

Keytruda® (Pembrolizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.12

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 31.12.2024

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.

3L Primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL) (Monotherapie) KN170

(mit Preismodell)

Keytruda® als Monotherapie zur Behandlung des refraktären oder rezidivierenden primären mediastinalen grosszelligen B-Zell-Lymphoms (rrPMBCL) bei Erwachsenen

- mit mindestens 2 Vorbehandlungen, von denen mindestens eine mit Rituximab durchgeführt wurde UND

- die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen oder einen Rückfall nach Transplantation hatten.

Nicht zur Behandlung von Patienten mit PMBCL, die eine dringende zytoreduktive Therapie benötigen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.12

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 refraktäres oder rezidivierendes primäres mediastinales grosszelliges B-Zell-Lymphom (rrPMBCL).
- Patient(-in) hat mindestens 2 Vorbehandlungen, davon mindestens eine mit Rituximab, erhalten.
- Patient(-in) kommt für eine autologe Stammzelltransplantation nicht in Frage oder hatte einen Rückfall nach Transplantation.
- Patient(-in) benötigt keine dringende zytoreduktive Therapie.

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](#)