



I. Patienteninformation zur Besonderen Versorgung – Liquid Biopsy

Besondere Versorgung – was ist das?

Die Bosch BKK bietet Ihnen mit der Liquid Biopsy eine besondere Versorgung an. Mit dieser besonderen Versorgung wird anhand einer einfachen Blutprobe das genetische Profil der Krebserkrankung identifiziert. Dies ermöglicht dem behandelnden Arzt, Veränderungen der Erkrankung zu überwachen und die Behandlung gegebenenfalls frühzeitig anzupassen. Ihr behandelnder Arzt hat mit der BKK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der sog. besonderen ärztlichen Versorgung geschlossen. Die besondere Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien. Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte der Liquid Biopsy. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte und Therapeuten wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver.

Teilnahmeerklärung und Bindungsdauer

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Bspw. bei einem Wohnortwechsel, bei Schließung der Praxis oder wenn Ihr Vertrauensverhältnis zu dem Arzt gestört ist. Teilen Sie uns dies bitte schriftlich oder elektronisch an die im nachfolgenden Abschnitt genannten Kontaktadressen mit.

II. Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Kontaktdaten des Verantwortlichen für die Durchführung des Vertrags zur Besonderen Versorgung

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Bahnhofstr. 75
71332 Waiblingen
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

Welche Daten werden im Rahmen des Vertrags der Besonderen Versorgung verarbeitet?

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Vertrags werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern und ihren Wert
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt die vorgenannten Daten an medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG, Wilhelmstr. 9, 34117 Kassel und diese anschließend an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Vertrag der Bosch BKK zur Besonderen Versorgung dieser Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag.



I. Patienteninformation zur Besonderen Versorgung – Liquid Biopsy

Besondere Versorgung – was ist das?

Die Bosch BKK bietet Ihnen mit der Liquid Biopsy eine besondere Versorgung an. Mit dieser besonderen Versorgung wird anhand einer einfachen Blutprobe das genetische Profil der Krebserkrankung identifiziert. Dies ermöglicht dem behandelnden Arzt, Veränderungen der Erkrankung zu überwachen und die Behandlung gegebenenfalls frühzeitig anzupassen. Ihr behandelnder Arzt hat mit der BKK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der sog. besonderen ärztlichen Versorgung geschlossen. Die besondere Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien. Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte der Liquid Biopsy. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte und Therapeuten wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver.

Teilnahmeerklärung und Bindungsdauer

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Bspw. bei einem Wohnortwechsel, bei Schließung der Praxis oder wenn Ihr Vertrauensverhältnis zu dem Arzt gestört ist. Teilen Sie uns dies bitte schriftlich oder elektronisch an die im nachfolgenden Abschnitt genannten Kontaktadressen mit.

II. Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Kontaktdaten des Verantwortlichen für die Durchführung des Vertrags zur Besonderen Versorgung

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Bahnhofstr. 75
71332 Waiblingen
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

Welche Daten werden im Rahmen des Vertrags der Besonderen Versorgung verarbeitet?

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Vertrags werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern und ihren Wert
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt die vorgenannten Daten an medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG, Wilhelmstr. 9, 34117 Kassel und diese anschließend an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Vertrag der Bosch BKK zur Besonderen Versorgung dieser Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag.

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



BOSCH

BKK

**Erklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung zur
Datenverarbeitung
Besondere Versorgung Liquid Biopsy**

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin und ich ausführlich und umfassend durch meinen behandelnden Arzt über die Inhalte und den Leistungsumfang dieses Vertrages informiert wurde.
- ich die Patienteninformation zur Teilnahme erhalten habe und bin mit den Inhalten einverstanden bin.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.
- ich mich für den zu versorgenden Behandlungsfall bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer binde. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden (z. B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt).
- meine Teilnahme mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der Bosch BKK, dem Ende des Vertrags bzw. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die Absendung der Widerrufserklärung innerhalb der 2 Wochen an die Bosch BKK. Der Widerruf ist zu richten an: Bosch BKK, Kruppstr. 19, 70469 Stuttgart.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. **Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.** Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich jedoch weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Leistungserbringer die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG, Wilhelmstr. 9, 34117 Kassel. Medicalnetworks leitet diese Abrechnungsdaten an die Bosch BKK weiter. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 6 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem Vertrag der besonderen Versorgung Liquid Biopsy teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, die Patienteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Bitte heutiges Datum eintragen

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

Vertragsarztstempel

Bitte schicken Sie die Probe

zusammen mit

- Den unterschriebenen Originaldokumenten
- Einem aktuellen onkologischen Befundbericht

An:

NOWEL-Zentrallabor
Gottfried-Hagen-Straße 20
51105 Köln
Tel.: 0800-0005605

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 (Streck, Ref. 218997)-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 der Liquid Biopsy-Ergebnisse durchgeführt werden würde*: _____

*Pflichtangaben

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:

Ich bestätige, dass bei diesem Patienten eine Rebiopsie indiziert ist, an deren Stelle eine Liquid Biopsy durchgeführt werden soll.

Datum* _____ Unterschrift* _____

*Pflichtangaben

Vielen Dank für Ihren Auftrag!

Antrag auf Kostenübernahme

für eine molekularepathologische Mutationsanalyse an einer Liquid Biopsy
zur Therapieplanung/Resistenzanalyse, um eine Gewebeentnahme zu vermeiden

Empfänger (Krankenkasse):	Absender (Patient(in)):
.....
.....
.....
.....
.....
Versichertennummer:	
.....	

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach der Diagnose einer Krebserkrankung befinde ich mich derzeit in ärztlicher Behandlung.

Hiermit beantrage ich, mir die Durchführung einer Mutationsanalyse aus einer Blutprobe (Liquid Biopsy) zu bewilligen und eine verbindliche Zusage der Kostenübernahme zu erteilen.

Nach der fachlichen Einschätzung meines behandelnden Arztes/meiner behandelnden Ärztin ist die Entnahme einer Gewebe-Biopsie für mich derzeit mit unzumutbaren Risiken verbunden, so dass für die indizierte Untersuchung nur die Entnahme einer Liquid Biopsy als Alternative bleibt.

Die medizinische Begründung für den hier vorliegenden Antrag entnehmen Sie bitte der beigefügten ärztlichen Stellungnahme meines behandelnden Arztes/meiner behandelnden Ärztin.

Gleichzeitig bitte ich darum, von einer Kontaktaufnahme mit mir im Zusammenhang mit diesem Antrag abzusehen. Eine medizinische Beratung durch Sie als meine Krankenkasse wünsche ich derzeit nicht, da diese bereits durch von mir gewählte Ärzte meines Vertrauens erfolgt.

Gleichzeitig erteile ich hiermit dem die Untersuchung durchführenden leistungserbringenden Pathologen (Fachärzte Dres. Tiemann & Schulte Partnerschaft, Institut für Hämatopathologie, Fangdieckstr. 75a, 22547 Hamburg) die Vollmacht, das Antragsverfahren auf Kostenübernahme in meinem Namen zu führen. Hierzu zählt insbesondere auch die Durchführung von Rechtsmittelverfahren, soweit diese notwendig sind. Dies umfasst auch die Erteilung einer Untervollmacht an eine den leistungserbringenden Pathologen und auf dessen Kosten beauftragte Rechtsanwaltskanzlei.

Ich bitte darum, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem leistungserbringenden Pathologen/der leistungserbringenden Pathologin zu führen.

Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich ebenfalls über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in)
.....

Abtretungsvereinbarung

Ich, die/der Versicherte

Name / Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

Trete erfüllungshalber meine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung der molekularpathologischen Analyse inkl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich ab an

den Abtretungsempfänger

*Fachärzte Dres. Tiemann & Schulte Partnerschaft
Institut für Hämatopathologie
Fangdieckstr. 75a
22547 Hamburg,*

der diese Abtretung hiermit annimmt.

Im Falle der Ablehnung einer Kostenübernahme durch die o.g. Krankenkasse erteile ich die Genehmigung, in meinem Namen, Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen. Diese Genehmigung umfasst auch die Erteilung einer Untervollmacht für die Durchführung eines Widerspruchs- und/oder Klageverfahrens an eine durch den Abtretungsempfänger auf seine Kosten beauftragte Rechtsanwaltskanzlei (Rechtsanwälte Wilms GbR, Alt-Tempelhof 41, 12103 Berlin).

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in)

Ort, Datum, Stempel/Unterschrift

Fachärzte Dres. Tiemann & Schulte Partnerschaft

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 Blutuntersuchung 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, haben Sie Anspruch auf eine umfassende diagnostische Blutuntersuchung, die sogenannte „Liquid Biopsy“.

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 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.