

# KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.20

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.

### 1L HER2+ Magenkarzinom oder Karzinom des gastroösophagealen Übergangs (GEJC) (in Kombination mit Trastuzumab, Fluoropyrimidin und platinbasierter Chemotherapie) KN811

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® in Kombination mit Trastuzumab, Fluoropyrimidin- und platinbasierter Chemotherapie wird vergütet zur Erstlinienbehandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem oder metastasiertem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, deren Tumore PD-L1 mit einem CPS  $\geq 1$  exprimieren. Wenn unter vorangegangener Therapie mit einem Anti-PD-1-, Anti-PD-L1-, Anti-PD-L2-, Anti-CD137- oder Anti-CTLA-4-Antikörper oder einem anderen Antikörper oder Arzneimittel, der/das spezifisch auf die Co-Stimulation von T-Zellen oder Checkpoint-Signalwege abzielt eine Tumorprogression beobachtet wurde, ist eine weitere Vergütung von Pembrolizumab ausgeschlossen. Für Patienten, deren Behandlung vor dem 01.07.2025 begonnen wurde, gilt die zusätzliche Einschränkung in Bezug auf die Tumorprogression nicht.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.20

### 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

#### Anforderungen gemäss Limitatio (kumulativ):

- ☐ Es handelt sich um ein lokal fortgeschrittenes, nicht resezierbares oder metastasiertes HER2-positives Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs.
- ☐ PD-L1 Status: Combined Positive Score (CPS)  $\geq 1$  durch Test bestätigt.
- ☐ KEYTRUDA® wird in Kombination mit Trastuzumab, Fluoropyrimidin und platinbasierter Chemotherapie als Erstlinienbehandlung eingesetzt.
- ☐ Keine Tumorprogression unter vorangegangener Therapie mit einem Anti-PD-1-, Anti-PD-L1-, Anti-PD-L2-, Anti-CD137- oder Anti-CTLA-4-Antikörper oder einem anderen Antikörper oder Arzneimittel, der/das spezifisch auf die Co-Stimulation von T-Zellen oder Checkpoint-Signalwege abzielt.

#### Geplantes Therapieschema:

- ☐ KEYTRUDA® wird in Kombination mit Trastuzumab, Fluoropyrimidin und platinbasierter Chemotherapie gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben. Die Therapie besteht aus KEYTRUDA® 200mg, Trastuzumab 8 mg/kg bei der ersten Infusion und 6 mg/kg in den folgenden Zyklen, gefolgt von einer Kombinationschemotherapie nach Wahl des Studienarztes.

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](#)