

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
1	Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität gem. Richtlinien zur künstlichen Befruchtung	99910B	H01CC	Gonadotropin-Releasing-Hormon-Antagonisten	Die Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA sind einzuhalten.
			H01CA	Gonadotropin-Releasing-Hormone	
			G03GA	Gonadotropine	
			G03GB	Ovulationsauslöser, synthetisch	
2	Therapie der schubförmig bzw. sekundär progredienten Multiplen Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten	99910C	L03AB07	Interferon-beta-1a	Die automatische Absetzung erfolgt nur in Höhe der Kosten einer entsprechenden Interferontherapie, die (Preis-)Differenz zum jeweiligen Präparat ist gesondert geltend zu machen und wird bei Indikationsnachweis im Prüfverfahren anerkannt.
			L03AB08	Interferon-beta-1b	
			L04AA23	Natalizumab	
			L04AA27	Fingolimod	
			L04AA31	Teriflunomid	
			N07XX09	Dimethylfumarat	
L03AX13	Glatirameracetat				
3	Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	99910D	L03AB04	Interferon-alpha-2a	
			L03AB05	Interferon-alpha-2b	
			L03AB10	Peginterferon alfa-2b	
			L03AB11	Peginterferon alfa-2a	
			J05AB04	Ribavirin	
			J05AF	Inhibitoren der Reversen Transskriptase	
J05AP	Antivirale Mittel zur Behandlung von Hepatitis-C-Infektionen				
4	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	99910E	R05CB13	Dornase alfa	Die Anerkennung als Praxisbesonderheit erfolgt im Vorwegabzug für Versicherte ab dem 12. Lebensjahr.
			J01GB01	Tobramycin	
			R07AX02	Ivacaftor	
			9999123, 6460903, 06460926	individuell hergestellte antibiotikahaltige Infusionslösungen	
			J01DF01	Aztreonam	
			J01XB01	Colistin	
5	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypo-	99910H	H01AC	Somatropin und Somatropin-Agonisten	Die automatische Absetzung erfolgt nur in Höhe des Preises für die entsprechenden Biosimilars, sofern solche existent sind. Die Preisdifferenz zu den Originalpräparaten wird im Prüfverfahren

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
	physärem Minderwuchs				anerkannt, wenn nachgewiesen wird, dass Umstellungen nicht möglich/indiziert waren. Neueinstellungen sollten mit Biosimilars erfolgen, sofern medizinisch möglich.
6	<p>Orale und parenterale Chemotherapie mit antineoplastischen Mitteln bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga bzw. –antagonisten, Zytokine, Interferone – auch als Rezepturzubereitung, notwendige Begleitmedikation mit Antiemetika vom Typ der Serotonin-5HT-Antagonisten und Entgiftungsmitteln</p> <p>*) Für Verordnungszeiträume vor Gültigkeit der PZN 9999092 bzw. 9999152 werden die Verordnungs-kosten der PZN 9999011 in Abzug gebracht.</p> <p>Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Hautärzte und Gynäkologen.</p>	999101	<p>9999092, 6460866, 6460872</p> <p>9999152, 6460978, 6460984</p> <p>2567461, 6460990, 6461009, 2567478, 6461015, 6461021</p>	<p>zytostatikahaltige Lösung *)</p> <p>sonstige parenterale Lösung *)</p> <p>Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit Folinaten, Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern</p>	<p>Innerhalb der verschiedenen für eine Indikation zur Auswahl stehenden Therapieschemata ist neben den medizinischen Aspekten auf Wirtschaftlichkeit zu achten.</p> <p>außer Mistelextrakt, Thymusdrüsenextrakt und Fluorouracil Kombinationen</p>
			L01	Antineoplastische Mittel	
			L02A	Hormone und verwandte Mittel	
			L02B	Hormonantagonisten	
			L03AA	Koloniestimulierende Faktoren	
			L03AB	Interferone	
			L03AC	Interleukine	
			A04AA	5HT3-Antagonisten	
			A04AD12	Aprepitant	
			V03AF	Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika	
			J06BA01	Immunglobuline z. extravasalen Anwendung.	
			J06BA02	Immunglobuline z. intravasalen Anwendung.	
			H01CB02 H01CB03	Anti-Wachstumshormone	

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
			B03XA	Antianämika	Die automatische Absetzung erfolgt nur in Höhe des Preises für die entsprechenden Biosimilars, sofern solche existent sind. Die Preisdifferenz zu den Originalpräparaten wird im Prüfverfahren anerkannt, wenn nachgewiesen wird, dass Umstellungen nicht möglich/indiziert waren. Neueinstellungen sollten mit Biosimilars erfolgen, sofern medizinisch möglich. Der Therapiehinweis des G-BA ist einzuhalten.
	Bisphosphonate und monoklonale Antikörper zur Behandlung von tumorinduzierter Metastasen Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Hautärzte und Gynäkologen.	99910I	M05BX04	Denosumab	NUR XGEVA
			M05BA02	Clodronsäure	
			M05BA03	Pamidronsäure	
			M05BA06	Ibandronsäure	außer ausschließlich für die Osteoporosetherapie zugelassene Fertigarzneimittel
			M05BA08	Zoledronsäure	
7	Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen	99910K	J05AB06	Ganciclovir	
			J05AB12	Cidofovir	
			J05AD	Phosphonsäure- Derivate	Ohne J05AD01
			J05AE	Proteasehemmer	
			J05AG	Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase	
			J05AR	Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen	
			J05AX07	Enfuvirtid	
			J05AX08	Raltegravir	
			J05AX09	Maraviroc	
			P01CX01	Pentacarinat	
8	Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.	99910L	A10A	Insuline und Analoga	Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe der in der Vergleichsgruppe im Prüffahr bei Insulinen zustande gekommenen Durchschnittskosten je DDD. Bei den Insulinanaloga wird die im Prüffahr bestehende durchschnittliche AVP-Differenz zwischen Humaninsulinen und Insulinanaloga ebenfalls anerkannt.

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
9	Blutzuckerteststreifen im Rahmen DMP Diabetes mellitus Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.	99313X-Z 99343K,Z 99910X-Z 99913Z	V04CA03	Glucose-Testzone, Blut	Der automatische Vorweg-Abzug erfolgt bis zu einem Betrag von 0,40 EUR pro Blutzuckerteststreifen.
10	zur Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises zugelassene TNF Alpha-Inhibitoren, monoklonaler Antikörper, Fusionsproteine und Interleukin-Inhibitoren enthaltende Arzneimittel Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.	99910M	L04AB01 L04AB02 L04AC03 L04AC05 L04AB04 L04AB05 L04AB06 L04AA24 L01XC02 L04AC07	Etanercept Infliximab Anakinra Ustekinumab Adalimumab Certolizumab pegol Golimumab Abatacept Rituximab Tocilizumab	Die Therapiehinweise des G-BA sind einzuhalten. Vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen. Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe des Biosimilarpreises, ansonsten in Höhe des Referenzpreises im jeweiligen Prüfjahr (durchschnittliche DDD-Kosten der Leistungserbringer, welche die Pseudo-GOP 99910M abgerechnet haben).
11	zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zugelassene monoklonale Antikörper und JAK-Inhibitoren *) Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.	99910N	L04AB02 L04AB04 L04AB06 L04AA33 L04AC05 L04AA29	Infliximab *) Adalimumab *) Golimumab *) Vedolizumab Ustekinumab Tofacitinib	Die Therapiehinweise des G-BA sind einzuhalten. Vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen. Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe des Biosimilarpreises, ansonsten in Höhe des Referenzpreises im jeweiligen Prüfjahr (durchschnittliche DDD-Kosten der Leistungserbringer, welche die Pseudo-GOP 99910N abgerechnet haben).
11a	zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zugelassene monoklonale Antikörper und JAK-Inhibitoren	99911N	L04AA29 L04AA33 L04AC05	Tofacitinib Vedolizumab Ustekinumab	Die Therapiehinweise des G-BA sind einzuhalten. Vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen. Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe des Biosimilarpreises, ansonsten in Höhe des Referenzpreises im jeweiligen Prüfjahr (durchschnittliche DDD-Kosten der Leistungserbringer, welche die Pseudo-GOP 99911N abgerechnet haben).
12	Therapie splenektomierter	99910O	B02BX04	Romiplostim	

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
	Patienten mit chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura		B02BX05	Eltrombopag	
13	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege	99910R	J06BB16	Palivizumab	Der Therapiehinweis des G-BA ist zu beachten
14	Behandlung der Phenylketonurie	99911Q	A16AX07	Sapropterin	
15	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	99910U	B02BD	Blutgerinnungsfaktoren	Direktbezug vom Hersteller nach § 47 AMG beachten
16	TNF Alpha-Inhibitoren, Interleukinantagonisten und Phosphodiesterase-Inhibitoren bei Plaque-Psoriasis *) Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.	99911B	L04AB01	Etanercept *)	Die Therapiehinweise des G-BA sind einzuhalten. Vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen. Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe des Biosimilarpreises, ansonsten in Höhe des Referenzpreises im jeweiligen Prüfjahr (durchschnittliche DDD-Kosten der Leistungserbringer, welche die Pseudo-GOP 99911B abgerechnet haben).
			L04AB02	Infliximab	
			L04AB04	Adalimumab *)	
			L04AC05	Ustekinumab	
			L04AA32	Apremilast	
16a	Interleukinantagonisten und Phosphodiesterase-Inhibitoren bei Plaque-Psoriasis	99912B	L04AA32	Apremilast	Die Therapiehinweise des G-BA sind einzuhalten. Vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen. Die automatische Absetzung erfolgt in Höhe des Biosimilarpreises, ansonsten in Höhe des Referenzpreises im jeweiligen Prüfjahr (durchschnittliche DDD-Kosten der Leistungserbringer, welche die Pseudo-GOP 99912B abgerechnet haben).
			L04AB02	Infliximab	
			L04AC05	Ustekinumab	
17	Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten	99911C	C02KX01	Bosentan	
			B01AC11	Iloprost	
			B01AC21	Treprostinil	
			C02KX02	Ambrisentan	
			C02KX07	Tadalafil	
			C02KX06	Sildenafil	
			C02KX04	Macitentan	

Nr	Indikationsgebiet	Pseudo-GOP	ATC	ATC-Name	Weitere Vorgaben
			C02KX05	Riociguat	
18	Hyposensibilisierungsbehandlung	99911H	V01AA	Allergenextrakte	Die automatische Anerkennung erfolgt grundsätzlich nur für zugelassene Präparate sowie für Therapieallergene, die keinen Bestandteil der im Anhang der Therapieallergene-Verordnung (TAV) genannten Stoffe enthalten. Maßgeblich ist das Vorliegen der Zulassung zum Zeitpunkt der Vorab-Prüfung. Soweit für von der TAV umfasste Allergene nicht mindestens ein zugelassenes Präparat – unabhängig von der Darreichungsform – verfügbar ist, erstreckt sich die automatische Anerkennung auch auf verordnete nicht zugelassene Präparate.