

1083/AB XXI.GP

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Pittermann, Reitsamer und GenossInnen, betreffend Aufwendungen und Selbstbehalte bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, Nr. 1102/J**, wie folgt:

Ich habe die gegenständliche parlamentarische Anfrage dem genannten Versicherungsträger zur Stellungnahme übermittelt. Die diesbezüglich ergangene Antwort liegt bei.

Ergänzend dazu darf ich darauf hinweisen, dass bei den Versicherungsträgern nur jene Daten aufliegen, die unmittelbar für den Vollzug der Sozialversicherungsgesetze von Bedeutung sind. Dies erklärt, dass nicht alle gestellten Fragen überhaupt oder in dem erwünschten Umfang beantwortet werden können.

Meinem Ressort stehen darüber hinausgehende Unterlagen zur Anfragebeantwortung nicht zur Verfügung.

Insbesondere **zu den Fragen 17 bis 19**, ist aus meiner Sicht noch festzuhalten, dass gemäß dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 i.V.m. der Anlage 2 der Verordnung betreffend die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich, BGBl. Nr. 783/1996 in der Fas-

sung des BGBl. II Nr.473/1998, die Krankenanstalten pro stationärem Fall zwar den jeweiligen Kostenträger, also etwa den zuständigen Krankenversicherungsträger, zu dokumentieren haben, nicht aber, ob es sich um eine/n Versicherte/n oder an - spruchsberechtigte/n Angehörige/n handelt. Diese Unterscheidung ist für die Frage des Kostenträgers unerheblich.

Daher stehen meinem Ressort auch zur Beantwortung dieser Fragen keine bzw. keine ausreichend differenzierten Datengrundlagen zur Verfügung.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu der mit Erlass vom 14.7.2000, GZ: 20.001/118 - 5/00, übermittelten parlamentari -
schen Anfrage wird von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse wie folgt
Stellung genommen.

Zu 1.

Kranken(Zahnbehandlungs)schein - gebühr	-	§ 135 Abs. 3 ASVG
Rezeptgebühr	-	§ 136 Abs. 3 ASVG
Kostenanteil für Heilbehelfe	-	§ 137 Abs. 2 u. 3 ASVG

Kostenanteil für Hilfsmittel	-	§ 154 Abs. 1 ASVG
Kostenbeitrag bei Anstaltspflege für Angehörige	-	§ 149 Abs. 5 ASVG § 150 Abs. 3 ASVG § 447f Abs. 6 ASVG
Zuzahlung für Kieferorthopädische Behandlungen (Kieferregulierungen)	-	§ 153 Abs. 1 ASVG § 34 der Kassensatzung
Zuzahlung für unentbehrlichen Zahnersatz	-	§ 153 Abs. 2 ASVG § 35 der Kassensatzung
Zuzahlung bei Unterbringung in Rehab - Einrichtungen	-	§ 154a Abs. 7 ASVG
Zuzahlung bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit	-	§ 155 Abs. 3 ASVG

Zu 2.

Eine Gesamtsumme an vorgeschriebenen bzw. tatsächlich eingehobenen „Selbst - behalten“ kann nicht bekannt gegeben werden, da auf Grund der Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (Rechnungsvorschriften) eine Gesamterfassung der unter Punkt 1 angeführten „Selbstbehalte“ nicht vorgesehen ist. Jene „Selbstbehalte“, die laut Rechnungsvorschriften in der Erfolgsrechnung zu erfassen sind, werden im Punkt 3 der parlamentarischen Anfrage beantwortet.

Zu 3.

Laut Erfolgsrechnung 1999 entfielen auf

Gebühren und Behandlungsbeiträge.

a) Rezeptgebühren S 484.175.495,00

b) Kranken(Zahnbehandlungs)scheingebühren s 109.420.494,99

Zuzahlungen für Kur -, Erholungs - und Rehabilitationsaufenthalte S 9.947.595,51.

Zu 4.

- a) **Gesonderte** Selbstbehalte für Kinder bestehen nicht.
- b) Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 5.

- a) **Gesonderte** Selbstbehalte für andere Angehörige (ausgenommen Kinder) bestehen nicht.
- b) Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 6.

Ende Dezember 1999 war bei unserer Kasse ein Versichertenstand von 759.816 zu verzeichnen.

Zu 7.

Über die Anzahl der mitversicherten Personen liegen keine definitiven Angaben vor; es kann aber von ca. 340.000 anspruchsberechtigten Angehörigen ausgegangen werden.

Zu 8.

Nachdem derzeit die Leistungen der ärztlichen Hilfe (noch) nicht personenbezogen (Versicherte und Mitversicherte) gespeichert werden kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 9.

Wie Frage 8.

Zu 10.

- a) 13,0 Tage
- b) 11,9 Tage

Zu 11.

- a) **Männliche Versicherte:**

	Diagnose	Fälle
009	Mangelhaft bezeichnete Infektionen des Verdauungssystems	23 345
461	Akute Sinusitis (inkl. Abszess, Empyem)	5 164
462	Akute Pharyngitis	4 833
463	Akute Tonsillitis	9 620
464	Akute Laryngitis und Tracheitis	4 692
465	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	72 876
466	Akute oder subakute Bronchitis und Bronchiolitis	15 980
487	Grippe (durch nachgewiesene Influenza-Viren)	13 572
535	Gastritis und Duodenitis	4 289
723	Andere Affektionen im zervikalen Bereich	5 027
724	Andere Affektionen des Rückens	28 808
726	Periphere Enthesopathien und ähnliche Syndrome	2 897
727	Andere Affektionen der Synovialis, Sehne und Bursa	2 622
780	Allgemeine Symptome	3 127
823	Fraktur der Tibia und/oder der Fibula	3 896
845	Verstauchung und Zerrung des Fußgelenkes und des Fußes	4 430
883	Offene Wunde eines oder mehrerer Finger	4 850
924	Prellung der unteren Extremitäten sowie anderer und NNB Stellen	3 692
930	Fremdkörper im äußeren Auge	2 690
959	Andere und NNB Verletzungen	2 865

b) Weibliche Versicherte:

	Diagnose	Fälle
009	Mangelhaft bezeichnete Infektionen des Verdauungssystems	16 585
311	Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	1 643
346	Migräne und andere primäre Kopfschmerzen	2 043
431	Intrazerebrale Hämorrhagie (spontan, nicht traumatisch)	4 815
458	Hypotonie	1 667
462	Akute Pharyngitis	4 039
463	Akute Tonsillitis	7 023
464	Akute Laryngitis und Tracheitis	2 538
465	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	50 693
466	Akute oder subakute Bronchitis und Bronchiolitis	11 662
487	Grippe (durch nachgewiesene Influenza-Viren)	9 323
525	Andere Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	1 962
535	Gastritis und Duodenitis	2 873
599	Andere Krankheiten der Urethra und der Harnwege	2 584
723	Andere Affektionen im zervikalen Bereich	4 789
724	Andere Affektionen des Rückens	11 647
726	Periphere Enthesopathien und ähnliche Syndrome	1 583
780	Allgemeine Symptome	2 898
789	Sonstige Symptome, betr. Abdomen und Becken	1 805
845	Verstauchung und Zerrung des Fußgelenkes und des Fußes	1 818

Zu 12.

Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 13.

Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 14.

Der Kasse liegen bezüglich eines Arztbesuches bei einem praktischen Vertragsarzt Aufzeichnungen über Positionen auf, die als Kontakte in der Ordination des praktischen Vertragsarztes zu bewerten sind. Die nachstehenden Angaben beziehen sich auf die von den praktischen Vertragsärzten in Niederösterreich für niederösterreichische Versicherte bzw. Mitversicherte abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter.

Anzahl der Positionen „Ordination“ für Versicherte	6.715.129
Anzahl der Positionen „Ordination“ für Mitversicherte	1.643.702

- a) Wie viele Versicherte/Mitversicherte im Jahr 1999 praktische Vertragsärzte aufsuchten, kann nur auf Grund der von den niederösterreichischen praktischen Vertragsärzten für niederösterreichische Versicherte bzw. Mitversicherte abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Erste Hilfe Beiblätter beantwortet werden. Jedoch ist auf Grund der vorhandenen Möglichkeiten und Speicherungen eine Zuordnung, bereinigt auf einen einzelnen Versicherten bzw. Mitversicherten, nicht durchführbar.

Anzahl der abgerechneten Krankenkassenschecks u. dgl. für Versicherte	1.726.500
Anzahl der abgerechneten Krankenkassenschecks u. dgl. für Mitversicherte	576.496

- b) Die Gesamtaufwendungen für die Positionen „Ordination“ der abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter im Jahr 1999 bei den praktischen Vertragsärzten in Niederösterreich beliefen sich für in Niederösterreich Versicherte auf S 450.936.489,-- und für Mitversicherte auf S 121.008.711,--.

- c) Die durchschnittlichen Kosten auf den abgerechneten Fällen beliefen sich daher für einen in Niederösterreich Versicherten auf S 261,19 und für einen Mitversicherten auf S 209,90 bezüglich der Positionen „Ordination“ durch niederösterreichische praktische Vertragsärzte.
- d) Die gewünschte Kennzahl kann auf Grund der derzeit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Speicherungen nicht ermittelt werden, da keine Trennung der Einzelleistungen in Verbindung mit einer „Ordination“ bzw. mit einem „Hausbesuch“ vorgesehen ist. Daher können die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung nur gesamt gesehen werden (für Arztbesuche und Hausbesuche).
Die Gesamtaufwendungen für die abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter im Jahr 1999 bei den praktischen Vertragsärzten in Niederösterreich beliefen sich für in Niederösterreich Versicherte auf S 1.015.320.056,28 und für Mitversicherte auf S 281.053.282,29.
- Die durchschnittlichen Kosten auf den abgerechneten Fällen beliefen sich daher für einen in Niederösterreich Versicherten auf S 588,08 und für einen Mitversicherten auf S 487,52.
- e) Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse führt gegenwärtig keine patienten - bezogene Heilmitteldatenerfassung durch. Es kann daher lediglich eine Aussage über die durchschnittlichen Heilmittelkosten pro Versicherten/Mitversicherten (siehe Beantwortung zu Frage 29 b) getätigt werden.
- f) Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu 15.

- a) Der Kasse liegen bezüglich Hausbesuche von praktischen Vertragsärzten Aufzeichnungen über Positionen auf, die als „Hausbesuch“ des praktischen Vertragsarztes zu bewerten sind. Die nachstehenden Angaben beziehen sich auf die

von den praktischen Vertragsärzten in Niederösterreich für niederösterreichische Versicherte bzw. Mitversicherte abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter.

Anzahl der Positionen „Hausbesuch“ für Versicherte	483.326
Anzahl der Positionen „Hausbesuch“ für Mitversicherte	66.150

- b) Die Gesamtaufwendungen für die Positionen „Hausbesuch“ der abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter im Jahr 1999 bei den praktischen Vertragsärzten in Niederösterreich beliefen sich für in Niederösterreich Versicherte auf S 171.586.394,-- und für Mitversicherte auf S 23.787.192,--.
- c) Die durchschnittlichen Kosten auf den abgerechneten Fällen beliefen sich daher für einen in Niederösterreich Versicherten auf S 99,38 und für einen Mitversicherten auf S 41,26 bezüglich der Positionen „Hausbesuch“ durch niederösterreichische praktische Vertragsärzte.
- d) Beantwortung siehe Frage 14 d).

Zu 16.

Der Kasse liegen bezüglich eines Arztbesuches bei Vertragsfachärzten (ohne Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) Aufzeichnungen über Positionen auf, die als Kontakte in der Ordination des Vertragsfacharztes zu bewerten sind. Die nachstehenden Angaben beziehen sich auf die von den allgemeinen Vertragsfachärzten in Niederösterreich für niederösterreichische Versicherte bzw. Mitversicherte abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter.

Anzahl der Positionen „Ordination“ für Versicherte	1.625.663
Anzahl der Positionen „Ordination“ für Mitversicherte	620.976

- a) Wie viele Versicherte/Mitversicherte im Jahr 1999 Vertragsfachärzte (ohne Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Zahn -, Mund - und Kieferheilkunde) aufsuchten, kann nur auf Grund der von den niederösterreichischen allgemeinen Vertragsfachärzten für niederösterreichische Versicherte bzw. Mitversicherten abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Erste Hilfe Beiblätter beantwortet werden. Jedoch ist auf Grund der vorhandenen Möglichkeiten und Speicherungen eine Zuordnung, bereinigt auf einen einzelnen Versicherten bzw. Mitversicherten, nicht durchführbar.

Anzahl der abgerechneten Krankenkassenschecks u. dgl. für Versicherte	915.146
Anzahl der abgerechneten Krankenkassenschecks u. dgl. für Mitversicherte	373.069

- b) Die Gesamtaufwendungen für die Positionen "Ordination" der abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter im Jahr 1999 bei den allgemeinen Vertragsfachärzten (ohne Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Zahn -, Mund - und Kieferheilkunde) in Niederösterreich, beliefen sich für in Niederösterreich Versicherte auf S 134.166.655,-- und für Mitversicherte auf S 51.975.207,--.
- c) Die durchschnittlichen Kosten auf den abgerechneten Fällen beliefen sich daher für einen in Niederösterreich Versicherten auf S 146,60 und für einen Mitversicherten auf S 139,32 bezüglich der Positionen "Ordination" durch niederösterreichische allgemeine Vertragstachärzte (ohne Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Zahn -, Mund - und Kieferheilkunde).
- d) Die gewünschte Kennzahl kann auf Grund der derzeit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Speicherungen nicht ermittelt werden, da keine Trennung der Einzelleistungen in Verbindung mit einer "Ordination" bzw. mit einem "Hausbesuch"

vorgesehen ist. Daher können die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung nur gesamt gesehen werden (für Arztbesuche und Hausbesuche).

Die Gesamtaufwendungen für die abgerechneten Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine und Beiblätter im Jahr 1999 bei den allgemeinen Vertragsfachärzten (ohne Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) in Niederösterreich beliefen sich für in Niederösterreich Versicherte auf S 618.990.015,64 und für Mitversicherte auf S 230.940.358,14.

Die durchschnittlichen Kosten auf den abgerechneten Fällen beliefen sich daher für einen in Niederösterreich Versicherten auf S 676,38 und für einen Mitversicherten S 619,03.

Zu 17.

Mangels Aufzeichnungen kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Zu18.

Im Jahr 1999 waren bei unserer Kasse 261.631 Spitalsfälle (ohne Entbindungsheimpflege) zu verzeichnen.

- a) 7,49 Tage
- b) für die Kasse S 15.913,18 pro Spitalsaufenthalt
- c) für die Kasse S4.163.381.302,28 (ohne nicht abziehbare Vorsteuer für private Krankenanstalten)

d) Versicherte:

	Diagnose	Fälle
153	Maligne Neoplasien des Dickdarmes	2 183
154	Maligne Neoplasien des Rektums, des Colon rectosigmoideum und des Anus	2 460
162	Maligne Neoplasien der Trachea, Bronchien und Lunge	2 817
174	Maligne Neoplasien der weiblichen Brustdrüse	5 248
250	Diabetes mellitus	3 836
366	Katarakt	5 751
401	Essentielle Hypertonie	3 060
414	Andere Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten	4 738
427	Herzrhythmus-Störungen	3 445
428	Herzinsuffizienz	2 576
436	Akute aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	2 355
454	Varizen der unteren Extremitäten	2 084
550	Hernia inguinalis	2 524
574	Cholelithiasis	2 359
715	Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	3 242
717	Innere Kniegelenksschädigung	2 024
724	Andere Affektionen des Rückens	3 376
780	Allgemeine Symptome	4 948
789	Sonstige Symptome, betr. Abdomen und Becken	4 586
959	Andere und NNB Verletzungen	2 294

Mitversicherte:

	Diagnose	Fälle
009	Mangelhaft bezeichnete Infektionen des Verdauungssystems	1 272
174	Maligne Neoplasien der weiblichen Brustdrüse	1 086
191	Maligne Neoplasien des Gehirns	469
250	Diabetes mellitus	570
301	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)	1 037
345	Epilepsie	693
366	Katarakt	518
414	Andere Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten	435
474	Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes	3 485
521	Krankheiten der Hartschubstanz der Zähne	443
540	Akute Appendicitis	1 010
550	Hernia inguinalis	524
599	Andere Krankheiten der Urethra und der Harnwege	471
605	Phimose und Vorhauthypertrophie	797
780	Allgemeine Symptome	1 471
787	Symptome, betr. Verdauungssystem	437
789	Sonstige Symptome, betr. Abdomen und Becken	1 871
850	Commotio cerebri	1 016
920	Prellung des Gesichtes, der Kopfschwarte und des Halses, exkl. Augen	489
959	Andere und NNB Verletzungen	546

e) Es liegt keine Spitalsstatistik nach dem Alter vor

Zu 19.

Im Jahr 1999 wurden 3.691 Versicherte/Mitversicherte unserer Kasse in Privatspitä - lern behandelt

a) 6,14 Jage

b) Mangels Aufzeichnungen kann die Frage nicht beantwortet werden.

c) Öffentliche Spitäler - 98,59 %
Private Spitäler - 1,41 %

Zu 20.

Die Gesamtkosten für Heilmittel betrugen 1999 S 3.486.509.066,32.

a) Nachstehend die 20 kostenintensivsten Verordnungen.

ZOCORD FTBL 20 mg
NORVASC TBL 5 mg
SEROPRAM FTBL 20 mg
SORTIS FTBL 10 mg
ERYPO FSPR 10000IE 1,0 ml
FOSAMAX TBL
ACECOMB TBL
CO - RENITEC TBL
ULCUSAN FTBL 40 mg
TEBOFORTAN FTBL 40 mg
DILATREND TBL 25 mg
SUPRESSIN TBL 4 mg
SEROXAT FTBL 20 mg
LOSEC KPS 20 mg
PRAVACHOL TBL 20 mg
KLACID UNO FTBL
PANTOLOG FTBL 40 mg
BETAFERON TRSTAMP + LSM
RENITEG TBL 20 mg
ULSAL FTBL 300 mg

b + c) Die Bekanntgabe der Durchschnittskosten pro Patient für Medikamente sowie die durchschnittlichen Kosten pro verschriebenem Medikament ist nicht möglich, lediglich die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung für 1999. Diese betrugen S 261,15.

- d) Die 20 am häufigsten und von der Kasse bezahlten Medikamente für das Jahr 1999 lauten:

TEBOFORTAN FTBL 40 mg
NORVASC TBL 5 mg
MAGNOSOLV GRAN 6,1 g BTL
THROMBO ASS FTBL 100 mg
CEREMIN FTBL 40 mg
SEROPRAM FTBL 20 mg
DAFLON FTBL 500 mg
CO - RENITEC TBL
AEROMUC TBL LSL 600 mg
ZOCORD FTBL 20 mg
ACECOMB TBL
UROSIN TBL 300 mg
SORTIS FTBL 10 mg
TRENTAL DRG 400 mg
LASIX TBL 40 mg
DILATREND TBL 25 mg
KLACID UNO FTBL
ULGUSAN FTBL 40 mg
PARKEMED - 500 FTBL
VENOSIN RET KPS 50 mg

- e) Der höchste Heilmittelaufwand im Jahr 1999 betrug
für 1 Versicherten S 1.663.614,84 und
für 1 Mitversicherten S 2.805.916,70.

Zu 21.

Im Jahr 1999 wurden von 1.054 Versicherten und 740 Mitversicherten Kuraufenthalte in Anspruch genommen.

- a) Die Gesamtkosten für die Kuraufenthalte der Versicherten und deren Mitversicherten betrugen S 32.619.650,96.
- b) Ca 0,16%.
- c) Diese Frage kann nicht beantwortet werden.

Zu 22.

Im Jahr 1999 wurden von 448 Versicherten und 537 Mitversicherten Rehabilitations - aufenthalte auf Kosten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in Anspruch genommen.

- a) Die Gesamtkosten für diese Rehabilitationsaufenthalte der Versicherten und deren Angehörigen betrugen S 55.797.870,39.
- b) Ca. 0,09 %.
- c) Diese Frage kann nicht beantwortet werden.

Zu 23.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Brillen

für Versicherte	S 48.117.907,00
für Mitversicherte	<u>S 20.272.378,00</u>
insgesamt	<u>S 68.390.285,00</u>

- a) 80.176 Versicherte
35.144 Mitversicherte
115.320 insgesamt

- b) Versicherte S 600,15
Mitversicherte S 576,84

Zu 24.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Kontaktlinsen

für Versicherte	S 20.136.996,00
für Mitversicherte	<u>S 7.253.125,00</u>
insgesamt	<u>S 27.390.121,00</u>

- a) An die Versicherten wurden 8.676 Stück abgegeben;
an die Mitversicherten 3.125 Stück. Somit insgesamt 11.801 Stück.
- b) Ca. 5 4.500,00, weil nicht alle Personen mit 2 Stück versorgt werden.
- c) S 2.321,00 pro Linse.

Zu 25.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Prothesen

für Versicherte	S 6.782.322,00
für Mitversicherte	<u>S 304.140,00</u>
insgesamt	<u>S 7.086.462,00</u>

- a) 223 Versicherte
10 Mitversicherte
233 insgesamt
- b) und c) Die durchschnittlichen Kosten für die Prothesenversorgungen der Versicherten/Mitversicherten waren S 30.414,00.

Zu 26.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für orthopädische Schuhe

für Versicherte	S 26.444.418,00
für Mitversicherte	<u>S 18.317.442,00</u>
insgesamt	<u>S 44.761.860,00</u>

- a) 2.499 Versicherte
1.731 Mitversicherte
4.230 insgesamt

- b) Die durchschnittlichen Kosten für orthopädische Schuhe für Versicherte/
Mitversicherte waren S 10.582,00.
- c) Die durchschnittlichen Kosten pro orthopädischem Schuh waren S 5.291 ,00.

Zu 27.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Hörgeräte

für Versicherte	S 31.253.720,00
für Mitversicherte	<u>S 5.279.920,00</u>
insgesamt	<u>S 36.533.640,00</u>

- a) An Versicherte wurden 2.936 Hörgeräte abgegeben,
an Mitversicherte 496 Hörgeräte. Somit insgesamt 3.432 Hörgeräte.
- b) Bei beidohriger Versorgung S 21.290,00 pro Versicherten/Mitversicherten, bei ein -
ohriger Versorgung S 10.64500 pro Versicherten/Mitversicherten
- c) Die durchschnittlichen Kosten für ein Hörgerät waren S 10.645.00.

Zu 28.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Bandagen

für Versicherte	S 46.807.650,00
für Mitversicherte	<u>S 9.571.810,00</u>
insgesamt	<u>S 56.379.460,00</u>

- a) An die Versicherten wurden 36.285 (chirurgische) Bandagen abgegeben. an die
Mitversicherten 7.420. Somit insgesamt 43.705.
- b) und c) Die durchschnittlichen Kosten für (chirurgische) Bandagen für Versicherte/
Mitversicherte waren S 1.290,00.

Zu 29.

Im Jahr 1999 waren die Gesamtkosten für Heilmittel

für Versicherte	S 2.980.719.513,71
für Mitversicherte	<u>S 505.789.552,61</u>
insgesamt	<u>S 3.486.509.066,32</u>

- a) Keine Auswertungsmöglichkeit
- b) Die Durchschnittskosten waren pro Verordnung und Versicherten S 362,65; für Mitversicherte S 237,32.
- c) Die Bekanntgabe der durchschnittlichen Kosten pro Heilmittel ist nicht möglich, jedoch die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung. Diese beliefen sich pro Verordnung auf S 261,15.

Zu 30.

Der Verwaltungs - und Verrechnungsaufwand der Niederösterreichischen Gebiets - krankenkasse war im Jahr 1999 gemäß den Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (Rechnungsvorschriften) in der Erfolgsrechnung mit S 490.266.700,31 auszuweisen.

Abschließend verweisen wir darauf, dass parlamentarische Anfragen bisher im Wege über den Hauptverband an die Versicherungsträger herangetragen wurden. Die Mehrzahl der gewünschten Daten wurde bereits dem Hauptverband mit den statistischen Nachweisungen gemeldet. Darüber hinaus hätten einige Fragestellungen einer koordinierten Interpretation bedurft. Nach Ansicht der Kasse sollte daher von der bisherigen bewährten Vorgangsweise nicht abgegangen werden