

1110/AB XXI.GP

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Pittermann, Reitsamer und GenossInnen, betreffend Aufwendungen und Selbstbehalte bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Nr.1105/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 eine/n 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.

ANLAGE

Bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom 14.07.2000, GZ.20.001/118 - 5/00, gibt die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (im folgenden SVB genannt) wie folgt bekannt:

Zu Frage 1:1. Ärztliche Hilfe und der ärztlichen Hilfgleichgestellte Leistungen

20 %iger Selbstbehalt

Ausnahme:

* Inanspruchnahme freiberuflich tätiger Vertragsärzte: hier gilt gem. § 80 Abs. 2 BSVG ein Behandlungsbeitrag von ATS 52,-- (2000) pro Krankenschein.

* Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen (ambulante Leistungen, die durch Zahlung der Landesfonds abgegolten werden): 20 % eines Pauschalbetrages laut § 16a der Satzung.

2. Heilmittel:

Rezeptgebühr: ATS 45,-- (2000)

3. Heilbehelfe und Hilfsmittel:

20 %, mindestens 20 % des Messbetrages gemäß § 108 b ASVG = ATS 287,--

Kostenübernahme 2000 höchstens bis zum 10 - fachen Messbetrag (= ATS 14.330,--) bzw. 25 - fachen Messbetrag (Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle) (= ATS 35.824,--).

4. Anstaltspflege:

10 % der am 31.12.1996 in Geltung gestandenen aufgewerteten Pflegegebühren (§ 447f Abs. 6 ASVG).

5. Medizinische Hauskrankenpflege:

20 %

6. Zahnbehandlung/Zahnersatz

* konservierend - chirurgische Zahnbehandlung bei freiberuflich tätigen Vertragsärzten:
 Behandlungskostenbeitrag ATS 52,- (2000) pro Behandlungsfall und in sonstigen
 Einrichtungen (z.B. Zahnambulatorien) 20 %.

* Zahnersatz:

25 % bei Kunststoffprothesen

50 % bei Metallgerüstprothesen

* Kieferregulierung: 50 %

Ausnahmen von der Einhebung eines Selbstbehaltes:

Siehe dazu § 80 Abs. 3 BSVG, § 86 Abs. 4 und 5 BSVG, § 87 Abs. 3 und 4 BSVG, § 96 Abs. 1
 und 2 BSVG

Zu Frage 2:

Rezeptgebühren:	ATS 131.203.457,52
Kostenanteile	ATS 110.075.216,09
davon Behandlungsbeitrag	ATS 56.576.566,39

Der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sind jene Selbstbehalte in betraglicher Höhe nicht bekannt, die durch verschiedene Vertragspartner direkt von den Versicherten eingehoben werden (zB Optiker, Bandagisten und Orthopädieschuhmacher, Orthopädietechniker, physikalische Institute, Krankenanstalten, usw.). Diese scheinen in der Erfolgsrechnung nicht auf, wirken sich jedoch aufwandsmindernd aus. Diese Selbstbehalte sind daher in obiger Aufstellung nicht enthalten.

Zu Frage 3:

Siehe Beantwortung Frage 2.

Zu Frage 4:

Es bestehen keine gesonderten Selbstbehalte für Kinder.

Zu Frage 5:

Es bestehen keine gesonderten Selbstbehalte für andere Angehörige.

Zu Frage 6:

Zum Stichtag 31.12.1999 gab es in der Krankenversicherung 235.327 Versicherte.

Zu Frage 7:

Zum Stichtag 31.12.1999 gab es in der Krankenversicherung 87.767 beitragsfrei anspruchsberechtigte Angehörige.

Zu Frage 8:

Eine diagnosenbezogene Erfassung erfolgt nur im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten. Separate Behandlung unter Frage 18 d.

Zu Frage 9:

Siehe Frage 8

Zu Frage 10:

Eine Beantwortung dieser Frage kann für den Bereich der SVB unterbleiben, da der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit im BSVG nicht vorgesehen ist.

Zu Frage 11:

Siehe Frage 10

Zu Frage 12:

Es wird hiezu auf die Beantwortung zur Frage 10 verwiesen und angemerkt, dass es für Versicherte der SVB keine Invaliditätspension, sondern eine Erwerbsunfähigkeitspension (§§ 123 ff BSVG) gibt.

Zu Frage 13:

Im Jahr 1999 gab es 146 berufsbezogene Erkrankungen aufgeteilt auf folgende acht Diagnosen, abgestuft nach deren Häufigkeit:

Farmerlunge (43)¹, Asthma bronchiale (30), durch Zeckenbiss übertragbare Krankheiten (46), durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit (33), Erkrankung durch chemisch - irritativ wirkende Stoffe (41), Hauterkrankungen (19), Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten (39), Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge durch Rohbaumwoll - oder Flachsstaub (44)

Zu Frage 14:

Grundsätzliches: Aufgrund der Durchführung der Abrechnungen für ärztliche Hilfe bei freiberuflich tätigen Vertragsärzten durch die jeweilige Gebietskrankenkasse verfügt die SVB über keinerlei Detaildaten, auch hinsichtlich einer Aufteilung nach Versicherten/Mitversicherten.

a) Insgesamt wurden 750.960 Krankenscheine für Praktische Vertragsärzte abgerechnet. Weiters sind 12.843 Honorarnoten für Wahlarztbesuche eingelangt. Mit dieser Frequenzaussage wird noch keine Aussage bezüglich der tatsächlichen Zahl der Arztbesuche getroffen.

b) Der Gesamtaufwand für Arztbesuche bei Praktischen Ärzten (wurde als Arztkontakte/Quartal verstanden) für Versicherte/Mitversicherte beträgt für das Jahr 1999 ATS 550.396.779,--

- c) Die durchschnittlichen Kosten für Arztbesuche bei Praktischen Ärzten können aufgrund des Vertragskonzeptes bzw. der Verrechnungslösung nicht bekannt gegeben werden.
- d) Siehe Ausführungen zu Frage c)
- e) Von den Praktischen Ärzten wurden pro Versichertem Medikamente im Wert von ATS 4.252,83 und pro Mitversichertem Medikamente im Wert von ATS 1.723,18 verschrieben. Die Zahl der Patienten, deren Arztkontakte zu keiner Verschreibung von Medikamenten geführt haben, wird hierbei nicht berücksichtigt.
- f) Siehe „Grundsätzliches“ zu Frage 14

Zu Frage 15:

Siehe „Grundsätzliches“ zu Frage 14

Zu Frage 16:

Grundsätzliches: Aufgrund der Durchführung der Abrechnungen für ärztliche Hilfe bei freiberuflich tätigen Vertragsärzten durch die jeweilige Gebietskrankenkasse verfügt die SVB über keinerlei Detaildaten, auch hinsichtlich einer Aufteilung nach Versicherten/Mitversicherten.

- a) Insgesamt wurden 464.654 Krankenscheine für Vertragsfachärzte abgerechnet. Weiters sind 35.381 Honorarnoten für Wahlärzte eingelangt.
Mit dieser Frequenzaussage wird noch keine Aussage bezüglich der tatsächlichen Zahl der Arztbesuche getroffen.
- b) Der Gesamtaufwand für Arztbesuche bei Vertragsfachärzten (wurde als Arztkontakte/Quartal verstanden) für Versicherte/Mitversicherte beträgt für das Jahr 1999 ATS 346.698.227.
- c) Die Berechnung der durchschnittlichen Kosten für Arztbesuche bei Fachärzten ist aufgrund des Vertragskonzeptes bzw. der Verrechnungslösung nicht möglich.
- d) Siehe Ausführungen zu Frage c)
- e) Siehe Frage 8)

Zu Frage 17:

Die Frequenzen sollten sich aus den Daten der Krankenhäuser ergeben, die im Rahmen der LKF - Bestimmungen an die Versicherungsträger ergehen müssen; dafür ist seit 01.01.1998 eine gesetzliche Verpflichtung zur technischen Übermittlung der Patientendaten eingeführt worden. Österreichweit entsprechen dieser Verpflichtung lediglich zwei Krankenhäuser; Detaildaten stehen uns daher nicht zur Verfügung.

Zu Frage 18:

Im Jahr 1999 entfielen 75.807 Spitalsaufenthalte auf Versicherte und 17.581 Spitalsaufenthalte auf Mitversicherte.

a) Die durchschnittliche Dauer pro Aufenthalt in Spitälern betrug bei Versicherten 9,4 Tage und bei Mitversicherten 7,89 Tage. Damit wird noch keine Aussage über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Patienten im Kalenderjahr getroffen.

b) Die durchschnittlichen Kosten pro Spitalsaufenthalt betragen 1999 ATS 13.564,20.

c) Es sind Kosten in der Höhe von insgesamt ATS 1.266.735.921,44 angefallen.

d)

	Versicherte:	Fälle	Tage
Kr. Gr.	Alle	75.807	712.493
	20. Häufigsten Diagnosen	61.612	591.797
43	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	6.659	73.035
50	Nicht Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	5.254	53.344
26	Sonstige Herzkrankheiten	4.803	48.162
34	Krankheiten des Magen - Darm - Traktes	4.781	40.810
32	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	4.476	50.646
21	Affektion des Auges	3.553	18.316
27	Cerebrovaskuläre Krankheiten	3.460	43.473
46	Symptome und schlecht bez. Affektionen	3.335	27.716
25	Ischämische Herzkrankheiten	2.868	25.541
12	Krebs der Brust, Harn - und Geschlechtsorgane	2.858	21.573
10	Krebs der Verdauungsorgane	2.746	21.009
17	Endokrinopathien, Stoffwechselkrankheiten, Immunkrankheiten	2.627	25.450
19	Psychiatrische Krankheiten	2.367	36.117
36	Krankheiten der Harnorgane	2.131	16.456
35	sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	1.819	19.804
20	Krankheiten des Nervensystems	1.798	16.684
29	Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	1.747	16.197
56)	Sonstige exogene Ursachen (zB med. Komplikationen)	1.582	16.684
38	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	1.484	9.827
13	Sonstige solide Krebse	1.264	10.953

	Mitversicherte:	Fälle	Tage
Kr. Gr.	Alle	17.581	138.751
	20. Häufigsten Diagnosen	13.704	112.643
43	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	1.613	17.923
50	Nicht Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	1.451	11.424
34	Krankheiten des Magen - Darm - Traktes	1.136	8.548
46	Symptome und schlecht bez. Affektionen	781	4.692
31	Krankheiten der oberen Luftwege	779	3.058
21	Affektion des Auges	702	3.385
26	Sonstige Herzkrankheiten	702	6.862
12	Krebs der Brust, Harn - und Geschlechtsorgane	691	4.556
32	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	656	6.053
38	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	564	4.263
17	Endokrinopathien, Stoffwechselkrankheiten, Immunkrankheiten	541	4.954
19	Psychiatrische Krankheiten	539	6.905
20	Krankheiten des Nervensystems	512	4.030
10	Krebs der Verdauungsorgane	486	3.311
13	Sonstige solide Krebse	462	2.497
27	Cerebrovaskuläre Krankheiten	462	6.010
25	Ischämische Herzkrankheiten	423	3.713
36	Krankheiten der Harnorgane	414	2.918
56	Sonstige exogene Ursachen (zB med. Komplikationen)	411	3.507
35	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	379	4.034

e) Prozentanteil der Versicherten/Mitversicherten je Altersgruppe:

aa)	Mitv	zw. 0 und 10 J.	17,22
bb)	Mitv	zw. 11 und 20 J.	17,31
cc)	Mitv	zw. 21 und 30 J.	2,87
dd)	Mitv	zw. 31 und 40 J.	1,25
ee)	Mitv	zw. 41 und 50 J.	1,30
ff)	Mitv	zw. 51 und 60 J.	6,87
gg)	Mitv	zw. 61 und 70 J.	24,39
hh)	Mitv	zw. 71 und 80 J.	23,79
ii)	Mitv	zw. 81 und 90 J.	4,79
jj)	Mitv	zw. 91 und 100 J.	0,21
kk)	Mitv	über 100 J.	0,00
aa)	Vers	zw. 0 und 10 J.	0,03
bb)	Vers	zw. 11 und 20 J.	0,36
cc)	Vers	zw. 21 und 30 J.	2,70
dd)	Vers	zw. 31 und 40 J.	5,65
ee)	Vers	zw. 41 und 50 J.	7,31
ff)	Vers	zw. 51 und 60 J.	11,86
gg)	Vers	zw. 61 und 70 J.	21,31
hh)	Vers	zw. 71 und 80 J.	31,05
ii)	Vers	zw. 81 und 90 J.	16,46
jj)	Vers	zw. 91 und 100 J.	3,26
kk)	Vers	über 100 J.	0,05

f) Durchschnittliche Aufenthaltsdauer je Versichertem/Mitversichertem je Altersgruppe:

aa)	Mitv	zw. 0 und 10 J.	4,33
bb)	Mitv	zw. 11 und 20 J.	4,79
cc)	Mitv	zw. 21 und 30 J.	6,25
dd)	Mitv	zw. 31 und 40 J.	7,91
ee)	Mitv	zw. 41 und 50 J.	10,36
ff)	Mitv	zw. 51 und 60 J.	7,61
gg)	Mitv	zw. 61 und 70 J.	8,94
hh)	Mitv	zw. 71 und 80 J.	10,15
ii)	Mitv	zw. 81 und 90 J.	11,09
jj)	Mitv	zw. 91 und 100 J.	9,22
kk)	Mitv	über 100 J.	0,00
aa)	Vers	zw. 0 und 10 J.	6,60
bb)	Vers	zw. 11 und 20 J.	5,72
cc)	Vers	zw. 21 und 30 J.	6,24
dd)	Vers	zw. 31 und 40 J.	6,75
ee)	Vers zw. 41 und 50 J.	7,51	
ff)	Vers	zw. 51 und 60 J.	7,80
gg)	Vers	zw. 61 und 70 J.	9,10
hh)	Vers	zw. 71 und 80 J.	10,21
ii)	Vers	zw. 81 und 90 J.	10,88
jj)	Vers	zw. 91 und 100 J.	10,20
kk)	Vers	über 100 J.	11,19

Zu Frage 19:

Der Gesamtaufwand im Jahr 1999 betrug für private Krankenanstalten gemäß § 4 Abs. 6 des Vertrages vom 15.01.1997 zwischen Hauptverband und der Wirtschaftskammer Österreichs ATS 39.165.239,80 und für Krankenanstalten die nicht im genannten Vertrag enthalten sind ATS 19.622.234,70. Aussagekräftige Detaildaten liegen nicht vor.

Zu Frage 20:

Die Gesamtkosten für Medikamente im Jahr 1999 betragen ATS 1.087.858.701,03.

a) Die 20 kostenintensivsten Medikamente waren:

Pharmanummer	Medikamentenname	Pkg - Gr	
1256500	SEROPRAM FTBL 20 MG	28	ST
1258982	NORVASC TBL 5MG	28	ST
1298645	FOSAMAXTBL	28	ST
1265858	ZOCORD FTBL 20 MG	30	ST
1253111	ACECOMB TBL	28	ST
1256612	CO - RENITEC TBL	28	ST
9999324	MAG. ZUB + INCORP. TOPICAL		
1284732	LOSEC KPS 2 MG	14	ST
1265522	ULCUSAN FTBL 40 MG	30	ST
1199305	TEBOFORTAN FTBL 40 MG	50	ST
1267366	SEROXAT FTBL 20 MG	28	ST
1265315	DILATREND TBL 25 MG	28	ST
1289362	ZOLADEX DEP IMPL. SPRAMP 10,8	1	ST
1127168	LOVENOX SPRAMP 40 MG	10	ST
1294156	PRAVACHOL TBL 20 MG	30	ST
523749	TRENTAL DRG 400 MG	50	ST
1310292	SORTIS FTBL 10MG	30	ST
1846833	ERYPO FSPR 10000IE 1,0 ML	6	ST
1292631	PANTOLOC FTBL 40 MG	14	ST
1145284	SUPRESSIN TBL 4MG	28	ST

b) Die durchschnittlichen Kosten/Patient im Jahr 1999 waren ATS 3.410,20. Hierbei wurden nur Patienten berücksichtigt, an die Medikamente abgegeben wurden.

c) Die durchschnittlichen Kosten/verschriebenen Medikament im Jahr 1999 waren ATS 211,26. Bei der Ermittlung konnten nur die tatsächlich verrechneten Medikamente berücksichtigt werden, da Medikamente, die unter der Rezeptgebühr liegen, nicht mit der Kasse verrechnet werden.

d) Die 20 häufigsten Medikamente die von der SVB im Jahr 1999 bezahlt wurden waren:

Pharmanummer	Medikamentenname	Pkg - Gr.	
9999324	MAG. ZUB. + INCORP. - TOPICAL		
1199305	TEBOFORTAN FTBL 40 MG	50	ST
1258982	NORVASC TBL 5MG	28	ST
1269566	THROMBO ASS FTBL 100 MG	100	ST
1253364	MAGNOSOLV GRAN 6,1 G BTL	30	ST
523749	TRENTAL DRG 400 MG	50	ST
31130	LASIX TBL 40MG	50	ST
1256612	CO - RENITEC TBL	28	ST
1032321	VOLTAREN EMULGEL - GEL	40	G
1256500	SEROPRAM FTBL 20 MG	28	ST
1253111	ACECOMB TBL	28	ST
178873	UROSIN TBL 300 MG	30	ST
9999293	MAG. ZUB. - DF NICHT ZUORDENB.		
9999985	MAG. ZUB. - TOPICAL		
1298645	FOSAMAX TBL	28	ST
1278039	CEREMIN FTBL 40 MG	50	ST
955762	RENITEC TBL 10 MG	28	ST
1265315	DILATREND TBL 25 MG	28	ST
1287400	DAFLON FTBL 500 MG	30	ST
1265858	ZOCORDFTBL 20 MG	30	ST

e) Der höchste Betrag für Medikamente im Jahr 1999 für einen Versicherten (HIV - Patient) betrug ATS 3.763.927,--. Der höchste Betrag für Medikamente im Jahr 1999 für einen Mitversicherten betrug ATS 604.478,--.

Zu Frage 21:

Grundsätzliches:

Aufgrund der Fragestellung muss festgehalten werden, dass Kuren im Allgemeinen nicht aus der Krankenversicherung, sondern aus der Pensionsversicherung bezahlt werden. Dem Versicherungsträger aus der gesetzlichen Krankenversicherung wird unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und auf die Auslastung der zur Verfügung stehenden Einrichtungen eingeräumt, geeignete Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge gem. § 161 Abs. 2 BSVG zu gewähren.

Insgesamt wurden 7.328 Kuraufenthalte in Anspruch genommen.

- a) Für Kur - und Rehabilitationsaufenthalte sind im Jahr 1999 Gesamtkosten in der Höhe von ATS 194.766.697,43 angefallen.
- b) Eine Berechnung der Prozente, wieviel Versicherte/Mitversicherte im Jahr 1999 Rehabilitationen bzw. Kuren in Anspruch genommen haben, kann nicht durchgeführt werden.
- c)

SVB 1999 Kur - Fälle insgesamt	7.328	Fälle
Krankheitsbezeichnung	ICD - 9	Kur
Spondylosis und ähnliche Affektionen	721	2.272
Osteoarthrosen und ähnliche Affektionen	715	2.075
chronische Bronchitis	491	306
Andere Affektionen des Rückens	724	305
Andere Formen von chronisch Ischämischen Herzkrankheiten	414	234
Hypertonie	401	189
Schlaganfall	436	154
Andere mangelhaft bezeichnete und unbekannte Ursachen von Krankheit und Tod	799	143
Adipositas nicht endokrin	278	111
Primärchronische Polyarthrit	714	111
Diabetes	250	109
Intervertebrale Diskopathien	722	101
Akuter Myokardinfarkt	410	78
Andere Affektionen im zervikalen Bereich	723	74
Andere Krankheiten des Endokards	424	71
Hypertensive Herzkrankheit	402	68
Alter Myokardinfarkt	412	62
Asthma Bronchiale	493	53
Herzrythmusstörungen	427	44
Periphere Enthesopathien	726	40
Summe der 20 häufigsten Kur - Diagnosen		6.600

Zu Frage 22:

Die nachfolgenden Zahlen betreffen vorwiegend Fälle der medizinischen Rehabilitation aus der Pensionsversicherung.

- a) Siehe dazu Frage 21 a).
- b) Siehe dazu Frage 21 b).

c)

SVB 1999 Rehab - Fälle insgesamt	4.885	Fälle
Krankheitsbezeichnung	ICD - 9	Rehab
Spondylosis und ähnliche Affektionen	721	814
Osteoarthrosen und ähnliche Affektionen	715	658
Chronische Bronchitis	491	265
Hypertonie	401	226
Intervertebrale Diskopathien	722	201
Adipositas nicht endokrin	278	186
Asthma Bronchiale	493	169
Diabetes	250	137
Primär chronische Polyarthrit	714	135
Andere Formen von chronisch Ischämischen Herzkrankheiten	414	123
Farmerlunge	495	107
Andere Affektionen des Rückens	724	99
Hypertensive Herzkrankheit	402	83
Periphere Enthesopathien	726	68
Andere Affektionen im zervikalen Bereich	723	67
Schlaganfall	436	66
Fraktur der Wirbelsäule ohne Rückenmarkschädigung	805	61
Andere Krankheiten des Endokards	424	58
Fraktur der Wirbelsäule mit Rückenmarkschädigung	806	53
Andere Gelenkaffektionen	719	47
Summe der 20 häufigsten Rehab - Diagnosen		3.623

Zu Frage 23:

Grundsätzliches:

Nachfolgende Zahlen beinhalten nur den Aufwand der SVB, nicht jedoch den Selbstbehalt bzw./ und etwaige von den Patienten geleistete Zuzahlungen.

Die Gesamtkosten für Brillen betragen für Versicherte S 12.345.400,-- und für Mitversicherte S 1.885.600,-- (insgesamt S 14.231.000,--)

a) 21.116 Versicherte
3.224 Mitversicherte

b) Die durchschnittlichen Kosten pro Patient sind nicht exakt ermittelbar, da Mehrfachversorgungen nicht evident sind. Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: S 567,--.

b) S 567,--

Zu Frage 24:

Die Gesamtkosten für Kontaktlinsen betragen für Versicherte S 1.712.900,-- und für Mitversicherte S 470.000,-- (insgesamt S 2.182.900,--)

a) 1.103 Versicherte
306 Mitversicherte

b) Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: S 1.549,--

c) S 809,--

Zu Frage 25:

Anzumerken ist, dass in den Gesamtkosten auch die Reparaturkosten inbegriffen sind; die Zahlen zu b) und c) sind ebenfalls zu relativieren.

Die Gesamtkosten für Prothesen betragen für Versicherte S 2.507.100,-- und für Mitversicherte S 624.400,-- (insgesamt S 3.131.500,--)

a) 109 Versicherte
27 Mitversicherte

b) Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: S 23.025,--

c) S 21.596,--

Zu Frage 26:

Die Gesamtkosten für orthopädische Schuhe betragen für Versicherte S 13.957.100,-- und für Mitversicherte S 809.200,-- (insgesamt S 14.766.300,--)

a) 1.392 Versicherte
84 Mitversicherte

b) Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: S 10.026,--

c) S 9.733,90

Zu Frage 27:

Aufgrund der Vertragsrechtslage, die Zuzahlungen nicht ausschließt, kommt es zu massiven Belastungen der Versicherten. Die durchschnittliche Zuzahlung beträgt ca. ATS 10.000,-- pro Patient. Die nachstehenden ziffernmäßigen Aussagen beziehen sich auf den in der Verrechnung aufscheinenden Aufwand.

Die Gesamtkosten für Hörgeräte betragen für Versicherte/ Mitversicherte ATS 12.916.797,--

a) 1.483 Versicherte
200 Mitversicherte

b) Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: ATS 7.674,86.

c) ATS 7.168,--

Zu Frage 28:

Die Gesamtkosten für Bandagen betragen für Versicherte S 8.652.700,-- und für Mitversicherte ATS 2.155.100,-- (insgesamt ATS 10.807.800,--)

a) 1.605 Mitversicherte

b) Nur Angabe der durchschnittlichen Kosten pro Patient möglich: ATS 1.342,90,--

c) ATS 1.473,--

Zu Frage 29:

Siehe Frage 20:

Zu Frage 30:

Der Verwaltungsaufwand für das Jahr 1999 beträgt ATS 387.988.603,51.