

Limitatio (Auszug); Befristete Limitation bis 31.12.2028

**Ovarialkarzinom mit platin-sensitivem Rezidiv (2L+)**

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie von platin-sensitivem, rezidivierendem primären epithelialen serösen high-grade (hochgradig entdifferenzierten) Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom mit einer pathogenen oder vermutlich pathogenen Keimbahn-BRCA-Mutation, unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 2 vorangehende platinbasierte Chemotherapien, wobei für die letzte platinbasierte Chemotherapie folgendes zutreffen muss:

- o die Patientinnen haben mindestens 4 Zyklen der platinbasierten Therapie erhalten und vollständig oder partiell angesprochen

- o nach der letzten Behandlung muss die Patientin entweder eine Reduktion von  $\geq 30\%$  des Tumolvolumens gezeigt haben oder ein CA-125 im Normbereich aufgewiesen haben oder es muss eine CA-125-Senkung über 90% während der letzten platinbasierten Therapie erzielt worden sein, welche über mindestens 7 Tage stabil war (keine Zunahme > 15%)

- o nach der letzten Behandlung sind keine messbaren Läsionen > 2cm vorhanden

- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Kombinierte oder sequentielle Therapien wie beispielsweise Bevacizumab und Niraparib oder Immunonkologika und Niraparib sowie Retreatments in höheren Behandlungslinien nach einem weiteren Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21597.01**

**Personalien Patientin:**

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Name:                |                      | Vorname:             | Geb. Datum:          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Strasse:             |                      | Adresszusatz:        |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |
| PLZ:                 | Ort:                 |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |

**Krankenversicherer:**

|  |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|
| Krankenversicherer:                            |                      | Versicherten-Nr.:    |
| <input type="text"/>                           |                      | <input type="text"/> |
| Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): |                      | Adresszusatz:        |
| <input type="text"/>                           |                      | <input type="text"/> |
| PLZ:   | Ort:                 |                      |
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/> |                      |

**Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):**

Patientin ist an einem platin-sensitivem, rezidivierendem primären epithelialen serösen high-grade (hochgradig entdifferenzierten) (2L+)

Ovarial-     Tuben-     Peritonealkarzinom erkrankt.

Diagnosestellung (MM/JJJJ):

**Zur Vortherapie:**

Therapienaiv gegenüber PARP-Inhibitoren und Erhalt von mindestens 2 vorangegangene platinbasierte Chemotherapien.

Für die letzte platinbasierte Chemotherapie traf folgendes zu :

Die Patientin hat mindestens 4 Zyklen der platinbasierten Therapie erhalten und hat vollständig oder partiell angesprochen.

Nach der letzten Behandlung hat die Patientin entweder eine Reduktion von  $\geq 30\%$  des Tumolvolumens gezeigt oder eine CA-125 im Normbereich aufgewiesen haben oder es wurde eine CA-125-Senkung über 90% während der letzten platinbasierten Therapie erzielt worden sein, welche über mindestens 7 Tage stabil war (keine Zunahme > 15%).

Geplanter Beginn der Behandlung mit Zejula (MM/JJJJ):

**Bemerkungen, Ergänzungen:**

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Fachärztin/-arzt für Gynäkologie

Fachärztin/-arzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [Spezialitätenliste](#)