\_

Art des Tumors\*:  Histologisch oder zytologisch gesichertes Lungenkarzinom (ICD C33 + C34)

Klinische Fragestellung\*:  Primäre molekulare Diagnostik (kein Gewebe verfügbar)

Resistenztestung bei Progress (kein Gewebe verfügbar)

Raucherstatus\*:  Raucher, pack years: \_\_\_\_\_  Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_ Jahren pack years: \_\_\_\_\_  Nichtraucher

Lebenserwartung\*:  mehr als sechs Wochen  weniger als sechs Wochen

Datum der Erstdiagnose: \_\_\_\_\_ ECOG Performance-Status \_\_\_\_\_

## Probeversand

Bitte zwei Cell-free DNA BCT Röhrchen (Streck, Ref. 218997 oder Ref. 230256)-Röhrchen per Übernacht-Kurier versenden.

Datum der Blutabnahme: \_\_\_\_\_

Bekannte Infektionskrankheiten (z.B. virale Hepatitis, HIV, o.ä.): \_\_\_\_\_

## Therapie

Vorhergehende Therapien: \_\_\_\_\_

Therapie zum Zeitpunkt der Blutabnahme: \_\_\_\_\_

Geplante Therapie, die ohne die Ergebnisse der Liquid Biopsy durchgeführt werden würde\*: \_\_\_\_\_

\*Pflichtangaben

# Anforderungsformular für Liquid Biopsy

## Patientendaten

Name:

Geb.-Datum:



## Histologie

Adenokarzinom; Subtyp:  Kleinzelliges Karzinom  Plattenepithel-Karzinom

Andere:

Lage des Primärtumors:

Größe des Primärtumors:

Lage möglicher Metastasen:

Größe möglicher Metastasen:

TNM-Klassifikation: UICC-Stadium\*:

## Ergebnisse bereits erfolgter Molekulardiagnostik\*

nicht getestet	Wildtyp	detektierte Genveränderung (bitte angeben):	nicht getestet	Wildtyp	detektierte Genveränderung (bitte angeben):
ALK: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		MET: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BRAF: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		NRAS: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BRCA1/2: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		PDL1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EGFR: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		PIK3CA: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FGFR1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		RET: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HER2: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ROS1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
KIT: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		TP53: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
KRAS: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		andere:		

## Behandelnder Arzt:

Kontaktinformationen behandelnder Arzt:

Stempel

Kopien des Befundes sollen an folgende Personen  
gesendet werden:

Die Durchführung einer Liquid Biopsy ist bei dem Patienten/der Patientin indiziert, weil

- eine Re-Biopsie (Bronchoskopie, Punktion) am  bereits durchgeführt wurde und ohne verwertbares Ergebnis blieb \*\*
- die Durchführung einer Re-Biopsie aus nachfolgenden Gründen kontraindiziert und damit medizinisch nicht vertretbar ist:

Datum\*

Unterschrift\*

\*Pflichtangaben \*\*Befund der Pathologie beifügen

Vielen Dank für Ihren Auftrag!



## Was ist das Lungennetzwerk NOWEL?

Das Lungennetzwerk NOWEL ist ein deutschlandweiter Zusammenschluss von Spezialisten für Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs. Das Netzwerk wurde mit dem Ziel gegründet, für jeden Patienten eine optimale Behandlung sicherzustellen.

**Ihr Onkologe ist Teil des Lungennetzwerks NOWEL. Für Sie als Patient bietet dies folgende Vorteile:**

- ↪ Zugang zu einer umfassenden diagnostischen Untersuchung auf höchstem wissenschaftlichem und technologischem Niveau
- ↪ Eine auf Ihre individuelle Situation angepasste Therapieempfehlung nach aktuellem Stand der Forschung
- ↪ Zugang zu klinischen Studien im Netzwerk
- ↪ Vermeidung zeitintensiver Doppeluntersuchungen und daraus resultierender langer Wartezeiten
- ↪ Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung

## Welche Vorteile hat die durch das Lungennetzwerk NOWEL angebotene Diagnostik für Sie?

Da Ihr Arzt Mitglied des Netzwerks ist, besteht für Sie die Möglichkeit, eine umfassende diagnostische Blutuntersuchung, die sogenannte „Liquid Biopsy“, durchführen zu lassen.

Dabei wird Ihre Blutprobe auf sogenannte „Genveränderungen“ untersucht, die charakteristisch für Ihre Krebserkrankung sind und die gegebenenfalls mit Tyrosinkinaseinhibitoren (im Folgenden mit „TKI“ abgekürzt) behandelt werden können. Eine weitere Gewebeentnahme/Biopsie ist für diese Untersuchung explizit nicht nötig.

Um sicherzustellen, dass Sie die optimale Behandlung erhalten, werden die Ergebnisse der Testung von Fachärzten in einer molekularen Tumorkonferenz besprochen.

## Was bringt Ihnen diese Therapie?

Die Behandlung mit Tyrosinkinaseinhibitoren ist eine zielgerichtete Therapie, deren Wirkungsweise sich direkt auf die nachgewiesenen Genveränderungen in ihrem Tumor bezieht. Im Unterschied zu einer Chemotherapie hat eine TKI-Therapie folgende Vorteile:

- ↪ **Die Therapie wird oral verabreicht:** Sie brauchen zur Einnahme nicht in die Tagesklinik oder zu Ihrem Onkologen zu kommen, Sie müssen auch nicht stationär aufgenommen werden. Sie erhalten ein Rezept; die Einnahme der Tabletten kann zu Hause in Ihrer gewohnten Umgebung erfolgen.
- ↪ **Weniger Nebenwirkungen:** Die Chemotherapie greift neben Krebszellen auch gesunde Zellen an. TKI wirken dagegen nur auf den Tumor selbst, indem sie bestimmte Rezeptoren (= Moleküle auf der Oberfläche des Tumors) blockieren und ihn somit am Wachstum hindern. Durch diese gezielte Wirkungsweise kommt es zu weniger Nebenwirkungen: Die Haare bleiben erhalten, Studien zeigen, dass zudem körperliche Begleitscheinungen wie Durchfälle und ein verminderter Allgemeinzustand reduziert werden.

## Dauer der Untersuchung

Vom Tag der Blutentnahme bis zur Befundung der Ergebnisse kann es bis zu 15 Werktagen dauern. In dieser Zeit wird Ihr Onkologe sich in der Regel auch noch nicht auf eine Therapie festlegen, da er die Ergebnisse der umfassenden Blutuntersuchung abwarten möchte, um eine individuelle Therapie für Sie planen zu können.

Bitte machen Sie sich keine Sorgen um die Dauer der Untersuchung. Ihr Onkologe hat in Abstimmung mit verschiedenen Fachärzten festgelegt, dass diese Untersuchung die derzeit beste Möglichkeit ist, eine adäquate, auf Sie abgestimmte Therapie festlegen zu können.

## Warum müssen Sie eine Patienteninformation/Patienteneinwilligung unterschreiben?

Durch Ihre Unterschrift auf der Patienteninformation / Patienteneinwilligung geben Sie Ihr Einverständnis, dass die Liquid Biopsy Untersuchung durch das NOWEL Zentrallabor (das Institut für Hämatopathologie Hamburg) durchgeführt werden darf. Ihre Daten dürfen von Ihrem behandelnden Arzt nur zum Zweck dieser Untersuchung weitergegeben werden, alle mit der Untersuchung betrauten Personen unterliegen der Schweigepflicht.

## Wie erfolgt die Kostenübernahme?

Bei der Liquid Biopsy handelt es sich um ein neues Verfahren. Obwohl es eine belastende Gewebeentnahme durch eine einfache Blutentnahme ersetzt, ist die Methode noch nicht in den allgemeinen Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen worden. Ihr behandelnder Arzt wünscht jedoch die derzeit bestmögliche Diagnostik auf höchstem wissenschaftlichem und technologischem Niveau für Sie. Aus diesem Grund hat er über das Lungennetzwerk NOWEL die Liquid Biopsy in Auftrag gegeben.

### *Für Patienten der Barmer GEK, Deutschen BKK, Audi BKK und SBK*

Im Lungennetzwerk NOWEL werden im Rahmen eines Vertrags zur besonderen Versorgung die Kosten für die Liquid Biopsy sowie für eine onkologische Zweitmeinung für Patienten von Barmer GEK, Deutsche BKK, Audi BKK sowie von der SBK übernommen. Sie müssen lediglich Ihre Einwilligung dazu erteilen, dass die Untersuchung durchgeführt wird, dann erfolgt die Abrechnung automatisch mit Ihrer Kasse.

### *Für Patienten aller anderen Kassen/Versicherungen*

Für Patienten anderer Kassen/Versicherungen stellt das Lungennetzwerk NOWEL einen individuellen Antrag auf Kostenübernahme im jeweiligen Einzelfall. Dazu müssen sie zusätzlich zwei Formulare unterschreiben: einen [Antrag auf Kostenübernahme](#) sowie eine [Abtretungserklärung](#).

Mit diesen beiden Dokumenten

- Beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse die Erstattung der Kosten für die Liquid Biopsy und
- Treten gleichzeitig alle Kostenansprüche an das Institut für Hämatopathologie Hamburg ab

Alle Verhandlungen mit Ihrer Krankenkasse können somit durch das Institut für Hämatopathologie Hamburg erfolgen, so dass Sie sich nicht darum kümmern müssen.

Es besteht die Möglichkeit, dass Ihre Kasse/Versicherung mit Ihnen Kontakt aufnehmen wird, um weitere Informationen zu Ihrer Erkrankung anzufragen. Wir bitten Sie, alle diesbezüglichen Schreiben sofort bei Ihrem Onkologen einzureichen, dieser wird sich um alle weiteren Maßnahmen kümmern.