

# KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

Kostengutsprachegegesuch zu Handen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.04.2028

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Indikationscode: 20416.25

### 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.

### Nierenzellkarzinom (RCC) adjuvant KN564

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® als Monotherapie wird vergütet für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit klarzelligem Nierenzellkarzinom bei intermediär-hohem oder hohem Rezidivrisiko nach Nephrektomie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen. KEYTRUDA® wird maximal über 12 Monate (17 Zyklen) vergütet. Folgendes Kriterium muss zudem erfüllt sein: Keine vorhergegangene systemische Krebstherapie in den letzten 12 Monaten: Radiotherapie für RCC, Therapie mit monoklonalen Antikörpern oder Chemotherapie, Therapie mit Immunsuppressiva im Zusammenhang mit einer onkologischen Behandlung.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.25

### 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 klarzelliges Nierenzellkarzinom bei intermediär-hohem oder hohem Rezidivrisiko nach Nephrektomie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen.
- Keine vorhergegangene systemische Krebstherapie in den letzten 12 Monaten:
  - Radiotherapie für RCC
  - Therapie mit monoklonalen Antikörpern oder Chemotherapie
  - Therapie mit Immunsuppressiva im Zusammenhang mit einer onkologischen Behandlung

#### Geplantes Therapieschema:

- KEYTRUDA® wird gemäß der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben, d.h. KEYTRUDA® 200mg alle 3 Wochen bis zu maximal 12 Monate.

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](#)