

KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

Kostengutsprachegegesuch zu Handen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.04.2028

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Indikationscode: 20416.19

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 (in Kombination mit Lenvatinib) (KN775)

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® in Kombination mit Lenvatinib ist vergütet zur Behandlung des fortgeschrittenen Endometriumkarzinoms, das nicht MSI-H oder dMMR ist, bei erwachsenen Patientinnen, bei denen die Erkrankung nach einer vorherigen platinbasierten Therapie progredient ist und für die ein kurativer chirurgischer Eingriff oder Bestrahlung nicht in Frage kommt. Eine Vergütung von KEYTRUDA kann nur mit dem Kombinationspartner Lenvatinib erfolgen, dessen Limitation die Kombinationstherapie (KEYTRUDA® + Lenvatinib) in der Indikation 2L Endometriumkarzinom explizit aufführt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.19 und 20408.03 (LENVIMA®)

Personalien Patientin/Patient

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Geschlecht:	Strasse:	Adresszusatz:
<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂		
PLZ:	Ort:	
Krankenversicherer:		Versicherten-Nr.:
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	

Medizinische Daten

Anforderungen gemäss Limitatio (kumulativ):

- Es handelt sich um ein fortgeschrittenes Endometriumkarzinom.
- KEYTRUDA® wird in Kombination mit Lenvatinib als 2L-Behandlung eingesetzt.
- MSI-H / dMMR Status: MSI-H konnte durch einen validierten Test nicht nachgewiesen werden.
- Die Erkrankung ist nach einer vorherigen platinbasierten Therapie progredient und ein kurativer chirurgischer Eingriff oder Bestrahlung kommt nicht in Frage.

Geplantes Therapieschema:

- KEYTRUDA® wird in Kombination mit Lenvatinib gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben, d.h. KEYTRUDA® 200mg alle 3 Wochen in Kombination mit Lenvatinib 20mg einmal täglich bis zu 24 Monate.

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](#)