



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V
- Arzneimittel -
für das Jahr 2018
vom 29. September 2017**

**vereinbart zwischen dem
Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

und der

Kassenärztliche Bundesvereinigung

– nachstehend Bundesvertragspartner genannt –

für den Abschluss von regionalen Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V. Diese Arzneimittelvereinbarungen liegen in der Vertragsverantwortung der regionalen Vertragspartner und sind auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen inhaltlich fortzuentwickeln. KV-bezogene Ausgabenvolumina werden von den Bundesvertragspartnern nicht festgesetzt.

1. Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für die Jahre 2016 und 2017

(1) Die Bundesvertragspartner hatten sich mit den Rahmenvorgaben für das Jahr 2017 darauf verständigt, Abweichungen gegenüber den zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen über die Rahmenvorgaben für das Folgejahr zu berücksichtigen.

Für das Jahr 2016 wurde ein Sonderausgabenvolumen von 700 Mio. Euro netto für die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den dafür ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimitteln vereinbart. Eine Anpassung ist auf Bundesebene nicht erforderlich.

Für das Jahr 2017 wird der Anpassungsfaktor „Preisentwicklung“ mit minus 0,6 Prozent neu bestimmt. Zusätzlich wurden die Kosten für Leistungen nach § 31 Abs. 6 SGB V (Arzneimittel mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon) mit 18 Mio. Euro bzw. 0,1 Prozent im Anpassungsfaktor 3 (Gesetzliche Leistungspflicht) berücksichtigt. Die bundesweit zu bewertenden Anpassungsfaktoren ergeben somit **plus 3,2 Prozent**. Das Sonderausgabenvolumen für die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den dafür ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimitteln wird auf Grundlage der Umsätze der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) für das 1. Halbjahr 2017 vorläufig neu auf 500 Mio. Euro netto (d.h. ohne gesetzliche Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte) festgesetzt. Die Vertragspartner weisen darauf hin, dass dieses Sonderausgabenvolumen derzeit nicht abschließend bewertbar ist. Das Sonderausgabenvolumen ist daher im Folgejahr gemäß der tatsächlichen spezifischen Ausgabenentwicklung neu zu bewerten. Das Sonderausgabenvolumen steigert das Richtgrößenvolumen nicht und geht nicht in die Kalkulation der fachgruppenspezifischen Richtgrößen ein. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung der chronischen Hepatitis C sind damit für 2016 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in der Fassung vor dem GKV-VSG (Auffälligkeitsprüfung) bzw. für 2017 bei Fortführung der Richtgrößenprüfung in der Vereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung (**Anlage 1**).

(2) Die sich aus der Neubewertung der Anpassungsfaktoren ergebende Differenz ist bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina sowie bei der Vereinbarung etwaiger regionaler Richtgrößenvolumina für das Jahr 2018 zu berücksichtigen. Die Neubewertung der Anpassungsfaktoren hat bei Fortführung der Richtgrößenprüfung in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106b Abs. 1 SGB V keine Rückwirkung auf die für das Jahr 2017 vereinbarten Richtgrößen.

2. Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2018

(1) Die Bundesvertragspartner bewerten für das Jahr 2018 die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummern 2 bis 5 und 7 SGB V bundesweit mit insgesamt **plus 3,2 Prozent**. Das Sonderausgabenvolumen für die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den dafür ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimitteln wird vorläufig auf 450 Mio. Euro netto (d.h. ohne gesetzliche Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte) festgelegt. Die Vertragspartner weisen darauf hin, dass dieses Sonderausgabenvolumen für das Jahr 2018 derzeit nicht abschließend bewertbar ist, sondern sich nur schätzen lässt. Bei der Ergebnismessung sind die tatsächlichen regionalen Ausgaben zu berücksichtigen. Das Sonderausgabenvolumen steigert bei Fortführung der Richtgrößenprüfung in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106b Abs. 1 SGB V das Richtgrößenvolumen nicht und geht nicht in die Kalkulation der fachgruppenspezifischen Richtgrößen ein. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung der chronischen Hepatitis C sind damit nicht Gegenstand einer entsprechenden Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Bewertungen zu den einzelnen Faktoren sind in **Anlage 2** zusammengestellt. Die Anpassungsfaktoren sind in den Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V auf Landesebene anzuwenden. Die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummer 1, 6 und 8 SGB V sind von den

regionalen Vertragspartnern in den Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V festzulegen. Dabei sollte der regionale, medizinisch begründete Versorgungsbedarf und dessen Veränderung bei der Anpassung des Ausgabenvolumens berücksichtigt werden.

(2) Als Maßnahmen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 84 Abs. 2 Nummer 8 SGB V vereinbaren die Bundesvertragspartner für verordnungstarke Anwendungsgebiete:

A. nachfolgende Arzneimittelgruppen und *Leitsubstanzen*:

1. HMG-CoA-Reduktasehemmer (*Simvastatin und Pravastatin*)
2. Selektive Betablocker (*Bisoprolol und Metoprolol*)
3. Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH (*Tamsulosin*)
4. Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (*Citalopram und Sertralin*)
5. Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose (*Alendronsäure und Risedronsäure*)
6. ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren (*Enalapril, Lisinopril und Ramipril*)
7. ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten (*Enalapril, Lisinopril und Ramipril jeweils mit HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin*)
8. Calcium-Antagonisten (*Amlodipin und Nitrendipin*)
9. Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer (*Amitriptylin und Doxepin*)

B. Arzneimittelgruppen bzw. Arzneimittel für die Vereinbarung von Verordnungshöchstquoten :

1. HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel:
Anteil von ezetimibhaltigen Arzneimitteln einschließlich Kombinationen an der gesamten Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltigen Arzneimittel
2. Antidiabetika exklusive Insuline:
Anteil der GLP-1-Analoga an der Gesamtgruppe der Antidiabetika exklusive Insuline
3. Opioide:
Anteil der transdermalen Darreichungsformen an den oralen und transdermalen Darreichungsformen

C. Arzneimittelgruppen bzw. Arzneimittel für die Vereinbarung von Verordnungsmindestquoten:

1. Opioide:
Anteil der generikafähigen an allen BtM-pflichtigen, oralen Opioiden
2. Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe:
Anteil von „biosimilarem“ Erythropoietin an der gesamten Gruppe der Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe
3. Infliximab:
Anteil der biosimilaren Infliximab-haltigen Arzneimittel an der gesamten Gruppe des Wirkstoffs Infliximab
4. Etanercept:
Anteil der biosimilaren Etanercept-haltigen Arzneimittel an der gesamten Gruppe des Wirkstoffs Etanercept
5. Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol in der Glaukomtherapie:
Anteil der generikafähigen Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol an der gesamten Gruppe der Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol.

(3) Mit regionalen Zielvereinbarungen sollen die Vertragsärzte angeleitet werden, durch Verlagerung der Verordnungen hin zur Leitsubstanz und zu rabattierten bzw. preisgünstigen Arzneimitteln sowie zu wirtschaftlichen Versorgungsalternativen noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Die Bundesvertragspartner haben aus Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) für das erste Halbjahr 2017 die tatsächlichen Anteile der Leitsubstanzen und Verordnungsquoten zu den nach Absatz 2 bestimmten Arzneimittelgruppen für jede Kassenärztliche Vereinigung ermittelt. Sie empfehlen, in Abhängigkeit von der jeweiligen Ausgangssituation bereits erreichte Anteile und Verordnungsquoten zu steigern oder zu halten. Hierzu sollen auf regionaler Ebene konkrete Zielquoten vereinbart werden. Dies können Mindest- beziehungsweise Höchstquoten sein. Innerhalb der Quoten sollen bevorzugt generische und rabattierte Arzneimittel verordnet werden. Die Nutzung von Biosimilars und Generika soll gefördert werden (**Anlage 3**).

Die regionalen Vertragspartner können vereinbaren, dass bei der Bewertung der Zielerreichung Verordnungen vergleichsweise günstiger Substanzen oder rabattierter Arzneimittel berücksichtigt werden. Außerdem sind gegebenenfalls weitere auf der Landesebene vereinbarte Leitsubstanzen und Arzneimittelgruppen/Leitsubstanz(en) zu berücksichtigen.

(4) Für die Beobachtung der Verordnungstätigkeit der Vertragsärzte stellt der GKV-Spitzenverband im Rahmen der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) quartalsweise folgende Daten je Vertragsarztnummer sowie je Arzneimittelgruppe zeitnah¹ zur Verfügung:

zu Abschnitt 2. Abs. 2 Buchst. A:

- tatsächliches DDD-Volumen / Anteil für die Leitsubstanz(en)
- tatsächliches DDD-Volumen für die Arzneimittelgruppe

zu Abschnitt 2. Abs. 2 Buchst. B und C:

- tatsächliches DDD-Volumen / Anteil für das bzw. die zur Quote bestimmte(n) Arzneimittel
- tatsächliches DDD-Volumen für die bestimmte Arzneimittelgruppe.

Die vorgenannten Daten werden je Arztnummern-Betriebsstättennummern-Kombination ausgewiesen (LANR-BSNR). Damit können diese Verordnungsdaten arztbezogen sowie je Betriebsstätte ausgewertet werden.

(5) Grundlage der Auswertungen für die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation nach Abs. 4 ist die im Jahre 2017 geltende amtliche DDD-Klassifikation des DIMDI. Für am Markt verfügbare Arzneimittel mit Wirkstoffen, zu denen noch keine amtliche DDD des DIMDI festgelegt ist, wird zur Berechnung hilfsweise die DDD nach WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) verwendet. Ergeben sich bei der späteren Festlegung einer amtlichen DDD Abweichungen zur DDD nach WIdO, wird die amtliche DDD des DIMDI bei der Berechnung zu Grunde gelegt.

(6) Zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven empfehlen die Bundesvertragspartner außerdem, auf regionaler Ebene fachgruppenspezifische Vereinbarungen zu schließen (vergl. § 84 Abs. 2 Nummern 6 und 8 SGB V). Mögliche Arzneimittelgruppen können dabei insbesondere sein:

- GABA-Analoga (Pregabalin, Gabapentin)
- Interferon- β -1a im Verhältnis zu Interferon- β -1b zur Behandlung der Multiplen Sklerose

¹Die Bundesvertragspartner nehmen zur Kenntnis, dass sich die Lieferung bei Störungen der Datenlieferungen, die nicht vom GKV-Spitzenverband zu verantworten sind, verzögern kann.

(7) Darüber hinaus regen die Bundesvertragspartner an, auf regionaler Ebene Verordnungsempfehlungen zu geben, beispielsweise

- zum rationalen Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren
- zum wirtschaftlichen Einsatz von Kombinationspräparaten zur Behandlung der Hypertonie
- zu neuen Generika der Wirkstoffe Tiotropium und Glatirameracetat sowie Etoricoxib
- zum Einsatz neuer oraler Antikoagulantien (z. Zt. Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) gemäß den Empfehlungen der AkdÄ
- zum Einsatz von preisgünstigen Biosimilars bei der Verordnung von parenteralen Zubereitungen unter Berücksichtigung des zugelassenen Anwendungsgebietes
- zum rationalen Einsatz von Antibiotika, insbesondere zur zurückhaltenden Verordnung von Reserveantibiotika

3. Empfehlung der Bundesvertragspartner zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V

(1) Im Falle der Fortführung der Richtgrößenprüfung empfehlen die Bundesvertragspartner, einen Arzt, der überwiegend die für sein Verordnungsspektrum auf regionaler Ebene nach § 84 Abs. 2 Nr. 6 und 8 SGB V gesetzten Ziele erreicht hat, für die in diesen Zielen beinhalteten Arzneimittel von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu befreien. Voraussetzungen hierfür sind der indikationsgerechte Einsatz, eine adäquate Verordnungsmenge sowie entsprechende Regelungen in der Prüfvereinbarung.

(2) Die Bundesvertragspartner empfehlen daher den Partnern der Prüfvereinbarungen nach § 106b Abs. 1 SGB V, entsprechende Regelungen in die Prüfvereinbarungen aufzunehmen.

4. Fortschreibung der Rahmenvorgaben

Die mit diesen Rahmenvorgaben getroffenen Bewertungen gemäß § 84 Abs. 7 SGB V beruhen auf den zum Zeitpunkt der Vereinbarung verfügbaren Rahmendaten für die Arzneimittelversorgung. Die Bundesvertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2018 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Rahmenvorgaben des Folgejahres, wenn möglich nach den Erkenntnissen aus der KV-bezogenen GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi-KV), zu berücksichtigen.

- x - x - x -

Berlin, den 29. September 2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Anlage 1

Anpassung nach § 84 Abs. 2 SGB V für 2017

Anpassungsfaktoren	Festlegung	Hinweise
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten		regional festzulegen
2. Preisentwicklung ²	-0,6%	
3. gesetzliche Leistungspflicht	+0,1%	
4. Richtlinien Bundesausschuss	±0,0%	
5. Einsatz innovativer Arzneimittel	+3,2%	
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen		regional festzulegen
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen	+0,5%	
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen		regional festzulegen
Anpassung von 2016 nach 2017	+3,2%	
Sondervolumen für die Hepatitis-C-Behandlung	500 Mio. € (netto)	Anwendung gemäß den Vorgaben nach Abschnitt 1

² Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V sind nicht berücksichtigt, da sie keinen für die Rahmenvorgaben der Bundesebene zu berücksichtigenden Faktor darstellen. Vertragliche Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V sind grundsätzlich vollständig als Gegenstand der regionalen Arzneimittelvereinbarungen zu berücksichtigen. Über welchen Zeitraum und in welcher Form dies erfolgt, bleibt den regionalen Verhandlungspartnern überlassen. Die entsprechenden Daten sind von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Anlage 2

Anpassung nach § 84 Abs. 2 SGB V für 2018

Anpassungsfaktoren	Festlegung	Hinweise
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten		regional festzulegen
2. Preisentwicklung³	-0,1%	
3. gesetzliche Leistungspflicht	±0,0%	
4. Richtlinien Bundesausschuss	±0,0%	
5. Einsatz innovativer Arzneimittel	+2,9%	
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen		regional festzulegen
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen	+0,4%	
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen		regional festzulegen
Anpassung von 2017 nach 2018	+3,2%	
Sondervolumen für die Hepatitis-C-Behandlung	450 Mio. € (netto)	Anwendung gemäß den Vorgaben nach Abschnitt 2

³ Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V sind nicht berücksichtigt, da sie keinen für die Rahmenvorgaben der Bundesebene zu berücksichtigenden Faktor darstellen. Vertragliche Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V sind grundsätzlich vollständig als Gegenstand der regionalen Arzneimittelvereinbarungen zu berücksichtigen. Über welchen Zeitraum und in welcher Form dies erfolgt, bleibt den regionalen Verhandlungspartnern überlassen. Die entsprechenden Daten sind von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Anlage 3

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A01 HMG-CoA- Reduktasehemmer
KV	(Simvastatin und Pravastatin)
Baden-Württemberg	60,1%
Bayern	58,8%
Berlin	55,0%
Brandenburg	63,2%
Bremen	76,5%
Hamburg	64,7%
Hessen	63,6%
Mecklenburg-Vorpommern	67,9%
Niedersachsen	69,1%
Nordrhein	65,4%
Rheinland-Pfalz	60,8%
Saarland	61,6%
Sachsen	71,4%
Sachsen-Anhalt	69,9%
Schleswig-Holstein	62,9%
Thüringen	68,4%
Westfalen-Lippe	60,7%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A02 Selektive Betablocker
KV	(Bisoprolol und Metoprolol)
Baden-Württemberg	85,7%
Bayern	90,6%
Berlin	84,9%
Brandenburg	87,2%
Bremen	93,7%
Hamburg	89,6%
Hessen	87,4%
Mecklenburg-Vorpommern	89,3%
Niedersachsen	88,8%
Nordrhein	88,6%
Rheinland-Pfalz	86,6%
Saarland	89,3%
Sachsen	85,1%
Sachsen-Anhalt	87,7%
Schleswig-Holstein	90,0%
Thüringen	85,4%
Westfalen-Lippe	87,1%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A03 Alpha-Rezeptoren- blocker zur Behandlung der BPH
KV	(Tamsulosin)
Baden-Württemberg	89,8%
Bayern	88,9%
Berlin	85,0%
Brandenburg	87,1%
Bremen	87,2%
Hamburg	84,3%
Hessen	89,7%
Mecklenburg-Vorpommern	83,7%
Niedersachsen	89,0%
Nordrhein	88,9%
Rheinland-Pfalz	88,6%
Saarland	83,6%
Sachsen	85,6%
Sachsen-Anhalt	85,4%
Schleswig-Holstein	88,4%
Thüringen	84,4%
Westfalen-Lippe	87,8%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A04 Selektive Serotonin- Rückaufnahme- Inhibitoren
KV	(Citalopram und Sertralin)
Baden-Württemberg	63,0%
Bayern	65,1%
Berlin	58,1%
Brandenburg	63,1%
Bremen	64,9%
Hamburg	59,7%
Hessen	66,5%
Mecklenburg-Vorpommern	66,1%
Niedersachsen	68,3%
Nordrhein	66,5%
Rheinland-Pfalz	66,8%
Saarland	52,7%
Sachsen	65,2%
Sachsen-Anhalt	60,9%
Schleswig-Holstein	67,1%
Thüringen	62,5%
Westfalen-Lippe	67,7%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A05 Bisphosphonate zur Behandlung der Os- teoporose
KV	(Alendronsäure und Ri- sedronsäure)
Baden-Württemberg	80,0%
Bayern	80,3%
Berlin	72,1%
Brandenburg	76,9%
Bremen	84,0%
Hamburg	82,7%
Hessen	80,9%
Mecklenburg-Vorpommern	79,4%
Niedersachsen	80,1%
Nordrhein	84,8%
Rheinland-Pfalz	83,3%
Saarland	80,5%
Sachsen	73,3%
Sachsen-Anhalt	82,3%
Schleswig-Holstein	83,5%
Thüringen	74,6%
Westfalen-Lippe	89,4%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A06 ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren
KV	(Enalapril, Lisinopril und Ramipril)
Baden-Württemberg	69,5%
Bayern	69,5%
Berlin	63,8%
Brandenburg	62,8%
Bremen	72,3%
Hamburg	68,3%
Hessen	68,7%
Mecklenburg-Vorpommern	66,3%
Niedersachsen	69,5%
Nordrhein	68,3%
Rheinland-Pfalz	66,5%
Saarland	67,3%
Sachsen	61,7%
Sachsen-Anhalt	62,2%
Schleswig-Holstein	68,8%
Thüringen	60,6%
Westfalen-Lippe	68,6%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A07 ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium- Antagonisten (Enalapril, Lisinopril und Ramipril jeweils mit Diureti- kum/HCT bzw. Amlodi- pin und Nitrendipin)
KV	
Baden-Württemberg	43,4%
Bayern	43,3%
Berlin	34,1%
Brandenburg	33,0%
Bremen	52,0%
Hamburg	41,9%
Hessen	42,5%
Mecklenburg-Vorpommern	28,9%
Niedersachsen	45,6%
Nordrhein	45,7%
Rheinland-Pfalz	40,4%
Saarland	36,5%
Sachsen	29,3%
Sachsen-Anhalt	32,3%
Schleswig-Holstein	42,7%
Thüringen	30,9%
Westfalen-Lippe	44,5%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A08 Calcium-Antagonisten (Amlodipin und Nitrendipin)
KV	
Baden-Württemberg	78,1%
Bayern	76,4%
Berlin	74,7%
Brandenburg	72,6%
Bremen	90,6%
Hamburg	84,6%
Hessen	76,7%
Mecklenburg-Vorpommern	78,2%
Niedersachsen	81,4%
Nordrhein	84,5%
Rheinland-Pfalz	75,6%
Saarland	74,5%
Sachsen	75,7%
Sachsen-Anhalt	79,3%
Schleswig-Holstein	81,7%
Thüringen	77,2%
Westfalen-Lippe	76,4%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A09 Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahmehemmer (Amitriptylin und Doxepin)
KV	
Baden-Württemberg	49,7%
Bayern	46,8%
Berlin	53,8%
Brandenburg	46,2%
Bremen	63,5%
Hamburg	52,1%
Hessen	52,3%
Mecklenburg-Vorpommern	48,9%
Niedersachsen	56,9%
Nordrhein	49,2%
Rheinland-Pfalz	47,7%
Saarland	55,1%
Sachsen	41,3%
Sachsen-Anhalt	48,8%
Schleswig-Holstein	58,2%
Thüringen	44,7%
Westfalen-Lippe	48,2%

Arzneimittelgruppe (Verordnungshöchstquote)	B01 HMG-CoA- Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arznei- mittel (ezetimibhaltige Arznei- mittel einschließl. Kombinatio- nen)
KV	
Baden-Württemberg	5,3%
Bayern	5,4%
Berlin	4,8%
Brandenburg	6,7%
Bremen	3,2%
Hamburg	5,5%
Hessen	5,4%
Mecklenburg-Vorpommern	7,4%
Niedersachsen	4,7%
Nordrhein	4,0%
Rheinland-Pfalz	5,7%
Saarland	6,5%
Sachsen	7,8%
Sachsen-Anhalt	6,9%
Schleswig-Holstein	4,0%
Thüringen	5,9%
Westfalen-Lippe	4,1%

Arzneimittelgruppe (Verordnungshöchstquote)	B02 Antidiabetika exklusive Insuline (GLP-1-Analoga)
KV	
Baden-Württemberg	3,8%
Bayern	4,5%
Berlin	4,3%
Brandenburg	6,9%
Bremen	1,6%
Hamburg	5,9%
Hessen	6,5%
Mecklenburg-Vorpommern	8,3%
Niedersachsen	4,9%
Nordrhein	4,3%
Rheinland-Pfalz	4,8%
Saarland	3,3%
Sachsen	7,1%
Sachsen-Anhalt	6,7%
Schleswig-Holstein	3,4%
Thüringen	6,6%
Westfalen-Lippe	4,5%

Arzneimittelgruppe (Verordnungshöchstquote)	B03 Opiode (orale und transdermale Darreichungsformen) (transdermale Darreichungsformen)
KV	
Baden-Württemberg	45,9%
Bayern	46,6%
Berlin	35,5%
Brandenburg	37,3%
Bremen	33,6%
Hamburg	32,4%
Hessen	50,1%
Mecklenburg-Vorpommern	38,3%
Niedersachsen	37,6%
Nordrhein	39,9%
Rheinland-Pfalz	41,1%
Saarland	32,5%
Sachsen	45,9%
Sachsen-Anhalt	41,0%
Schleswig-Holstein	37,6%
Thüringen	43,9%
Westfalen-Lippe	35,5%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C01 Opiode
KV	(generikafähige, BtM-pflichtige, orale Darreichungsformen)
Baden-Württemberg	69,3%
Bayern	72,7%
Berlin	71,8%
Brandenburg	62,2%
Bremen	87,0%
Hamburg	77,0%
Hessen	64,9%
Mecklenburg-Vorpommern	63,8%
Niedersachsen	73,7%
Nordrhein	78,1%
Rheinland-Pfalz	68,6%
Saarland	64,4%
Sachsen	65,6%
Sachsen-Anhalt	59,0%
Schleswig-Holstein	75,7%
Thüringen	62,7%
Westfalen-Lippe	80,0%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C02 Erythropoese- stimulierende Wirkstoffe
KV	(„biosimilare“ Erythropoietine)
Baden-Württemberg	21,9%
Bayern	66,0%
Berlin	55,3%
Brandenburg	47,7%
Bremen	71,3%
Hamburg	59,6%
Hessen	52,3%
Mecklenburg-Vorpommern	50,7%
Niedersachsen	58,4%
Nordrhein	65,7%
Rheinland-Pfalz	64,9%
Saarland	37,4%
Sachsen	46,6%
Sachsen-Anhalt	68,1%
Schleswig-Holstein	63,3%
Thüringen	48,4%
Westfalen-Lippe	63,3%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C03 Infliximab
KV	(„biosimilares“ Infliximab)
Baden-Württemberg	27,1%
Bayern	51,5%
Berlin	35,0%
Brandenburg	31,9%
Bremen	33,1%
Hamburg	19,0%
Hessen	44,8%
Mecklenburg-Vorpommern	39,1%
Niedersachsen	69,6%
Nordrhein	52,4%
Rheinland-Pfalz	51,9%
Saarland	47,6%
Sachsen	19,1%
Sachsen-Anhalt	31,5%
Schleswig-Holstein	37,5%
Thüringen	31,1%
Westfalen-Lippe	68,0%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C04 Etanercept
KV	(„biosimilares“ Etanercept)
Baden-Württemberg	24,2%
Bayern	40,3%
Berlin	16,7%
Brandenburg	12,2%
Bremen	19,4%
Hamburg	19,7%
Hessen	21,6%
Mecklenburg-Vorpommern	14,8%
Niedersachsen	51,6%
Nordrhein	31,7%
Rheinland-Pfalz	36,2%
Saarland	18,8%
Sachsen	11,7%
Sachsen-Anhalt	15,0%
Schleswig-Holstein	24,1%
Thüringen	7,7%
Westfalen-Lippe	57,0%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C05 Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol in der Glaukomtherapie
KV	(generikafähige Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol)
Baden-Württemberg	75,6%
Bayern	76,3%
Berlin	75,0%
Brandenburg	69,9%
Bremen	67,7%
Hamburg	75,8%
Hessen	74,6%
Mecklenburg-Vorpommern	71,3%
Niedersachsen	74,5%
Nordrhein	77,6%
Rheinland-Pfalz	73,9%
Saarland	73,8%
Sachsen	73,7%
Sachsen-Anhalt	73,7%
Schleswig-Holstein	71,9%
Thüringen	72,2%
Westfalen-Lippe	74,0%