

Patienteninformation zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung NOWEL/Oldenburg

Vertragskennzeichen: 120A1400346

Die Audi BKK hat mit NOWEL einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren. Gerne informieren wir Sie im Folgenden über die Leistungen der Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer Sozialdaten.

Ihre verbesserte Versorgung

Das Versorgungskonzept dient dazu, Sie als Versicherter der Audi BKK noch besser zu versorgen und eine effektivere Behandlung zu erreichen. Es dient zur umfassenden Koordination der medizinischen Behandlungen, z. B. durch gemeinsame Therapiebesprechungen und eine allen beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Alle an Ihrer Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen können sich so eng vernetzen, gemeinsam abstimmen und zusammenarbeiten. So lassen sich unter anderem Doppeluntersuchungen vermeiden und die einzelnen Behandlungsschritte und Therapiemaßnahmen lückenlos nacheinander durchführen. Ziel soll auch sein, lange Wartezeiten zu vermeiden.

Diese Leistungen können Sie erwarten

Mit der Besondere Versorgung bietet wir Ihnen im Detail

- › eine umfassende molekulare Diagnostik auf Genveränderungen bei Tumoren
- › die Förderung von personalisierter Therapie bei Krebserkrankungen
- › eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zusätzlichen Gewebeproben
- › das Angebot einer Zweitmeinung

Sie sind in guten Händen

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Auch Krankenhäuser und spezielle Labore für die molekulare Diagnostik beteiligen sich an der Versorgung. 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. Sie halten insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften ein.

So können Sie teilnehmen

Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig. Bevor Sie teilnehmen, werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung stattfinden, informiert und aufgeklärt. Ihre Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Ihrer Abgabe widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Sie müssen Ihren Widerruf schriftlich per Brief, Fax oder E-Mail erklären. Sie können aber auch zur Ihrem Audi BKK Service-Center vor Ort gehen und Ihren Widerspruch mündlich zu Protokoll geben. Es ist nicht erforderlich, dass Sie Gründe angeben. Durch Ihren Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen. Wenn die Widerrufsfrist abgelaufen ist, können Sie Ihre Teilnahme jederzeit schriftlich per Brief, Fax oder E-Mail oder auch mündlich vor Ort in Ihrem Service-Center beenden. Ihre Teilnahme endet jedoch automatisch, wenn Sie Ihre Befunde bekommen haben, Ihnen eine Zweitmeinung vorliegt und Sie Information über das Ergebnis erhalten haben, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der Audi BKK endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Auf gute Partnerschaft

Uns ist es wichtig, dass die Qualität Ihrer Behandlung gesichert ist und die Behandlungsziele erreicht werden. Dabei ist Ihre Kooperation gefragt. Bitte gehen Sie für die Behandlung oder Untersuchung Ihrer Krankheit, für die Sie sich in der Besonderen Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur zu den beteiligten Ärzten, Therapeuten oder stationären Einrichtungen. Sie sind 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. Die Bindung gilt auch dann nicht, wenn Sie ein beteiligter Leistungserbringer überweist.

Sollten Sie ohne Ausnahmefall andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, können wir Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer aufzusuchen. Sollten Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nachkommen, kann die Audi BKK Ihre Teilnahme beenden.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen Versorgung NOWEL/Oldenburg

Vertragskennzeichen: 120A1400346

Das Wichtigste vorab: Die Audi BKK, ihre Vertragspartner und die beteiligten Leistungserbringer halten den Datenschutz sehr gewissenhaft ein.

Ihre Teilnahmeerklärung

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt schickt Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die Audi BKK. Ihre Daten der Teilnahmeerklärung werden dort in die Datenverarbeitung eingelesen, 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 mitgeteilt, wenn Ihre Teilnahme abgelehnt wird (ohne Angabe von Gründen) oder eine Prüfung darüber noch nicht abgeschlossen ist.

So funktioniert die medizinische Dokumentation

Ihre Versorgung als Patient soll weiter verbessert werden. Darum erheben die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation. Manchmal ist es erforderlich, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen. Denn so können sie eng vernetzt zusammenarbeiten und eine gemeinsame Therapie durchführen. In solchen Fällen werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Ihre Daten daraus dürfen die an Ihrer Behandlung beteiligten Leistungserbringer und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall abrufen und nutzen – im Rahmen der Besonderen Versorgung.

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

Manchmal ist der Vertragspartner der Audi BKK eine Einrichtung, die nicht selbst die medizinischen Leistungen der Besonderen Versorgung erbringt, sondern Verwaltungs- und Steuerungsaufgaben übernimmt: zum Beispiel die Einbindung/Koordination der Ärzte, Therapeuten und medizinischen Einrichtungen, Koordination/Organisation der Versorgungsleistungen, Erstellen der Abrechnung oder die Organisation von weiterführenden Präventionsangeboten. Dann greift auch diese Einrichtung auf die gemeinsame Dokumentation zu, um so die notwendigen Daten für ihre vertraglichen Aufgaben zu erhalten. Die Audi BKK hat auf keinen Fall Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.

Die Abrechnung

Damit die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten an die Audi BKK übersenden: Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversichertenkarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals. Die Audi BKK prüft, ob die Abrechnungsdaten richtig sind.

Die Leistungserbringer können auch eine externe Abrechnungsstelle mit der Abrechnung beauftragen. In diesen Fällen senden die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen Ihre oben genannten Daten an diese Abrechnungsstelle, die die Daten zur Rechnungsstellung weiter an die Audi BKK übermittelt.

Der beschriebene Abrechnungsweg ist nur zulässig, wenn Sie in die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.

Die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen, die Audi BKK, die Vertragspartner der Audi BKK sowie die Abrechnungsstelle sind dabei zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Die mögliche Prüfung durch den MDK

Die Audi BKK kann eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlassen, zum Beispiel bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus. Die beteiligten Leistungserbringer sind dann berechtigt, medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag an den prüfenden Arzt weiterzuleiten.

Der Arzt des MDK ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Die Schweigepflicht und Datenlöschung

Die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen und die Vertragspartner der Audi BKK sind verpflichtet, Stillschweigen zu bewahren. Das gilt während der Dauer ihrer Tätigkeit im Rahmen der Besonderen Versorgung und auch nach Beendigung dieser Tätigkeit über alle Sozialdaten der Versicherten, wie zum Beispiel Name, Adresse und Alter.

Wird Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung abgelehnt oder scheiden Sie aus, werden Ihre erhobenen und gespeicherten Daten gelöscht – soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr nötig sind. Spätestens aber zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.

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

Bitte faxen Sie das Dokument an

NOWEL 0800-0005695

Ohne unterschriebene Teilnahmeerklärung
kann die Liquid Biopsy nicht durchgeführt
werden

Bitte schicken Sie das Original an:

Audi BKK

Postfach 10 01 60

85001 Ingolstadt

Fax: 0841/887-109

Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung NOWEL / Oldenburg nach §140a SGB V.

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der Audi BKK versichert bin.

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformation zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung. Ich bin mit der Behandlung im Rahmen der Besonderen Versorgung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Ich kann meine Teilnahme nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit schriftlich oder zur Niederschrift bei der Audi BKK beenden. Meine Teilnahme endet automatisch, wenn mein Versichertenverhältnis bei der Audi BKK 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 der Audi BKK dies zu unterlassen, kann die Audi BKK meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden.

Belehrung über Widerrufsrecht

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

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

--

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in
für die Erklärung der Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß §140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige meine Pflichten nach §35 SGB I und §80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

--

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin bzw. Arztes

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



nowel
Lungennetzwerk

Audi BKK



Bitte faxen Sie das Dokument an

NOWEL 0800-0005695

Ohne unterschriebene Teilnahmeerklärung
kann die Liquid Biopsy nicht durchgeführt
werden

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Über die Erhebung und Nutzung meiner Daten wurde ich durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung NOWEL / Oldenburg.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Information, dass ich an der Besonderen Versorgung teilnehme, an die Audi BKK und die medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG übersandt und dort gespeichert werden,
- meine Daten zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Prüfung der Abrechnung von/durch die medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die mit der Abrechnung beauftragte Stelle NOWEL GbR, Georgstr. 12, 26212 Oldenburg und von dort an die Rechnungsstelle der Audi BKK weitergegeben werden und diese für die Durchführung ihrer vertraglichen Aufgaben ebenfalls aus der gemeinsamen Dokumentation erheben, verarbeiten und nutzen darf.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

--

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in
für die Einverständniserklärung zum Datenschutz

Anforderungsformular für Liquid Biopsy

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:	<input type="radio"/> Kleinzelliges Karzinom	<input type="radio"/> 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!

Fachärzte **Dres. Tiemann & Schulte Partnerschaft**, Institut für Hämatopathologie, Postfach 540640, 22506 Hamburg,

Tel.: 0800-0005605, Fax: 0800-0005695, diagnostik@nowel.org

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 Begleiterscheinungen 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 Werktage 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 Audi BKK, Barmer GEK/Deutschen BKK, Bosch BKK, SBK und TK

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.