

KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.06

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.04.2028

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.

Melanom adjuvant (Monotherapie) KN054

(mit Preismodell)

Als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung und Lymphknotenmetastasen >1 mm und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die Vergütung ist eingeschränkt auf folgende Stadien: Nach AJCC 8th edition: soweit keine (Mikro-)Satelliten oder in-transit-Metastasen vorliegen bei Stadium IIIB, IIIC, IIID. Die adjuvante Therapie mit KEYTRUDA soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion erfolgen. Die Dosierung beträgt maximal 200 mg alle drei Wochen. Alternativ kann eine Therapie von maximal 400 mg alle sechs Wochen verabreicht werden. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten (18 Zyklen für die Therapie mit 200 mg alle 3 Wochen und 9 Zyklen für die Therapie mit 400 mg alle 6 Wochen) oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.06

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 ein adjuvantes Melanom mit regionaler Lymphknotenbeteiligung (Lymphknotenmetastasen >1 mm) und ohne locoregionalen Rückfall nach vollständiger Resektion ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms.

☐

Die Therapie mit KEYTRUDA® erfolgt innerhalb von 15 Wochen nach Resektion.

Datum der Resektion:

Stadium nach AJCC 8th edition: ☐ IIIB

☐ IIIC

☐ IIID

☐

Stets ohne in-transit-Metastasen und ohne (Mikro-)Satelliten

Geplantes Therapieschema und -beginn:

☐

KEYTRUDA® wird gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben, d.h. KEYTRUDA® 200mg alle 3 Wochen oder 400mg alle 6 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](#)