

# 1. Nachtrag vom 14.03.2017

## zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen -  
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch Frau Andrea Epkes,
- BKK Landesverband Mitte  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- BARMER
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Prüfvereinbarung wie folgt anzupassen:

1. Die bisherige Anlage 1.1 - Praxisbesonderheiten Bereich Arznei- und Verbandmittel wird aktualisiert und durch nachfolgende **Anlage 1.1** - Praxisbesonderheiten Bereich Arznei- und Verbandmittel (Stand: 01.01.2015) ersetzt.
2. Die bisherige Anlage 1.1a - Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel wird aktualisiert und durch nachfolgende **Anlage 1.1a** - Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel (Stand: 15.12.2016) ersetzt.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.03.2017

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

#### Anlagen

1.1 – Praxisbesonderheiten: Bereich Arznei- und Verbandmittel (Stand: 01.01.2015)

1.1a – Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel (Stand: 15.12.2016)

# Anlage 1.1 zum 1. Nachtrag vom 14.03.2017 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

## Praxisbesonderheiten:

Bereich Arznei- und Verbandmittel  
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

**Gültigkeit:** ab 2017

Stand der Wirkstoffliste: 01.01.2015

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
99710A	Therapie des M. Gaucher und der Niemann-Pick-Krankheit - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A16AB02 A16AB10 A16AX06	Imiglucerase Velaglucerase alfa Miglustat
99711A	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03GA01 G03GA02  G03GA04 G03GA05 G03GA06 G03GA07 G03GA08  G03GA09 G03GA21  H01CA01 H01CA02 H01CC01 H01CC02	Choriongonadotropin hum. menopaus. Gonadotropin Urofollitropin Follitropin alfa Follitropin beta Lutropin alfa Choriongonadotropin alfa Corifollitropin alfa Lutropin alfa und Follitropin alfa Gonadorelin Nafarelin Ganirelix Cetrorelix
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L03AB07 L03AB08 L03AX13	Interferon beta-1a Interferon beta-1b Glatirameracetat
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AB04 J05AF05 J05AF07  J05AF08 J05AF10 J05AF11 L03AB04 L03AB05 L03AB10 L03AB11 L03AB61	Ribavirin Lamivudin Tenofovir disoproxil (auch bei HIV enthalten) Adefovir dipivoxil Entecavir Telbivudin Interferon alfa-2a Interferon alfa-2b Peginterferon alfa-2b Peginterferon alfa-2a Peginterferon alfa-2a, Kombination
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	J01DF01 J01GB01 J01XB01 R05CB13 R05CB16	Aztreonam Tobramycin Colistin Dornase alfa Mannitol
99715A	Arzneimitteltherapie der fortgeschrittenen und terminalen Niereninsuffizienz - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	B03XA H05BX01 H05BX02 L04AD01	Andere Antianämika Cinacalcet Paricalcitol Ciclosporin
99716A	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln inkl. entspr. Rezepturbereitungen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	Einzeldosenzubereitung: 2567107 2567113 2567136 N07BC01 N07BC02 N07BC05 N07BC51	L-Polamidon Subutex Suboxone Buprenorphin Methadon Levomethadon Buprenorphin, Komb. (Suboxone)

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		09999086	Sonder-PZN für Methadonzubereitungen
99717A	Behandlung von Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs mit Wachstumshormonen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	H01AC	Somatotropin und Somatotropin- Agonisten
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	A03FA05 A04AA01 A04AA02 A04AA03 A04AA04 A04AA05 A04AD12 A04AD12 B03XA G03HA01 H01CB02 H05BX01 J06BA L01AA01 L01AA02 L01AA03 L01AA06 L01AA07 L01AA09 L01AB01 L01AB02 L01AC01 L01AD01 L01AD02 L01AD06 L01AX03 L01AX04 L01BA01 L01BA04 L01BB02 L01BB03 L01BB04 L01BB05 L01BB07 L01BC01 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01BC07 L01BC53 L01CA01 L01CA02 L01CA03 L01CA04 L01CA05 L01CB01 L01CB02 L01CD01 L01CD02 L01CX01 L01DA01 L01DB01 L01DB02 L01DB03 L01DB06	Alizaprid Ondansetron Granisetron Tropisetron Dolasetron Palonosetron Aprepitant Fosaprepitant Antianämika Cyproteron Octreotid Cinacalcet Immunglobuline Cyclophosphamid Chlorambucil Melphalan Ifosfamid Trofosfamid Bendamustin Busulfan Treoosulfan Thiotepa Carmustin Lomustin Nimustin Temozolomid Dacarbazin Methotrexat Pemetrexed 6-Mercaptopurin 6-Tioguanin Cladribin Fludarabin Nelarabin Cytarabin Fluorouracil Gemcitabin Capecitabin Azacitidin Tegafur, Kombinationen Vinblastin Vincristin Vindesin Vinorelbin Vinflunin Etoposid Teniposid Paclitaxel Docetaxel Trabectedin Dactinomycin Doxorubicin Daunorubicin Epirubicin Idarubicin

Abrechnungs- positionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L01DB07 Mitoxantron
		L01DC01 Bleomycin
		L01DC03 Mitomycin
		L01XA01 Cisplatin
		L01XA02 Carboplatin
		L01XA03 Oxaliplatin
		L01XB01 Procarbazin
		L01XC02 Rituximab
		L01XC03 Trastuzumab
		L01XC04 Alemtuzumab
		L01XC06 Cetuximab
		L01XC07 Bevacizumab
		L01XC08 Panitumumab
		L01XC09 Catumaxomab (intraperit. Behandlung des malignen Ascites)
		L01XC10 Ofatumumab
		L01XD01 Porfimer natrium
		L01XD03 Methylaminolevulinat
		L01XD05 Temoporfin
		L01XE01 Imatinib
		L01XE02 Gefitinib
		L01XE03 Erlotinib
		L01XE04 Sunitinib
		L01XE05 Sorafenib
		L01XE06 Dasatinib
		L01XE07 Lapatinib
		L01XE08 Nilotinib
		L01XE09 Temsirolimus
		L01XE10 Everolimus
		L01XE11 Pazopanib
		L01XX01 Amsacrin
		L01XX02 Asparaginase
		L01XX05 Hydroxycarbamid
		L01XX08 Pentostatin
		L01XX09 Miltefosin
		L01XX11 Estramustin
		L01XX14 Tretinoin
		L01XX17 Topotecan
		L01XX19 Irinotecan
		L01XX22 Alitretinoin
		L01XX23 Mitotan
		L01XX24 Pegaspargase
		L01XX25 Bexaroten
		L01XX32 Bortezomib
		L02AB01 Megestrol
		L02AB02 Medroxyprogesteron
		L02AE01 Buserelin
		L02AE02 Leuprorelin
		L02AE03 Goserelin
		L02AE04 Triptorelin
		L02AE05 Histrelin
		L02BA01 Tamoxifen
		L02BA02 Toremfifen
		L02BA03 Fulvestrant
		L02BB01 Flutamid
		L02BB03 Bicalutamid
		L02BG01 Aminoglutethimid
		L02BG02 Formestan
		L02BG03 Anastrozol
		L02BG04 Letrozol
		L02BG06 Exemestan

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		L02BX01 L02BX02 L03AA02 L03AA10 L03AA13 L03AB02 L03AB04 L03AB05 L03AC01 L03AX03 L03AX11 L03AX14 L03AX15 L03AX16  L01XE10 L04AX02 L04AX04 M05BA02 M05BA03 M05BA05 M05BA06 M05BA08 M05BX04 V03AF01  indiv. parentale 02567461  02567478  09999092  09999152  V03AF02 V03AF03 V03AF05 V03AF06 V03AF07 V03AF08	Abarelix Degarelix Filgrastim Lenograstim Pegfilgrastim Interferon beta, natürlich Interferon alfa-2a Interferon alfa-2b Aldesleukin BCG-Impfstoff Tasonermin Histamin dihydrochlorid Mifamurtid Plerixafor (Mobilisierung hämatopoet. Stammzellen)  Everolimus Thalidomid Lenalidomid Clodronsäure Pamidronsäure Tiludronsäure Ibandronsäure Zoledronsäure Denusomab Mesna  Lösungen: Sonder-PZN für parenterale Folinat-Lösungen  Sonder-PZN für Rezepturen monoklonaler Antikörper  Sonder-PZN für Zytostatika-Rezepturen Sonder-PZN für sonst. parenterale Zubereitungen  Dexrazoxan Calciumfolinat Amifostin Natriumfolinat Rasburicase Palifermin
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J04AB04 J05AB14 J05AD01 J05AE01 J05AE02 J05AE03 J05AE04 J05AE05 J05AE07 J05AE08 J05AE09 J05AE10 J05AF01 J05AF02 J05AF03 J05AF04 J05AF05 J05AF06 J05AF07 J05AF09	Rifabutin Valganciclovir Foscarnet Saquinavir Indinavir Ritonavir Nelfinavir Amprenavir Fosamprenavir Atazanavir Tipranavir Darunavir Zidovudin Didanosin Zalcitabin Stavudin Lamivudin Abacavir Tenofovir disoproxil Emtricitabin

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		J05AG01 J05AG03 J05AG04 J05AR01 J05AR02 J05AR03  J05AR04  J05AR06  J05AR10 J05AX07 J05AX08 J05AX09 L03AA02	Nevirapin Efavirenz Etravirin Zidovudin+Lamivudin Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil Zidovudin+Lamivudin+ Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil+ Efavirenz Lopinavir+Ritonavir Enfuvirtid Raltegravir Maraviroc Filgrastim
99720A	Insulintherapie und Teststreifenverordnung beim insulinpflichtigen Diabetes mellitus	A10AB01 A10AB04 A10AB05 A10AB06 A10AC01 A10AD01 A10AD04 A10AD05 A10AE04 A10AE05 V04CA03/	Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glulisin Insulin (human) Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glargin Insulin detemir Teststreifen
99721A	Therapie von Erkrankungen des rheumat. Formenkreises (inkl. Psoriasisarthritis) mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren und Interleukininhibitoren, monoklonalen Antikörpern, Fusionsproteinen und Immunsuppressiva - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AA24 L04AB01 L04AB02 L04AB04 L04AB05 L04AB06 L04AC03 L04AC07 L01XC02	Abatacept Etanercept Infliximab Adalimumab Certolizumab pegol Golimumab Anakinra Tocilizumab Rituximab
99722A	Therapie von chron. entzündlichen Darmerkrankungen mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AB02 L04AB04	Infliximab Adalimumab
99723A	Behandlung des M. Fabry (Enzyme)	A16AB03 A16AB04	Agalsidase alfa Agalsidase beta
99724A	photodynamische Therapie mit Verteporfin bei exudativer (feuchter) altersbezogener Makuladegeneration (AMD) mit vorwiegend klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen (CNV)	S01LA01	Verteporfin
99725A	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	J06BB16	Palivizumab
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA02 L04AA03	Muromonab-CD3 Antilymphozytäres IG



Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L04AA04 Antithymozytäres IG L04AA06 Mycophenolsäure L04AA10 Sirolimus L04AA18 Everolimus L04AC01 Daclizumab L04AD01 Ciclosporin L04AD02 Tacrolimus
99728A	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	B02BD01 Gerinnungsfaktoren II,VII,IX,X in Kombination B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII B02BD03 Faktor-VIII-Inhibitorbypass-Aktivität B02BD04 Gerinnungsfaktor IX B02BD05 Gerinnungsfaktor VII B02BD06 Von Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination B02BD07 Gerinnungsfaktor XIII B02BD08 Eptacog alfa (aktiviert) B02BD09 Nonacog alfa B02BD10 VonWillebrand-Faktor B02BD31 Moroctocog alfa B02BD15 Octocog alfa
99731A	Therapie chronischer Schmerzen mit starkwirksamen Opiaten unter Beachtung des WHO-Schmerzschemas	N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin
99734A	Spezifische Immuntherapie, Hyposensibilisierung	V01AA Allergen-Extrakte
99744A	Passive Immunisierung von Patienten mit spezifischen Immunglobulinen	J06BB03 Varizella/Zoster-IG J06BB04 Hepatitis B-IG J06BB05 Tollwutimmunglobulin J06BB09 CMV-IG
99749A	Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	B01AC11 Iloprost B01AC21 Treprostinil C02KX01 Bosentan C02KX02 Ambrisentan C02KX04 Sildenafil C02KX05 Tadalafil C02KX08 Iloprost
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB05 Laronidase A16AB08 Galsulfase A16AB09 Idursulfase
99762A	Therapie mit TNF-Alpha-Inhibitoren und monoklonalen Antikörpern entsprechend der Arzneimittelzulassung bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vom Plaquetyp	L04AB01 Etanercept L04AB02 Infliximab L04 AB04 Adalimumab L04AC05 Ustekinumab
99763A	Parenterale Ernährung bei strenger Indikation gemäß Arzneimittel-Richtlinien	B05BA Lösungen zur parenteralen Ernährung
99764A	Substitution/Therapie des Alpha-1-Proteinaseinhibitormangels (z. B. Prolastin HS)	B02AB02 Alfa1-Antitrypsin
99765A	Behandlung der Narkolepsie mit Kataplexie mit dafür zugelassenen Präparaten	N06AA04 Clomipramin N06BA04 Methylphenidat N06BA07 Modafinil N07XX04 Natriumoxybat
99766A	Behandlung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobulinurie	L04AA25 Eculizumab
99767A	Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose	N07XX02 Riluzol
99774A	Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom	N07XX05 Amifampridin
99775A	Hyponatriämie bei SIADH	C03XA01 Tolvaptan
99776A	Störungen des Harnstoffzyklus	A16AA05 Carglumsäure

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
	angeborene Störungen: Carbamylphosphatsynthetase-Mangel Ornithintranscarbamylase-Mangel Argininsuccinatsynthetase-Mangel N-Acetylglutamatsynthetase-Mangel (Hyperammonämie)	A16AX03	Natriumphenylbutyrat
99777A	Tyrosinämie	A16AX04	Nitisinon
99778A	Behandlung von CAPS	L04AC08	Canakinumab
99779A	Morbus Pompe	A16AB07	Alglucosidase alfa
99780A	Behandlung des hereditären Angioödems, akut	B06AC01	C <sub>1</sub> - Inhibitor, aus Plasma gewonnen
		B06AC02	Icatibant
99781A	Behandlung der PKU	A16AX07	Sapropterin
99782A	Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bei schwerem IGF 1-Mangel	H01AC03	Mecasermin
99783A	Intrathekale Analgesie	N02BG08	Ziconotid
99784A	Chronische immun-(idiopathische) throm- bozytopenische Purpura	B02BX04	Romiplostim
		B02BX05	Eltrombopag
99785A	Therapie des Fibrinogenmangels, erworben oder kongenital oder akut	B02BB01	Fibrinogen, human
99786A	Therapie des Antithrombinmangels, erworben oder angeboren	B01AB02	Antithrombin III, Antithrombin alfa
99787A	Blutprodukte entspr. Transfusionsgesetz	B05A	Blut und verwandte Produkte, exkl. Volumenersatzmittel (Dextrane, gelatine-haltige Mittel, Hydroxyethylstärke sowie jeweils in Komb.), exkl. Stammzellen aus Nabelschnurblut
99788A	Therapie der heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ 2	B01AE03	Argatroban
99735A	Therapie der Hypothalamus- und Hypophysenerkrankungen einschl. der Akromegalie	H01AX01	Pegvisomant
99789A	Adjuvante Therapie der Homocystinurie	A16AA06	Betain
99790A	Beta-Thalassämie, Patienten mit chron. Transfusionsbedingter Eisenüberladung	V03AC03	Deferasirox
99791A	Therapie des Morbus Wilson	A16AX05	Zinkacetat
99792A	Systemische Sklerodermie	C02KX01	Bosentan
99793A	Essentielle Thrombozythämie	L01XX35	Anagrelid

Darüber hinaus gelten die gesetzlich vorgegebenen Praxisbesonderheiten gemäß Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S.1, Abs. 2 SGB V, nach § 7 Abs. 3, 4 Satz 2, Anlage 1 Teil A, Abs. 8 und 10 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung.

\* 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 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung

## Anlage 1.1a zum 1. Nachtrag vom 14.03.2017 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: 15.12.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 24.01.2017
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
		R07AX30Lumacaftor/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		

Abrechnungs- positionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 24.01.2017
		L01XX43 Vismodegib	Ja
		L01XX44 Aflibercept	Ja
		L04AX06 Pomalidomid	Ja
		L01XE21 Regorafenib	Ja
		L01XE13 Afatinib	Ja
		L01XC03 Trastuzumab Emtansin	Ja
		L01XE17 Axitinib	Ja
		L01XE26 Cabozatinib	Ja
		L01XE27 Ibrutinib	Ja
		L01XE29 Lenvatinib	Ja
		L01XE31 Nintedanib	Ja
		L01XC17 Nivolumab (nicht für Indikationen die als bundesweite Praxisbesonderheit gelten)	Ja
		L01XC15 Obinutuzumab	Ja
		L01XX46 Olaparib	Ja
		L01XC18 Pembrolizumab	Ja
		L01XC20 Ramucirumab bei Therapie des Magen-CA	Ja
		L01XX42 Panobinostat	Ja
		L01XE23 Dabrafenib nur in Kombination mit Trametinib	Ja
		L01XE25 Trametinib	Ja
		L01XC19 Blinatumomab	Nein
		L01XC45 Carfilzomib (in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason)	Nein
		L01XE38 Cobimetinib (in Kombination mit Vemurafenib)	Ja

Anlage 1.1a zum 1. Nachtrag vom 14.03.2017 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 24.01.2017
		L01XX47 Idelalisib (in Kombination mit Rituximab)	Ja
		L01XC21 Ramucirumab	Ja
		L01XC24 Daratumumab	Nein
		L01XC23 Elotuzumab (in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason)	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
99723A	Behandlung des M. Fabry (alfa-Galactosidase Mangel)	A16AX14 Migalastad	Nein
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA28 Belatacept	Ja
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 (nicht für Indikationen die als bundesweite Praxisbesonderheit gelten)	Nein
99794A	Transthyretin-Amyloidose	N07XX08 Tafamidis meglumin	Ja
99795A	Systemischer Lupus erythematodes	L04AA26 Belimumab	Ja
99796A	Therapie des Morbus Cushing	H01CB05 Pasireotid	Ja
99798A	Polycythaemia vera	L01XE18 Ruxolitinib (nicht für Indikationen die als bundesweite Praxisbesonderheit gelten)	Ja
99799A	Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektiven TEP, Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen	B01AF02 Apixaban	Ja

Anlage 1.1a zum 1. Nachtrag vom 14.03.2017 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 24.01.2017
	Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE		
99800A	Clostridium-difficile-assoziierte 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	Ja
99803A	Familiäre Lipoproteinasedefizienz mit Pankreatitisschüben	C10AX10 Alipogentiparvovec	Ja
99805A	Kurzdarmsyndrom	A16AX08 Teduglutid	Ja
99807A	Enzymersatztherapie bei Mangel an lysosomaler saurer Lipase	A16AB14 Sebelipase alfa	Ja
99808A	Enzymersatztherapie bei Hypophosphatasie	A16AB13 Asfotase alfa	Ja
99809A	Inversive Aspergillose, Mucomycose bei Patienten bei denen Amphotericin B nicht angemessen ist	J02AC05 Isavuconazol	Ja
99810A	Prävention von Phototoxizität bei Patienten mit erythropoetischer Protoporphyrurie	D02BB02 Afamelanotid	Nein
99811A	Zusatzbehandlung bei schwerem refraktärem eosinophilem Asthma	R03DX09 Mepolizumab	Nein
99813A	Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit einem Myocardinfarkt in der Vorgeschichte und einem hohen Risiko für die Entwicklung eines atherothrombotischen Ereignisses	B01AC24 Ticagrelor in Kombination mit ASS (nicht für Indikationen die als bundesweite Praxisbesonderheit gelten)	Ja

Anlage 1.1a zum 1. Nachtrag vom 14.03.2017 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

<b>Abrechnungs- positionen</b>	<b>Indikationen / Therapien</b>	<b>Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe</b>	<b>Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 24.01.2017</b>
99814A	Duchenne- Muskeldystrophie	M09AX03 Ataluren	Ja

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