

A M T L I C H E
B E K A N N T M A C H U N G E N

Düsseldorf,

der Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel
vertreten durch die Krankenkasse der rheinischen
Landwirtschaft, Düsseldorf

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Lan-
desvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

der Bundesknappschaft, Bochum

gültig ab 1.7.95

Die Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von
Sprechstundenbedarf wird wie folgt ergänzt/geändert:

zu IV.1 Der Katalog der Verband- und Nahtmateriali-
en wird um die elastischen Binden (u.a. auch
zur Kompressionstherapie) ergänzt.

zu IV.5 Der Katalog der Mittel zur Diagnostik bzw.
Therapie wird um die Artikel Magen- und
Dünndarmsonden

-Osteosynthesematerial-
Paukenröhrchen ergänzt.

Die Mittel zur Kryotherapie (z.B. Kohlendäu-
reschnee, flüssiger Stickstoff o.ä.) werden er-
satzlos gestrichen.

Die zuvor genannten Änderungen des Sprechstunden-
bedarfs-Kataloges treten zum 01.01.1998 in Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung (KVNo), Düsseldorf
gez. Dr. Winfried Schorre
Düsseldorf, den 11.03.1998

AOK Rheinland, Düsseldorf
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes
Düsseldorf, den 23.03.1998

*Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-
Westfalen, Essen*
gez. Hoffmann
Vorstandsvorsitzender
Essen, den 07.04.1998

IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach
gez. B. Schlichtbrede
Vorstandsmitglied
Bergisch Gladbach, den 14.05.1998

*Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Düsseldorf*
gez. Döge
Geschäftsführung

Düsseldorf, den 11.05.1998

*Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) =
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,
gez. Mudra*

*Leiter der Landesvertretung
Düsseldorf, den 26.02.1998*

*AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Siegburg,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,
gez. Mudra*

*Leiter der Landesvertretung
Düsseldorf, den 26.02.1998*

Bundesknappschaft, Bochum
gez. Dr. Schulte

*Verwaltungsdirektorin
Bochum, den 22.05.1998*

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- einerseits -
und die AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf,
der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen,
die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,
die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Düsseldorf,
die Bundesknappschaft Bochum,
der VdAK/AEV, Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

- andererseits -
schließen folgende

Vereinbarung
über das Arznei-,
Verband- und
Heilmittelbudget 1998

sowie über
Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

A

Die Vertragspartner verständigen sich
auf folgende Kernpunkte:

- I. Das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget wird für das Jahr 1998 mit einer Budgetobergrenze fortgeführt. Das Nähere dazu wird im Abschnitt B dieser Vereinbarung geregelt.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- II. Es werden mit Wirkung zum Quartal II/98 arztgruppenspezifische Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel festgelegt sowie die Regularien der Wirtschaftlichkeitsprüfung definiert. Für das Jahr 1998 werden von Amts wegen ausgelöste Prüf- bzw. Regreßverfahren nur durchgeführt, wenn das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget des Jahres 1997 oder 1998 überschritten worden ist. Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 40 % wird ein antragsabhängiges Prüf-/Regreßverfahren vorgesehen. Das Nähere zur Festlegung von und zur Prüfung nach Richtgrößen wird im Abschnitt C dieser Vereinbarung geregelt.
- III. Die Geltung der in der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung budgetbegleitend zum Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für das Jahr 1997 festgelegten Richtgrößen wird auf das Quartal I/98 verlängert. Prüf- bzw. Regreßverfahren werden nur durchgeführt, wenn das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget des Jahres 1997 oder des Jahres 1998 überschritten worden ist.
- IV. Die Vertragspartner prüfen für den Bereich des Sprechstundenbedarfs die Option, eine pauschale Kostenabgeltung der dem Sprechstundenbedarf zugehörigen Mittel und Materialien zu vereinbaren, um damit eine für das Praxismanagement des Arztes flexiblere und verwaltungseinfachere sowie eine für die vertragsärztliche Versorgung wirtschaftlichere Regelung zu schaffen.
- V. Sobald eine repräsentative Datentransparenz der Krankenkassen eine arztgruppenbezogene Aufteilung der Verordnungskosten ermöglicht, streben die Vertragspartner die Festlegung arztgruppenbezogener Richtgrößen für physiotherapeutische Heilmittel sowie die Vereinbarung des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen an.

B Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für das Jahr 1998

§ 1 Budgetobergrenze für das Jahr 1998

Die Budgetobergrenze für das Jahr 1998 wird, ausgehend von dem für das Jahr 1997 vereinbarten Budgetbetrag von **3.845.218.315,58 DM**, um 1 % erhöht und auf den vorläufigen Betrag von 3.883.670.498,73 DM festgelegt. Es erfolgt eine zusätzliche Anpassung der Budgetobergrenze um die Prozentpunkte, um welche die von den Vertragspartnern gemäß § 2 Abs. 3 der Vereinbarung über das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget 1997 festgestellte tatsächliche Auswirkung der im Jahr 1997 wirksam gewordenen Erhöhungen der Versicherungszuzahlungen von der mit 7 Prozentpunk-

ten vorausgeschätzten Auswirkung abweicht. Die Anpassung um diese Schätzabweichung wird ebenfalls auf den Ausgangsbetrag von 3.845.218.315,58 DM aus dem Jahr 1997 bezogen. Der sich dadurch ergebende Betrag wird dem vorläufigen Betrag nach Satz 1 hinzuaddiert und die Summe stellt dann die abschließende Budgetobergrenze für das Jahr 1998 dar.

§ 2

Ermittlung des Budgetergebnisses und Ausgleich bei Budgetüberschreitung

Die Regelungen der §§ 4 und 5 der Vereinbarung über das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget 1997 gelten entsprechend für die Ermittlung des Budgetergebnisses für das Jahr 1998 sowie für den Ausgleich einer festgestellten Budgetüberschreitung.

C

I. Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom 01.04.1998 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen wird der Betrag von 3.634.654.812,33 DM festgesetzt. Der Betrag bildet das (Brutto-) Ausgabenvolumen und schließt demgemäß den Apothekenrabatt sowie die gesetzlichen Versicherungszuzahlungen ein. Die Berechnung ergibt sich aus der Übersicht in Anlage A).
- (2) Das (Brutto-) Ausgabenvolumen nach Absatz 1 wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskostenanteilen der einzelnen Arztgruppen gemäß der von der KV Nordrhein erhobenen Zahlenbasis der Quartale II/96 bis IV/96 - getrennt nach AKV - und KVdR-Versicherten - auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, dividiert. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht mitberücksichtigt. Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage B).

§ 2

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlaßten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel übermitteln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die vorläufigen Verordnungskosten mit

- der Summe der Rezeptbruttokosten,
- der Summe der Zuzahlungen und
- der Anzahl der Ordnungsblätter

bis Ende der 12. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals als vorläufige Summenwerte je Vertragsarzt. Die Verbände der Krankenkassen haben - jeder Verband für seinen Kassenartbereich - bis zum Ende der 8. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals zu erklären, ob der Datenlieferungstermin eingehalten wird.

- (2) Sofern die - oder einzelne - nordrheinische(n) Verbände der Krankenkassen nicht in der Lage sind, den Termin für die Datenlieferung einzuhalten, können die betreffenden Verordnungskosten für Arznei- und Verbandmittel direkt von den Apotheken- Rechenzentren bezogen werden. Die betreffenden Verbände der Krankenkassen einerseits und die KV Nordrhein andererseits tragen die hierdurch entstehenden Kosten jeweils zur Hälfte.
- (3) Die Daten nach Absatz 1 dienen in erster Linie dazu, den Vertragsärzten Informationen über das Kostenvolumen ihrer Verordnungstätigkeit im Vergleich zur Richtgrößensumme zu geben. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt. Die Informationen sollen den Vertragsärzten Orientierung in dem Bemühen geben, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden bzw. auszugleichen. Die Vertragspartner verständigen sich auf eine standardisierte Informationsunterlage für die nordrheinischen Vertragsärzte.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der KV Nordrhein spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Apotheken-Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelabgaben, soweit es von dem nach § 2 erhobenen Verordnungsvolumen abweicht:
 - Arztnummer, ersatzweise fünfstellige Ordnungsnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten
 - Summe der Versichertenzuzahlungen

-Anzahl der Ordnungsblätter

- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des KVdR-Bereiches.

Die Richtgrößenvolumina des AKV- und KVdR Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. § 2 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend.

- (3) Für jedes Quartal übermittelt die KV Nordrhein den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen auf Datenträger eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten, die abgerechneten Fallzahlen - getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte. Die KV Nordrhein stimmt die Datensatzinhalte und die Datensatzstruktur mit den Verbänden der Krankenkassen ab.

§ 4

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen (§ 12 Abs. 5 der Prüfvereinbarung) wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes aus den Quartalen II/98 bis IV/98 - und danach innerhalb eines Kalenderjahres - die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet. Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses (§ 12 Abs. 8 der Prüfvereinbarung) wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums
 - in drei aufeinanderfolgenden Quartalen um zusammengekommen mehr als 25 %,
 - in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen um zusammengekommen mehr als 30 %,
 - in einem Einzelquartal um mehr als 35 % überschreitet.
- (2) Die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab und legen sie in der Anlage C) fest.
- (3) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die KV Nordrhein dem Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- Arztnummer
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
 - Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
 - die ermittelten Richtgrößensummen
 - die (fiktiv) – unter Abzug des Apothekenrabatts nach § 130 SGB V (5 %) sowie des prozentualen Bruttokostenanteils der Versichertenzuzahlungen in der Arztgruppe – ermittelten Netto-Richtgrößensummen
 - die veranlaßten Ausgaben des Arztes brutto und netto
 - die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten
- (4) Für ein Prüfverfahren werden ergänzend die elektronischen Abbilder der Arzneirezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und soweit dies erforderlich ist, um zum Beispiel
- vom Arzt geltend gemachte Zweifel an den Aussagen der Übersicht nach Absatz 3 auszuräumen oder
 - Praxisbesonderheiten feststellen zu können.
- Im übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 3 prüfrelevanten Unterlagen.

§ 5 Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu berücksichtigen.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 4) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 genannten Indikationen nicht dem betreffenden Arzt; der Prüfungsausschuß hat die darauf entfallenden Verordnungskosten vielmehr regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Prüfungsausschuß hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.
- (3) Indikationen nach Absatz 2 sind:
- Methadon-Substitution nach den NUB-Richtlinien bei i. v.-Heroinabhängigen
 - Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantation
 - Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
 - Alglucerase-Therapie bei Morbus-Gaucher
 - Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
 - Orale und parentale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung
 - Interferone-Therapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten
 - Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
 - Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypopysärem Minderwuchs
 - Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten
 - Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen
 - Mukoviszidose
 - Terminale Niereninsuffizienz
- (4) Andere Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn besondere, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichende Erkrankungen zu versorgen waren und diese Erkrankungen von der Typik abweichende Arzneitherapien erfordern. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der dadurch gegenüber der Arztgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Für diese Praxisbesonderheiten trägt der Arzt die Darlegungs-, Beweis- und Feststellungslast.
- (5) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2 und 3 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 4 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen
- welche von der Typik abweichende Arzneitherapien
 - mit welcher geschätzten Mehrkostenhöhe je Behandlungsfall erforderlich wurden.

§ 6 Entscheidungen des Prüfungsausschusses

- (1) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt der Prüfungsausschuß den sich daraus

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

ergebenen Mehraufwand als pauschalen Regreß fest. Die vom Prüfungsausschuß anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die vom Prüfungsausschuß zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.

- (2) Die Festsetzung des Regreßbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasisbereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten des Arztes die Rabatte gemäß § 130 SGB V (5 %) sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert. Für die Nettobasis der Richtgrößensumme wird der betreffende Wert nach § 4 Abs. 4 zugrunde gelegt.
- (3) Für Regreßfestsetzungen auf einen verbleibenden Verordnungsumfang, der unterhalb einer Richtgrößenüberschreitung von 25 % liegt, gilt § 12 Abs. 7 der Prüfvereinbarung.
- (4) Im übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 7

Anpassung der Richtgrößen

Bei einer Anschlußvereinbarung zur Höhe der Richtgrößen wird das (Brutto-) Ausgabenvolumen um die (Brutto-) Verordnungskosten bereinigt, die auf Arzneiverordnungen aus den in § 5 Abs. 3 aufgelisteten Indikationsgebieten entfallen. Die Vertragspartner verständigen sich auf die dafür vorzunehmenden Datenauswertungen. Sie stimmen überdies im grundsätzlichen darin überein, die Anpassung der Richtgrößen am Maßstab einer bedarfsgerechten, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden sowie zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sowie am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten.

II. Anwendung der Richtgrößen bei paralleler Geltung des Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets 1998

1. Von Amts wegen ausgelöste Prüf- bzw. Regreßverfahren nach § 12 Abs. 5 bzw. Abs. 8 der Prüfvereinbarung in Verbindung mit Anlage 2 der Prüfvereinbarung werden nur durchgeführt, wenn das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget des Jahres 1997 oder 1998 überschritten worden ist. Regreßfestsetzungen aus Prüfverfahren mindern die Budgetüberschreitungssumme, für welche die KV Nordrhein global in der Haftung stünde. Dies gilt für Prüfverfahren für Quartale des Jahres 1998 auch bezogen auf eine eventuelle Budgetüberschreitung des Jah-

res 1997.

2. Überschreitet das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Quartal die maßgebende Richtgrößensumme um mehr als 40 %, so prüft der Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei einem gemeinsamen Prüfantrag der KV Nordrhein und der Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise. Für die Prüfung gelten die Regelungen der Anlage 2 der Prüfvereinbarung mit der Maßgabe, daß im Falle einer Regreßfestsetzung der über eine 40 %ige Überschreitung der Richtgrößensumme hinausgehende Betrag unabhängig vom Budgetergebnis des Jahres 1997 oder 1998 regressiert wird. Der die Differenz zwischen einer 25%igen bis 40%igen Überschreitung der Richtgrößensumme bildende Regreßbetrag wird dem Arzt nur im Falle einer Budgetüberschreitung der Jahre 1997 oder 1998 belastet.

*Bergisch Gladbach, Bochum, Düsseldorf, Essen, den
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein*

*AOK Rheinland
- Die Gesundheitskasse -*

*Landesverband der
Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen*

*IKK Nordrhein
Hauptverwaltung*

Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft

Bundesknappschaft

Anlage A

3.353.152.955,42 DM	(Nettoarzneibudget 1997)
././ 111.000.000,00 DM	(Kontenart 458; keine Zuzahlung; kein Apothekenrabatt)
3.242.152.955,42 DM	
+ 305.083.322,39 DM	(9,19 % Vers.-zuzahlung von 3.319.731.473,28 DM = 3.644.731.473,28 minus 111 Mio. minus 214 Mio.)
+ 211.970.706,88 DM	(7 % Vers.-zuzahlung von 3.028.152.955,42 DM = Nettobudget 1997: 3.353.152.955,42 minus 111 Mio. minus 214 Mio.)
3.759.206.984,69 DM	
+ 197.734.287,39 DM	(5,26 % Apothekenrabatt)
3.956.941.272,08 DM	
././ 225.262.820,00 DM	(SSB 214 Mio. DM netto plus 5,263 % Apothekenrabatt)
3.731.678.452,08 DM	
././ 97.023.639,75 DM	(2,6 % Nullermedikamente)
3.634.654.812,33 DM	(Brutto-) Richtgrößen Arznei (ohne SSB)