

1088/AB XXI.GP

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Pittermann, Reitsamer und Genossinnen, betreffend Aufwendungen und Selbstbehalte bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Nr.1112/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

Fassung des BGBl. II Nr.473/1998, die Krankenanstalten pro stationärem Fall zwar den jeweiligen Kostenträger, also etwa den zuständigen Krankenversicherungs -
träger, zu dokumentieren haben, nicht aber, ob es sich um einem Versicherte/n oder
anspruchsberechtigte/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.

BEILAGEN

Anfrage der Abgeordneten Dr. Pittermann, Fr. Reitsamer und Genossinnen betreffend Aufwendungen und Selbstbehalte bei der VGKK

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur obgenannten parlamentarischen Anfrage gibt die Vorarlberger Gebietskrankenkasse - so weit die erforderlichen Daten zur Verfügung stehen bzw. entsprechende Auswertungen möglich sind nachstehende Auskünfte:

Zu 1.

- Krankenscheingebühr,
- Kostenbeitrag gem. § 447 f Abs. 6 ASVG,
- Rezeptgebühr,
- Selbstbehalt für Heilbehelfe und Hilfsmittel,
- Zuzahlungen zu Maßnahmen der GV und REHAB §§ 154 Abs. 7 und 155 Abs. 3 ASVG

Zu 2.

Diese Frage kann nicht beantwortet werden, da die Summe bestimmter Selbstbehalte nicht bekannt ist (siehe Antwort zu Frage 3).

Zu 3.

- Krankenscheingebühr (inkl. Zahnbehandlung): ATS 27.333.112,01:
- Kostenbeitrag gem. § 447 f Abs. 6 ASVG: kann nicht beziffert werden, da dieser von den Krankenanstalten selbst eingehoben wird;
- Rezeptgebühr: ATS 102.687.101,08;
- Selbstbehalt für Heilbehelfe und Hilfsmittel: Zahlen liegen nicht vor, da sich dieser Selbstbehalt aufwandsvermindernd auswirkt und nicht als Einnahme verbucht wird;
- Zuzahlungen zu Maßnahmen der GV und REHAB: ATS 2.675.840,--.

Zu 4.

Nein.

Zu 5.

Nein

Zu 6.

195.330 Versicherte.

Zu 7.

Die Anzahl der Angehörigen ist nur zum Stichtag 30.9.1999 verfügbar Diese betrug 96.115.

Zu 8.

Siehe Frage 11.

Zu 9.

Eine Trennung nach männlichen und weiblichen Mitversicherten ist nicht verfügbar. Ebenso ist auf Grund der gespeicherten Daten nur eine Aussage in Bezug auf Anstaltapflege und hier nur nach Krankheitsgruppen möglich.

Die 20 häufigsten Krankheitsgruppen (Nummer) im Jahr 1999 waren:

- Krankheiten der oberen Luftwege (31)
- Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (32)
- Nicht - Arbeitsunfälle (60)
- Krankheiten des Magen - Darm - Traktes (34)
- Perinatale Affektionen (45)
- Krankheiten des Nervensysteme (20)
- Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (45)
- Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebe (43)
- Kongenitale Missbildungen (44)
- Psychiatrische Krankheiten (19)
- Hämoblastosen (14)
- Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer (33)
- Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (38)
- Krebs der Brust, Harn - und Geschlechtsorgane (12)
- Endokrinopathien, Stoffwechsel - Krankheiten, Immun - Krankheiten (17)
- Darminfektionen (01)
- Sportunfälle (61)
- Krankheiten der Harnorgane (36)
- Affektionen des Auges (21)
- Gutartige Neubildungen (15)

Zu 10.

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| a) | männlich. Erwerbstätige: | 10,5 Tage (Fälle: 85.561, Tage: 905.049) |
| | männliche Arbeitslose: | 39,9 Tag, (Fälle: 3.214, Tage: 128.132) |
| b) | weibliche Erwerbstätige: | 10,1 Tage (Fälle:57.3511 Tage: 578.523) |
| | weibliche Arbeitslose: | 26,9 Tage (Fälle: 3.992, Tage: 107.463) |

Zu 11.

Zu den Krankenstandsursachen verfolgen wir nur über Daten von Erwerbstätigen. Die in Klammer angeführte Zahl ist die Krankheitsgruppenlaufnummer.

a) männliche Erwerbstätige:

- Krankheiten der oberen Luftwege (31)
- Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebe (43)
- Sonstige Arbeitsunfälle (49)

- Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (32)
- Darminfektionen (01)
- Nicht - Arbeitsunfälle (50)
- Krankheiten des Magen - Darm. Traktes (34)
- Sportunfälle (51)
- Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (46)
- Psychiatrische Krankheiten (19)
- Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer (33)
- Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)
- Verkehrsunfälle (47)
- Krankheiten des Nervensystems (20)
- Affektionen des Auges (21)
- Krankheiten des Ohres (22)
- Endokrinopathien, Stoffwechsel - Krankheiten, Immun - Krankheiten (17)
- Krankheiten der Venen und Lymphgefäße (29)
- Krankheiten der Harnorgane (36)
- Unbekannte exogene Ursachen (57)

b) weibliche Erwerbstätige:

- Krankheiten der oberen Luftwege (31)
- Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebe (43)
- Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (32)
- Darminfektionen (01)
- Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (48)
- Krankheiten des Magen - Darm - Traktes (34)
- Nicht - Arbeitsunfälle (50)
- Psychiatrische Krankheiten (19)
- Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (38)
- Komplikationen der Grav. Entbindung, Wochenbett (40)
- Sonstige Arbeitsunfälle (49)
- Krankheiten der Harnorgane (36)
- Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer (33)
- Krankheiten des Nervensystems (20)
- Krankheften der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)
- Diagnose nicht feststellbar
- Sportunfälle (51)
- Krankheiten des Ohres (22)
- Affektionen des Auges (21)
- Krankheiten der Venen und Lymphgefäße (29)

Zu 12.

Daten Ober Krankenstände im Zusammenhang mit dem Übergang in die Pension liegen uns nicht vor. Weiters verfügen wir über keine spezifischen Daten betreffend Invaliditätspensionisten.

Zu 13.

Bei den Erwerbstätigen waren Im Jahr 1999

- 41 gewerbliche Vergiftungen und
- 51 sonstige Berufskrankheiten

zu verzeichnen.

Eine genauere Aufschlüsselung ist nicht verfügbar.

Zu 14.

Eine Unterscheidung nach Versicherten und Angehörigen spielt bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe keine Rolle, weshalb auf die Erfassung dieses Unterschiedes verzichtet wird. Angaben können auch nur hinsichtlich der Behandlung durch Vertragsärzte gemacht werden.

- a) Wie viele Versicherte/Mitversicherte praktische Ärzte aufsuchten ist nicht bekannt. Bekannt ist lediglich die Zahl der Fälle (zum Unterschied: ein Versicherter kann mehrmals im Jahr einen Arzt aufsuchen und wird als Fall auch mehrmals gezählt). Die Fallzahl betrug 635.116 (nur kurative Fälle!).
- b) Unter Berücksichtigung von Punkt a) betrug die Gesamtsumme ATS 325.608.890,00.
- c) Unter Berücksichtigung von Punkt a) beliefen sich die durchschnittlichen Kosten auf ATS 512,68.
- d) Die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung können nicht angegeben werden, da die Fälle quartalsbezogen und nicht behandlungsbezogen erfasst werden (siehe Pkt. a)).
- e) Versicherte zum Stichtag 31.12.99: 195.330
Mitversicherte zum Stichtag 30.09.99: 96.115
daraus lassen sich folgende Zahlen errechnen
Kosten für Medikamente pro Versicherten: ATS 2.959,96
Kosten für Medikamente pro Mitversicherten: ATS 1.295,84
- f) 1999 haben wir 635.116 Fälle bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin sowie 120.911 Überweisungen an Vertragsfachärzte registriert. Es ergibt sich daher pro Behandlung beim Vertragsarzt für Allgemeinmedizin 0,19 Überweisungen an Vertragsfachärzte, wobei die Zahl der Überweisungen auch solche von Fachärzten untereinander beinhaltet. Die Zahl der Überweisungen in Ambulanzen werden von der Kasse nicht gesondert erfasst, weil sie auf Grund der pauschalen Finanzierung im Rahmen der LKF auch nicht gesondert zu bearbeiten sind.

Zu 15.

- a) insgesamt fielen 117.750 Hausbesuche an,
- b) Auf Grund unseres Honorierungssystems (degressive Punktestaffelung und andere Limitierungen bzw. Quotierungen) ist eine präzise Beantwortung dieser Frage nicht möglich. Als Orientierungsgröße können wir den durchschnittlichen Fallwert 1999 für Ärzte für Allgemeinmedizin anbieten (vgl. hierzu Punkt 14.c).
- c) siehe b)
- d) siehe b)

Zu 16.

Es gelten die allgemeinen Ausführungen wie zu 14.

- a) Die Fallzahl betrug 385.182 (ohne Vertragsfachärzte für Labormedizin und für Radiologie).
- b) Die Gesamtkosten betragen ATS 288.498.107,00.
- c) Pro Fall fielen daher durchschnittlich Kosten in Höhe von ATS 790,05 an.
- d) Die Angabe ist nicht möglich.

Zu 17.

- a) Auch im Bereich der Krankenanstalten wird nicht nach Versicherten sondern nach Fällen pro Quartal gezählt, weshalb eine Angabe nur nach Fällen erfolgen kann. In Spitalsambulanzen öffentlicher Krankenanstalten in Vorarlberg fielen 171.600 Fälle an.
- b) Die Gesamtkosten für die 1999 von der Kasse entrichteten Ambulanzgebühren beliefen sich auf ATS 170.687.091,18. In diesen Aufwendungen sind auch die in anderen Bundesländern angefallenen Ambulanzgebühren enthalten.

- c) Eine nach Versicherten und Mitversicherten getrennte Erfassung des Aufwandes erfolgt nicht. Die Kasse betreute 1999 insgesamt 289.516 Personen (193.401 Versicherte und 96.115 Angehörige). Daraus ergibt sich eine Pro - Kopf - Belastung von ATS 589,56. Die Kosten pro Fall belaufen sich auf ATS 994,68 (wobei dieser Durchschnitt insofern nicht exakt ist, als die Fälle in anderen Bundesländern nicht bekannt und daher auch nicht berücksichtigt werden konnten).
- d) Da die durch das Pauschale mitfinanzierten Ambulanzleistungen in anderen Bundesländern nicht bekannt sind, ist diese Frage nicht beantwortbar.
- e) Die Diagnosen werden mangels finanzieller Relevanz nicht erfasst. Außerdem lehnen die Krankenanstalten eine Einflussnahme der Kasse im Zusammenhang mit Diagnose unter Hinweis auf die pauschale Finanzierung ab.

Zu 18.

a) Zur durchschnittlichen Anstaltspflegedauer liegen für 1999 folgende Daten vor:

- Versicherte: 8,9 Tage (Fälle: 48.171, Tage: 428.648)
- Mitversicherte: 5,3 Tage (Fälle: 16.844, Tage: 89.610)

b) Durchschnittliche Kosten pro Spitalsaufenthalt:

Versicherte: ATS 22.301,81
Angehöriger: ATS 12.510,75

c) Für Verpflegskosten nicht Spitalsfonds finanzierter KA und Sonstige Leistungen:

- Versicherte: ATS 52.622.821,99
- Angehörige: ATS 9.064.837,24

Für Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds:

- Versicherte: ATS 978.000.808,60
- Angehörige: ATS 197.000.766,00

Für Anstalts (Entbindungsheim) pflege bei Mutterschaftsleistungen:

- Versicherte: ATS 45.676.856,98
- Angehörige: ATS 4.665.500,79

d) Die 20 häufigsten Krankheitsgruppen (Lauf - Nummer) für Anstaltspflege von Versicherten (alle Versichertenkategorien) im Jahr 1999 waren:

- Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bindegewebe (43)
- Krankheiten des Magen - Darm - Traktes (34)
- Nicht - Arbeitsunfälle (50)
- Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (46)
- Psychiatrische Krankheiten (19)
- Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (32)
- Affektionen des Auges (21)
- Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (38)
- Krebs der Brust, Harn. und Geschlechtsorgane (12)
- Ischämische Herzkrankheiten (25)
- Endokrinopathien,, Stoffwechsel - Krankheiten, Immun - Krankheiten (17)
- Sonstige Herzkrankheiten (26)
- Krankheiten des Nervensystems (20)
- Krebs der Verdauungsorgane (10)
- Cerebrovaskuläre Krankheiten (27)
- Sportunfälle (51)
- Krankheiten der Venen und Lymphgefäße (29)
- Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (35)
- Krankheiten der Harnorgane (38)
- Krankheiten der oberen Luftwege (31)

Für die Mitversicherten verweisen wir auf die Diagnosen zur Frage 9.

Zu 19.

Im Jahr 1999 fielen in Privatspitälern insgesamt 2.382 stationäre Fälle an.

- a) Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 10,25 Pflage tage pro Fall.
- b) Eine diagnosebezogene Erfassung erfolgt nicht.
- c) Eine statistische Trennung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern erfolgt nicht, weshalb die Frage nicht beantwortet werden kann.

Zu 20.

- a) siehe Beilage 1
- b) durchschnittliche Kosten pro Patient: ATS 469,95 (inkl. NAV)
- c) durchschnittliche Kosten pro Medikament: ATS 247,66 (Inkl. NAV)
- d) siehe Beilage 2
- e) Bisher hat die Vorarlberger Gebietskrankenkasse aus Kostengründen auf eine versichertenbezogene Erfassung verzichtet. Seit Anfang des Jahres 2000 erfasst die Kasse unter dem Eindruck der diesbezüglichen Aufwandsexplosion auch die Versicherungsnummer. Eine entsprechende Auswertung kann jedoch erst nach Installierung des Standardproduktes FOKO vorgenommen werden.

Zu 21.

- Versicherte 1.119 Fälle
- Mitversicherte 252 Fälle

a) Versicherte: ATS 13.222.173,22 exkl. NAV

Mitversicherte: ATS 3.132.457,70 exkl. NAV

b) Versicherte: 0,38 %

Mitversicherte: 0,09 %

- c) Die Diagnosen für Kuraufenthalte werden von der Kasse nicht EDV - mäßig erfasst. Aus Erfahrungen der in diesem Bereich zuständigen Bearbeiter lässt sich jedoch feststellen, dass für solche Aufenthalte hauptsächlich Erkrankungen des Bewegungs - und Stützapparates, Herzkrankheiten sowie poststationäre Behandlungen - speziell für Unfallopfer und Schlaganfälle - in Frage kommen.

Zu 22.

- Versicherte: 306 Fälle
- Mitversicherte: 44 Fälle

a) Versicherte ATS 18.709.228,68 exkl. NAV

Mitversicherte ATS 2.041.198,52 exkl. NAV

b) Versicherte: 0,10 %

Mitversicherte: 0,02 %

- c) Siehe zu 21. c, wobei hier zusätzlich Versicherte nach Krebserkrankungen (beispielsweise Brustamputationen) anzuführen sind.

Zu 23.

- Versicherte: ATS 9.527.894,55 (netto)
- Mitversicherte: ATS 3.808.358,56 (netto)

- a) Versicherte: 13.998
 Mitversicherte: 5.429
- b) Versicherte: ATS 680,66 (netto)
 Mitversicherte: ATS 701,48 (netto)
- c) ATS 686,48 (netto)

Zu 24.

- Versicherte: ATS 6.473.828,20 (netto)
- Mitversicherte: ATS 3.450.573,57 (netto)

- a) Versicherte: 1.350 (jeweilig 2 Stück)
 Mitversicherte: 765 (jeweils 2 Stück)
- b) Versicherte: ATS 4.795,-- (bei einer Versorgung mit je 2 Stück)
 Mitversicherte: ATS 4.510,-- (bei einer Versorgung mit je 2 Stück)
- c) ATS 2.346,-- (netto)

Zu 25.

Die angeführten Zahlen betreffen Prothesen für Arme und Beine, Augenprothesen, Brustprothesen, Epithesen und Perücken.

- Versicherte: ATS 2.719.052,11 (netto)
- Mitversicherte: ATS 943.671,42 (netto)

- a) Versicherte: 423
 Mitversicherte: 150
- b) Versicherte: ATS 6.428,02 (netto)
 Mitversicherte: ATS 6.291,14 (netto)
- c) ATS 8.392,19 (netto)

Zu 26.

Die angeführten Zahlen betreffen orthopädische Schuhe. Anti - Varus - Schuhe, Sprunggelenks - stabilisierungsschuhe und Vorfuß - Rückfuß Entlastungsschuhe.

- Versicherte: ATS 1.901.820,52 (netto)
- Mitversicherte: ATS 2.121.232,15 (netto)

- a) Versicherte: 284
 Mitversicherte: 403
- b) Versicherte: ATS 6.696,55 (netto)
 Mitversicherte: ATS 5.263,60 (netto)
- c) ATS 5.855,97 (netto)

Zu 27.

- Versicherte: ATS 6.682.616,47 (netto)
- Mitversicherte: ATS 2.411.568,75 (netto)

- a) Versicherte: 411 welche ein Hörgerät erhielten
 134 welche gleichzeitig bds versorgt wurden
- Mitversicherte: 153 welche ein Hörgerät erhielten
 50 welche gleichzeitig bds versorgt wurden

Gesamtkosten

Präparat	Stk.	Anzahl gesamt	Kosten gesamt	1999
Seropram Ftbl. 20 mg	28	18.700	11.408.940,00	
Zocord Ftbl. 20 mg	30	17.094	10.871.784,00	
Pravachol Tbl.	30	17.366	8.127.288,00	
Losec 20 mg	14	18.101	7.394.258,50	
Seroxat Ftbl. 20 mg	28	13.363	6.440.966,00	
Fosamax Tbl	28	10.457	5.845.463,00	
Klacid Ftbl. 250 mg	14	19.522	5.749.229,00	
Novasc Tbl.	28	17.804	5.697.280,00	
Zurcal Ftbl. 40 mg	14	14.561	5.474.936,00	
Co-Renitec Tabl	28	16.204	5.217.688,00	
Dilatrend Tabl. 25 mg	28	16.094	5.045.469,00	
Sortis Ftbl. 10 mg	30	9.088	4.474.238,00	
Magnosolv Granulat 6,1 g	30	35.284	3.604.113,50	
Sandrum Neor Kps 100 mg	50	1.023	3.447.839,00	
Accecomb Tabletten	28	9.592	3.419.548,00	
Putnicort Turboh. 0,4 mg/20 mg	1	8.375	3.086.187,50	
Flucitine Kps 20 mg	28	7.031	2.955.133,00	
Flixotide Diskus 0,5 mg	1	3.722	2.843.608,00	
Zantac Ftbl.	30	5.975	2.685.762,50	
Suppressin Tbl. 4 mg	28	6.626	2.428.429,00	
			106.218.160,00	

Tabelle 2