

## Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

### Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel

Bereich Arznei- und Verbandmittel

**Voraussetzung:** Verordnung in Indikationen, in denen ein Zusatznutzen festgestellt wurde und ab dem Zeitpunkt, ab dem ein Erstattungsbetrag gilt.

Stand der Wirkstoffliste: 17.03.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen nur mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L04AA27 Fingolimod	Ja
		N02BG10 Nabiximols	Ja
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AE12 Boceprevir	Ja
		J05AE11 Telaprevir	Ja
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	R07AX02 Ivacaftor	Ja
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L01BC08 Decitabin	Ja
		L01CD04 Carbazitaxel	Ja
		L01CX12 Brentuximab	Ja
		L01XX41 Eribulin	Ja
		L01XC11 Ipilimumab	Ja
		L01XC13 Pertuzumab	Ja
		L01XE12 Vandetanib	Ja
		L01XE14 Bosutinib	Ja
		L01XE15 Vemurafenib	Ja
		L01XE16 Crizotinib	Ja
		L01XE18 Ruxolitinib	Ja
L01XE24 Ponatinib	Ja		
L01XX43 Vismodegib	Ja		
L01XX44 Aflibercept	Ja		

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungs- positionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
		L04AX06 Pomalidomid	Ja
		L01XE21 Regorafenib	Ja
		L01XE13 Afatinib	Ja
		L01XC03 Trastuzumab Emtansin	Ja
		L01XE17 Axitinib	Ja
		L01XE26 Cabozatinib	Ja
		L01XE27 Ibrutinib	Ja
		L01XE29 Lenvatinib	Nein
		L01XE31 Nintedanib	Ja
		L01XC17 Nivolumab	Nein
		L01XC15 Obinutuzumab	Ja
		L01XX46 Olaparib	Nein
		L01XC18 Pembrolizumab	Nein
		L01XC20 Ramucirumab bei Therapie des Magen-CA	Ja
		L01XX42 Panobinostat	Nein
		L01XE23 Dabrafenib nur in Kombination mit Trametinib	Nein
		L01XE25 Trametinib	Nein
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J05AR08 Emtricitabin+ Rilpivirin+ Tenofoviridisoproxil  J05AG05 Rilpivirin  J05AX12 Dolutegravir  J05AR13 Dolutegravir/Abacivir/ Lamivudin	Ja  Ja Ja Ja
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA28 Belatacept	Ja

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

<b>Abrechnungs- positionen</b>	<b>Indikationen / Therapien</b>	<b>Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe</b>	<b>Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016</b>
99749A	Pulmonale arterielle Hypertonie	C02KX04 Macitentan C02KX05 Riociguat	Ja Ja
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB12 Elosulfase alfa	Ja
99762A	Mittelschwere bis schwere Plaque Psoriasis	L04AC10 Secukinumab	Nein
99794A	Transthyretin-Amyloidose	N07XX08 Tafamidis meglumin	Ja
99795A	Systemischer Lupus erythematodes	L04AA26 Belimumab	Ja
99796A	Therapie des Morbus Cushing	H01CB05 Pasireotid	Ja
99798A	Myelofibrose Polycythaemia vera	L01XE18 Ruxolitinib	Ja
99799A	Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektiven TEP, Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF02 Apixaban	Ja
99800A	Clostridium-difficile-assozierte Diarrhoe	A07AA12 Fidaxomicin	Ja
99801A	Angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese	A05AA03 Cholsäure	Ja
99802A	Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF03 Edoxaban	Nein
99803A	Familiäre Lipoproteinasedefizienz mit Pankreatitisschüben	C10AX10 Alipogentiparvovec	Ja
99804A	Idiopathische Lungenfibrose	L01XE31 Nintedanib	Ja
99805A	Kurzdarmsyndrom	A16AX08 Teduglutid	Ja
99806A	Lebersche hereditäre	N06BX13 Idebenon	Nein

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

<b>Abrechnungs- positionen</b>	<b>Indikationen / Therapien</b>	<b>Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe</b>	<b>Erstattungsbetrag festgelegt</b> Stand: 01.03.2016
	Optikusneuropathie		
99807A	Enzymersatztherapie bei Mangel an lysosomaler saurer Lipase	Sebelipase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein
99808A	Enzymersatztherapie bei Hypophosphatasie	Asfotase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein

Aktueller Stand der festgelegten Erstattungsbeträge siehe: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

\* für die ab 01.01.2014 zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren siehe Anlage 1, Teil A, Abs. 5 und Anlage 1, Teil B zur der Prüfvereinbarung