



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V
- Arzneimittel -
für das Jahr 2017
vom 30. September 2016**

**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 2015 und 2016

(1) Die Bundesvertragspartner hatten sich mit den Rahmenvorgaben für das Jahr 2016 darauf verständigt, Abweichungen gegenüber den zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen über die Rahmenvorgaben für das Folgejahr zu berücksichtigen.

Für das Jahr 2015 wurde ein Sonderausgabenvolumen von 1.400 Mio. Euro brutto für die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den dafür ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimitteln vereinbart. Auswertungen der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) bestätigen diese Prognose. Eine Anpassung ist auf Bundesebene nicht erforderlich.

Für das Jahr 2016 wird der Anpassungsfaktor „Preisentwicklung“ mit minus 0,9 Prozent neu bestimmt, so dass die bundesweit zu bewertenden Anpassungsfaktoren mit **plus 3,1 Prozent** bewertet werden. 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 2016 vorläufig neu auf 700 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 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) (**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 2017 zu berücksichtigen. Die Neubewertung der Anpassungsfaktoren hat keine Rückwirkung auf die für das Jahr 2016 vereinbarten Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V.

2. Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2017

(1) Die Bundesvertragspartner bewerten für das Jahr 2017 die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummern 2 bis 5 und 7 SGB V bundesweit mit insgesamt **plus 3,3 Prozent**. Das Sonderausgabenvolumen für die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den dafür ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimitteln wird vorläufig auf 500 Mio. Euro netto (d.h. ohne gesetzliche Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte) festgelegt. Die Vertragspartner weisen darauf hin, dass dieses Sonderausgabenvolumen für das Jahr 2017 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 2016 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**).

Bei der Bewertung der Zielerreichung können dementsprechend Verordnungen vergleichsweise günstiger Substanzen neben der Leitsubstanz 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 Vertragsarzt Nummer 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 Arzt Nummern-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 2016 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

(7) Darüber hinaus regen die Bundesvertragspartner an, auf regionaler Ebene Verordnungsempfehlungen beispielsweise zum rationalen Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren und zum

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

wirtschaftlichen Einsatz von Kombinationspräparaten zur Behandlung der Hypertonie sowie ggf. zu neuen Generika der Wirkstoffe Tiotropium und Glatirameracetat zu geben.

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 2017 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 30. September 2016

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Anlage 1

Anpassung nach § 84 Abs. 2 SGB V für 2016

Anpassungsfaktoren	Festlegung	Hinweise
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten		regional festzulegen
2. Preisentwicklung²	-0,9%	
3. gesetzliche Leistungspflicht	±0,0%	
4. Richtlinien Bundesausschuss	±0,0%	
5. Einsatz innovativer Arzneimittel	+3,5%	
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen		regional festzulegen
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen	+0,5%	
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen		regional festzulegen
Anpassung von 2015 nach 2016	+3,1%	
Sondervolumen für die Hepatitis-C-Behandlung	700 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 2017

Anpassungsfaktoren	Festlegung	Hinweise
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten		regional festzulegen
2. Preisentwicklung³	-0,4%	
3. gesetzliche Leistungspflicht	±0,0%	
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	+3,3%	
Sondervolumen für die Hepatitis-C-Behandlung	500 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	66,4%
Bayern	66,0%
Berlin	62,2%
Brandenburg	70,2%
Bremen	80,8%
Hamburg	71,2%
Hessen	69,2%
Mecklenburg-Vorpommern	72,8%
Niedersachsen	74,0%
Nordrhein	71,1%
Rheinland-Pfalz	67,4%
Saarland	68,7%
Sachsen	75,9%
Sachsen-Anhalt	75,4%
Schleswig-Holstein	69,5%
Thüringen	74,9%
Westfalen-Lippe	66,9%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A02 Selektive Betablocker
KV	(Bisoprolol und Metoprolol)
Baden-Württemberg	85,9%
Bayern	90,7%
Berlin	85,2%
Brandenburg	87,2%
Bremen	93,7%
Hamburg	89,6%
Hessen	87,5%
Mecklenburg-Vorpommern	89,2%
Niedersachsen	88,8%
Nordrhein	88,6%
Rheinland-Pfalz	86,2%
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	89,4%
Bayern	88,6%
Berlin	84,8%
Brandenburg	86,7%
Bremen	87,8%
Hamburg	84,1%
Hessen	89,3%
Mecklenburg-Vorpommern	83,4%
Niedersachsen	88,7%
Nordrhein	88,4%
Rheinland-Pfalz	87,5%
Saarland	83,7%
Sachsen	85,3%
Sachsen-Anhalt	84,3%
Schleswig-Holstein	88,4%
Thüringen	85,1%
Westfalen-Lippe	87,7%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A04 Selektive Serotonin- Rückaufnahme- Inhibitoren
KV	(Citalopram und Sertralin)
Baden-Württemberg	64,5%
Bayern	67,1%
Berlin	59,7%
Brandenburg	65,1%
Bremen	66,3%
Hamburg	60,7%
Hessen	67,7%
Mecklenburg-Vorpommern	67,1%
Niedersachsen	69,6%
Nordrhein	67,3%
Rheinland-Pfalz	66,9%
Saarland	53,5%
Sachsen	67,2%
Sachsen-Anhalt	61,5%
Schleswig-Holstein	68,4%
Thüringen	64,3%
Westfalen-Lippe	68,9%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A05 Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose
KV	(Alendronsäure und Ri- sedronsäure)
Baden-Württemberg	79,2%
Bayern	80,9%
Berlin	72,3%
Brandenburg	77,1%
Bremen	82,4%
Hamburg	83,2%
Hessen	81,2%
Mecklenburg-Vorpommern	80,2%
Niedersachsen	79,8%
Nordrhein	84,4%
Rheinland-Pfalz	82,8%
Saarland	81,4%
Sachsen	73,3%
Sachsen-Anhalt	81,8%
Schleswig-Holstein	83,5%
Thüringen	74,3%
Westfalen-Lippe	89,0%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A06 ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren
KV	(Enalapril, Lisinopril und Ramipril)
Baden-Württemberg	70,9%
Bayern	71,5%
Berlin	66,0%
Brandenburg	65,1%
Bremen	73,9%
Hamburg	70,3%
Hessen	70,4%
Mecklenburg-Vorpommern	67,5%
Niedersachsen	71,2%
Nordrhein	70,2%
Rheinland-Pfalz	68,2%
Saarland	69,1%
Sachsen	63,2%
Sachsen-Anhalt	64,1%
Schleswig-Holstein	70,8%
Thüringen	62,3%
Westfalen-Lippe	70,5%

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	44,1%
Bayern	44,5%
Berlin	34,9%
Brandenburg	33,9%
Bremen	52,7%
Hamburg	42,8%
Hessen	43,3%
Mecklenburg-Vorpommern	28,6%
Niedersachsen	46,1%
Nordrhein	46,8%
Rheinland-Pfalz	40,6%
Saarland	37,3%
Sachsen	29,7%
Sachsen-Anhalt	33,1%
Schleswig-Holstein	43,5%
Thüringen	31,2%
Westfalen-Lippe	45,0%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A08 Calcium-Antagonisten (Amlodipin und Nitrendipin)
KV	
Baden-Württemberg	79,4%
Bayern	77,4%
Berlin	75,7%
Brandenburg	73,0%
Bremen	90,3%
Hamburg	85,0%
Hessen	77,7%
Mecklenburg-Vorpommern	77,9%
Niedersachsen	81,6%
Nordrhein	85,2%
Rheinland-Pfalz	75,6%
Saarland	75,8%
Sachsen	76,0%
Sachsen-Anhalt	79,6%
Schleswig-Holstein	82,7%
Thüringen	77,4%
Westfalen-Lippe	77,2%

Arzneimittelgruppe (Leitsubstanzquote)	A09 Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahmehemmer (Amitriptylin und Doxepin)
KV	
Baden-Württemberg	49,9%
Bayern	46,9%
Berlin	53,9%
Brandenburg	46,4%
Bremen	62,5%
Hamburg	51,6%
Hessen	52,6%
Mecklenburg-Vorpommern	48,0%
Niedersachsen	57,2%
Nordrhein	49,3%
Rheinland-Pfalz	47,2%
Saarland	55,7%
Sachsen	40,9%
Sachsen-Anhalt	49,0%
Schleswig-Holstein	57,9%
Thüringen	44,7%
Westfalen-Lippe	48,3%

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

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- höchstquote)	B02 Antidiabetika exklusive Insuline (GLP-1-Analoga)
KV	
Baden-Württemberg	3,0%
Bayern	3,2%
Berlin	3,3%
Brandenburg	5,2%
Bremen	1,2%
Hamburg	4,3%
Hessen	4,9%
Mecklenburg-Vorpommern	6,3%
Niedersachsen	3,7%
Nordrhein	3,1%
Rheinland-Pfalz	3,7%
Saarland	2,7%
Sachsen	5,4%
Sachsen-Anhalt	4,9%
Schleswig-Holstein	2,9%
Thüringen	4,9%
Westfalen-Lippe	3,5%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- höchstquote)	B03 Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen) (transdermale Darreichungsformen)
KV	
Baden-Württemberg	46,8%
Bayern	48,2%
Berlin	37,0%
Brandenburg	38,4%
Bremen	33,4%
Hamburg	32,8%
Hessen	50,5%
Mecklenburg-Vorpommern	39,8%
Niedersachsen	39,0%
Nordrhein	40,5%
Rheinland-Pfalz	43,0%
Saarland	33,1%
Sachsen	47,6%
Sachsen-Anhalt	42,9%
Schleswig-Holstein	38,6%
Thüringen	45,4%
Westfalen-Lippe	37,7%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C01 Opioide
KV	(generikafähige, BtM-pflichtige, orale Darreichungsformen)
Baden-Württemberg	70,0%
Bayern	73,8%
Berlin	73,0%
Brandenburg	63,9%
Bremen	87,8%
Hamburg	78,3%
Hessen	66,5%
Mecklenburg-Vorpommern	64,1%
Niedersachsen	74,0%
Nordrhein	78,9%
Rheinland-Pfalz	67,2%
Saarland	65,3%
Sachsen	67,3%
Sachsen-Anhalt	61,5%
Schleswig-Holstein	75,4%
Thüringen	63,2%
Westfalen-Lippe	78,3%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C02 Erythropoese- stimulierende Wirkstoffe
KV	(„biosimilare“ Erythropoietine)
Baden-Württemberg	21,2%
Bayern	63,5%
Berlin	55,3%
Brandenburg	48,2%
Bremen	68,2%
Hamburg	59,1%
Hessen	52,2%
Mecklenburg-Vorpommern	49,5%
Niedersachsen	51,1%
Nordrhein	63,3%
Rheinland-Pfalz	60,9%
Saarland	41,1%
Sachsen	47,5%
Sachsen-Anhalt	65,0%
Schleswig-Holstein	59,5%
Thüringen	47,5%
Westfalen-Lippe	56,4%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C03 Infliximab
KV	(„biosimilares“ Infliximab)
Baden-Württemberg	13,9%
Bayern	28,5%
Berlin	20,2%
Brandenburg	26,5%
Bremen	13,5%
Hamburg	11,5%
Hessen	35,9%
Mecklenburg-Vorpommern	31,1%
Niedersachsen	26,9%
Nordrhein	34,9%
Rheinland-Pfalz	30,8%
Saarland	25,7%
Sachsen	11,6%
Sachsen-Anhalt	26,2%
Schleswig-Holstein	17,9%
Thüringen	17,5%
Westfalen-Lippe	44,8%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C04 Etanercept
KV	(„biosimilares“ Etanercept)
Baden-Württemberg	2,0%
Bayern	1,9%
Berlin	1,1%
Brandenburg	1,3%
Bremen	1,3%
Hamburg	0,6%
Hessen	2,7%
Mecklenburg-Vorpommern	0,8%
Niedersachsen	2,0%
Nordrhein	3,9%
Rheinland-Pfalz	3,2%
Saarland	2,0%
Sachsen	0,5%
Sachsen-Anhalt	1,5%
Schleswig-Holstein	2,6%
Thüringen	0,7%
Westfalen-Lippe	11,9%

Arzneimittelgruppe (Verordnungs- mindestquote)	C05 Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol in der Glaukomtherapie
KV	(generikafähige Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol)
Baden-Württemberg	57,5%
Bayern	58,1%
Berlin	54,3%
Brandenburg	45,4%
Bremen	44,1%
Hamburg	54,5%
Hessen	53,1%
Mecklenburg-Vorpommern	46,0%
Niedersachsen	51,8%
Nordrhein	57,9%
Rheinland-Pfalz	50,6%
Saarland	53,7%
Sachsen	50,8%
Sachsen-Anhalt	49,3%
Schleswig-Holstein	50,0%
Thüringen	46,2%
Westfalen-Lippe	53,8%