

# Keytruda® (Pembrolizumab)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Handen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.15

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 31.12.2024

### Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (20416.XX) zu enthalten. Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Falls Keytruda® in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter Keytruda®-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll Keytruda® in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

### 2L Endometriumkarzinom, Magenkarzinom, Dünndarmkarzinom oder Gallengangskarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN158

(mit Preismodell)

Keytruda® als Monotherapie zur Behandlung von metastasierten Endometriumkarzinomen, Magenkarzinomen, Dünndarmkarzinomen oder Gallengangskarzinomen mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) bei Erwachsenen, die nach Standardtherapie progredient sind und für die keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung stehen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen

- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.15

### Personalien Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀  ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Medizinische Daten.** Es handelt sich um eines der folgenden Karzinome:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> metastasiertes Endometriumkarzinom  | <input type="checkbox"/> metastasiertes Magenkarzinom       |
| <input type="checkbox"/> metastasiertes Dünndarmkarzinom   | <input type="checkbox"/> metastasiertes Gallengangskarzinom |
| <input type="checkbox"/> MSI-H / dMMR Status: MSI-H oder dMMR Status durch Test bestätigt.   |   |
| <input type="checkbox"/> Patient(-in) ist nach Standardtherapie progredient und es stehen keine befriedigenden Alternativen in der Behandlung zur Verfügung. |   |
| <input type="checkbox"/> Patient(in) hatte keine vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 4 Wochen.                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Patient(in) hatte keine Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.                          |   |

Geplantes Therapieschema und -beginn:

- Keytruda® wird gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben, d.h. Keytruda® 200mg alle 3 Wochen.

Geplanter Beginn der Therapie:

Bemerkungen/Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)