

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

Kostengutsprachegesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.14

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.

2L nicht resezierbares metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Monotherapie) KN164

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren oder metastasierten kolorektalen Karzinom (CRC) mit hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) oder fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin bei Erwachsenen

- ohne vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen

- ohne Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

Die fehlerhafte DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hohe Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) müssen mit einem validierten Test nachgewiesen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.14

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 nicht resezierbares oder metastasiertes kolorektales Karzinom (CRC).

☐

MSI-H / dMMR Status: MSI-H oder dMMR Status durch Test bestätigt.

☐

KEYTRUDA® wird nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin eingesetzt.

☐

Patient(in) hatte keine vorherige Therapie mit monoklonalen Antikörpern innerhalb von 2 Wochen.

☐

Patient(in) hatte keine Chemotherapie, targeted Smallmolecule-Therapie oder Radiotherapie 2 Wochen vorher.

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](#)