

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio: befristete Limitatio bis 31.10.2027

Limitatio (Auszug); Befristete Limitation bis 31.10.2027

**Ovarialkarzinom nach Erstlinienchemotherapie**

Niraparib wird vergütet nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes als Monotherapie zur Erhaltungstherapie von einem fortgeschrittenem (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko und einer BRCA-Mutation oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) mit genomischer Instabilität unter folgenden Voraussetzungen:

- Patientinnen mit einer neoadjuvanten Chemotherapie und Intervall-Debulking-Operationen oder Patientinnen im Stadium III mit sichtbarem Resttumor nach einer primären Debulking-Operation oder Patientinnen mit einer inoperablen Erkrankung im Stadium III oder Patientinnen mit einer Erkrankung im Stadium IV
- Patientinnen mit 6 bis maximal 9 Zyklen einer platinbasierten Erstlinien-Chemotherapie und mit Vorliegen einer kompletten oder partiellen ( $\geq 30\%$  Reduktion des Tumolvolumens oder normale CA-125-Level oder  $>90\%$  Rückgang der CA-125-Ausgangswerte über mindestens 7 Tagen während der Frontline-Therapie) Remission nach  $\geq 3$  Therapiezyklen
- Patientinnen mit keiner klinischen Evidenz einer Progression oder keinen steigenden CA-125-Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie

Die Vergütung erfolgt maximal 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: **21597.02****Personalien Patientin:**

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Krankenversicherer:**

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):** Patientin ist an einem  Ovarial-  Tuben-  Peritonealkarzinom erkrankt.

Diagnosestellung (MM/JJJJ):

Zur Vortherapie:

 Patientinnen mit einer neoadjuvanten Chemotherapie und Intervall-Debulking-Operationen oder Patientinnen im Stadium III mit sichtbarem Resttumor nach einer primären Debulking-Operation oder Patientinnen mit einer inoperablen Erkrankung im Stadium III oder Patientinnen mit einer Erkrankung im Stadium IV Patientinnen mit 6 bis maximal 9 Zyklen einer platinbasierten Erstlinien-Chemotherapie und mit Vorliegen einer kompletten oder partiellen ( $\geq 30\%$  Reduktion des Tumolvolumens oder normale CA-125-Level oder  $>90\%$  Rückgang der CA-125-Ausgangswerte über mindestens 7 Tagen während der Frontline-Therapie) Remission nach  $\geq 3$  Therapiezyklen Patientinnen mit keiner klinischen Evidenz einer Progression oder keinen steigenden CA-125-Werten nach dem Abschluss der Chemotherapie

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](#)