

**KEYTRUDA® (Pembrolizumab)****Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage**

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.07

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.

**Urothelkarzinom (Monotherapie) KN045**

(mit Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom bei Erwachsenen, die innerhalb der letzten 24 Monate mit platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt wurden. Patienten, deren platinbasierte Therapie länger als 24 Monate zurückliegt, sollen vor Beginn einer Behandlung mit KEYTRUDA® erneut in erster Linie platinbasiert behandelt werden, erst bei erneuter Progression auf diese Therapie innerhalb von 24 Monaten soll in der 2. Linie mit der Therapie von KEYTRUDA® begonnen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.07

**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 lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Urothelkarzinom.

☐

Patient(in) wurde innerhalb der letzten 24 Monate mit einer platinbasierter Chemotherapie vorbehandelt.

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](#)