



Information zur Abrechnung von ambulanten GKV-Fällen bei „Anderen Kassen“

Netzwerk Genomische Medizin

Prof. Dr. J. Wolf

Prof. Dr. R. Büttner

Bettenhaus E0, Raum 10

Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Kontakt Daten für Rückfragen:

Ledian Yzbashi

Tel.: 0221 478- 98052

Fax: 0221 478-1460207

30.05.2017

Liebe NGM Partner,

aufgrund einiger Änderungen der Diagnostik-Abrechnung seit der Einführung der neuen EBM Ziffern in 07/2016 müssen wir Sie bitten, für alle ambulanten GKV-Fälle bei Kassen, die dem Vertrag zur Integrierten Versorgung nicht beigetreten sind (sog. „Andere Kassen“) folgende Auswahl zu treffen:

- Ich habe eine §116b Zulassung für Behandlung von Bronchialkarzinomen.
- Einen Überweisungsschein für die molekulare Diagnostik lege ich den Anforderungsunterlagen bei (Onkologie an Pathologie oder Pathologie an Pathologie).
- Der Patient ist zum Zeitpunkt der Anforderung stationär.
- Der Patient ist privat versichert.*

Bitte ankreuzen und den Anforderungsunterlagen beifügen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr NGM Team

Zu Rückfragen steht Ihnen die NGM-Zentrale zur Verfügung:

Tel.: 0221 478-98052

Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Web: www.ngm-cancer.com

Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte nur das aktuelle Anforderungsformular
 (siehe www.ngm-cancer.com) benutzen und alle Felder deutlich ausfüllen!
 per Fax an: **0221 478 14 60207**

Ich nehme an der **Integrierten Versorgung (I.V.)** teil.* → Nr.: NGMIV _____

Ich nehme **nicht** an der **Integrierten Versorgung (I.V.)** teil.**

(Bei Interesse am Netzwerk nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, unter Tel. 0221 478-96532)

<p>Patientenetikett (bitte hier aufkleben)</p> <p>_____</p> <p><small>Name, Vorname</small></p> <p>_____</p> <p><small>geboren am</small></p> <p>_____</p> <p><small>Straße</small></p> <p>_____</p> <p><small>PLZ/Wohnort</small></p> <p>_____</p> <p><small>Versicherungsnummer</small></p>	<p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</p> <p>Gewicht: _____ Größe: _____</p> <p>stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/></p> <p>(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</p> <p>Raucherstatus:</p> <p><input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nieraucher</p>
<p>Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p>↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)</p>	
<p>ECOG Performance Status</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</p>	
<p>Histologie</p> <p><input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamöses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____</p> <p style="text-align: center;">- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -</p>	

* **Einschlusskriterien Integrierte Versorgung (I.V.):** Beitritt der Klinik oder niedergelassene Praxis als Kooperationspartner des Integrierten Versorgungsvertrages, **Diagnose:** nicht operables Lungenkarzinom (nicht-kleinzelliges und kleinzelliges), Erstdiagnose oder Rezidiv. Umsetzung der Therapieziele innerhalb der med. absehbaren Überlebenszeit (Anlage 2).

** Kosten für molekular-pathologische Diagnostik werden dem Anforderer als Konsilleistungen in Rechnung gestellt (für GKV Patienten: gesamtes Untersuchungsspektrum 2.000 €).



Name, Vorname des Patienten: _____

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ-operabel: ja nein

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: **- Bitte aktuellen Arztbrief beifügen -**

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte : stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Bettenhaus Ebene 0, Raum 10
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
Fax: 0221- 478- 1460207
Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!



Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung EGFR

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation erfolgt? ja nein

Falls ja, welcher EGFR-TKI: _____ (bitte unbedingt angeben!)

2. Progress unter Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ja nein

3. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. – 3. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

ALK-Inhibitor Resistenz

1. Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation erfolgt? ja nein

2. Progress unter Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Therapie nach Progress mit folgendem ALK-TKI:

Ceritinib Alectinib andere, welche _____ keine Therapie

4. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. - 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Bettenhaus Ebene 0, Raum 10
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
Fax: 0221- 478- 1460207
Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

*Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!*



PATIENTENINFORMATION Molekularpathologische Diagnostik bei Lungentumoren

- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____
Geb. Datum: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die **personalisierte Medizin** bietet die Möglichkeit einer individuellen, gezielten sog. "targeted" Tumorthherapie. **Voraussetzung für diese gezielte Art von Therapie ist immer der Nachweis molekularer Marker im Tumorgewebe.** Bei bis zu 20 % aller Patienten mit Adenokarzinom der Lunge lässt sich einer der Biomarker *Epidermal growth factor receptor (EGFR)* oder *Anaplastic lymphoma kinase (ALK)* nachweisen. Diese molekularen Veränderungen finden sich nur in Tumorzellen und werden nicht vererbt. Sind die Ergebnisse der molekularen Testung positiv, können die Patienten eine moderne, orale (als Tabletten zu gebende) Therapie erhalten. Patienten zeigen auf diese Therapien ein überdurchschnittliches Ansprechen bei besserer Verträglichkeit und weniger Nebenwirkungen als unter der normalen Chemotherapie. Weitere Therapien für Lungenkrebspatienten mit anderen molekularen Merkmalen werden zurzeit entwickelt und zum Teil schon in klinischen Studien getestet. Bei ca. 20 % der Patienten können Marker nachgewiesen werden, die eine gezielte Therapie im Rahmen von klinischen Studien oder als Off-Label-Use ermöglichen.

Im Rahmen des **Netzwerks Genomische Medizin Lungenkrebs (NGML)** lassen wir Gewebeproben Ihres Lungentumors in Kooperation mit der Uniklinik Köln auf solche molekularen Marker im Institut für Pathologie der Uniklinik Köln untersuchen, wenn Sie einverstanden sind. Sollte sich aus den umfassenden molekular-pathologischen Untersuchungen Ihrer Gewebeprobe ein Befund ergeben, der eine mögliche therapeutische Konsequenz, ggf. Studienteilnahme für Sie haben könnte, werden diese Informationen an den behandelnden Arzt kommuniziert.

Wir möchten beim Vorliegen molekularbiologischer Veränderungen oder bei Rückfragen von Krankenkassen /MDK Informationen über Ihren Krankheitsverlauf unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht an NGML weitergeben dürfen. Abgerechnet werden diese Untersuchungen von der Uniklinik Köln mit den einzelnen Kostenträgern:

- GKV
- PKV (Privatliquidationsrechnung an den Versicherten zur Weiterleitung an die PKV oder Direktabrechnung mit der PKV bei voller Kostenerstattung (Vollversicherung ohne Beihilfe etc.).)
- Klinischem Partner (Leistungsanforderer)

Bei Fragen können Sie sich direkt an Ihren behandelnden Arzt oder an die Ärzte in der Zentrale des NGML wenden (Tel.: **0221- 478 87008**, E-Mail: **ngm-info@uk-koeln.de**).

Einwilligungserklärung zur molekularpathologischen Untersuchung

1. Hiermit erkläre ich, dass mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte der molekularpathologischen Diagnostik im NGML informiert hat. Ich stimme zu, dass mein Tumormaterial zur weiteren molekularpathologischen Diagnostik an die Uniklinik Köln weitergegeben wird.
2. Ich bin einverstanden, dass erhobene medizinische und persönliche Daten/Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet, genutzt und zu Abrechnungszwecken an den jeweiligen Kostenträger weitergeleitet werden. Gleichzeitig entbinde ich den Leistungserbringer und ggf. die Verrechnungsstelle an der Uniklinik Köln von der Schweigepflicht und ermächtige sie gegenüber dem Kostenträger, alle Fragen im Zusammenhang mit den der Rechnungslegung zugrunde liegenden Behandlungen zu beantworten, Unterlagen herauszugeben, Schriftwechsel zu führen und insoweit Auskunft zu erteilen.
3. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
4. Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich die Uniklinik Köln entsprechend §13 SGB X ermächtigt, die Kosten für die molekulare Testung in meinem Namen bei meiner Krankenkasse geltend zu machen und ggf. alle in diesem Zusammenhang notwendigen Rechtsmittel einzulegen, z.B. im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme.
5. Im Falle einer Direktabrechnung mit der PKV trete ich hiermit von meinem Erstattungsanspruch zurück.

Datum, Unterschrift Patient

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlage (RSAV) gesichert ist. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist und im Hinblick auf die Therapieziele von der Diagnostik profitieren kann.

Datum, Unterschrift Arzt