



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

XXIV. GP.-NR
11079/AB
29. Mai 2012
zu 11314/J

GZ: BMG-11001/0086-I/A/15/2012

Wien, am 24. Mai 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 11314/J der Abgeordneten Kurt Grünwald, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass für die Beantwortung der vorliegenden parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde.

Grundsätzlich darf ich voranstellen, dass die Behandlung von chronischen Erkrankungen eine große und immer wichtiger werdende Aufgabe für das österreichische Gesundheitssystem darstellt. Die hohe Anzahl von chronisch erkrankten Menschen ist auf wohlstandsbezogene Lebensstilfaktoren zurückzuführen. Dabei wurden von der WHO 2011 vier Risikofelder definiert: Rauchen, ungesunde Ernährung, psychische Inaktivität und Alkohol.

Derzeit gibt es in Österreich zwischen 400.000 (nach Angaben der Statistik Austria) und 600.000 Diabetiker/innen, wie es die Österreichische Diabetes Gesellschaft einschließlich der Dunkelziffer errechnet hat.

Eine integrierte Krankenbehandlung alleine wird nicht ausreichen, um den Trend der steigenden Inzidenzraten zu brechen. Eine ausgeweitete Gesundheitsförderung und Prävention ist dringend notwendig, wobei an den zentralen Lebensstilfaktoren Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention anzusetzen ist.

Durch Maßnahmen zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, wie sie von meinem Ressort bereits initiiert wurden, muss der Ausbreitung der Zivilisationskrankheit Diabetes Einhalt geboten werden.

Das von der österreichischen Sozialversicherung entwickelte Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ wird in Österreich seit 2007 schrittweise in den Bundesländern umgesetzt. Die Implementierung wurde im Rahmen von Reformpoolprojekten vorgenommen.

Frage 1:

Nach den meinem Ressort vorliegenden Informationen gibt es für juvenile Typ-1-Diabetiker ein Register an der Medizinischen Universität Wien. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger teilt dazu mit, dass innerhalb der Sozialversicherung aufgrund der medikamentösen Therapie sowie der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Blutzuckerstreifen und der DMP Dokumentation Daten zur Verfügung stehen.

Fragen 2 und 3:

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte sowie der Patientinnen und Patienten, die an „Therapie Aktiv“ teilnehmen, aufgeschlüsselt nach Bundesländern und per Stand 10.04.2012 (Quelle: Homepage Therapie Aktiv).

Bundesland	Aktuell teilnehmende Ärztinnen/Ärzte	Aktuell teilnehmende Patient/inn/en
Niederösterreich	142	5.489
Oberösterreich	281	7.593
Salzburg	98	1.684
Steiermark	216	6.316
Vorarlberg	63	930
Wien	166	8.015
Summe	966	30.027

Frage 4:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger führt dazu u.a. Folgendes aus:

„Im Rahmen des Kassenkonsolidierungspakets wurde mit der Ärztekammer vereinbart, dass bis 2015 zwei Drittel der medikamentös behandelten Diabetiker in das Programm „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ eingeschrieben sein sollten.

2011 wurde von der Sozialversicherung unter der Leitung des Hauptverbands eine Strategie mit eben dieser Zielsetzung ausgearbeitet. Zur Erreichung dieses Ziels sind Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen (Patienten, Ärzte, Ärztekammer, Länder, Sozialversicherungsträger, Selbsthilfegruppen, etc.) geplant.

Zentral in der Strategie ist die Motivation der Ärzte, das Programm für die Patienten anzubieten.“

Ein e-learning-Tool für die DMP-Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte ist bereits entwickelt. Somit kann die Fortbildung zeit- und ortsunabhängig absolviert werden. Damit ist ein maßgeblicher Beitrag geleistet, den Zugang für die erforderliche Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte zum DMP zu erleichtern und dadurch die Zahl der teilnehmenden Mediziner/innen zu erhöhen.

Auch durch verschiedene Maßnahmen und direkte Ansprache wird versucht, die Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten zu steigern.

Abschließend führt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in diesem Zusammenhang weiter aus:

„Außerdem soll die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ärztekammern intensiviert werden. Die auch schon in der Vergangenheit genutzten und auf die Zielgruppe Mediziner ausgerichteten Medien sollen verstärkt über den Nutzen des Programms informieren sowie Erleichterungen in der administrativen Abwicklung darstellen. Darüber hinaus soll das DMP auch weiterhin auf Bezirksärztetreffen, Qualitätszirkeln und Veranstaltungen thematisiert werden.“

Frage 5:

In Burgenland wird seit 1996 ein eigenes Programm zur strukturierten Betreuung der Diabetiker betrieben („Modell Burgenland“), welches inhaltlich dem DMP „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ entspricht. Im Rahmen dieses Programmes gibt es nach vorliegenden Informationen 286 geschulte Ärzte, von denen rund 50 regelmäßig Diabetikerschulungen durchführen. Bis Ende des Jahres 2011 wurden 4.556 Diabetiker betreut.

Die VAEB betreibt seit Mai 2010 einen bundesweiten Pilotversuch unter dem Titel „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“. Dieses Projekt richtet sich an alle Diabetiker und beinhaltet auch individuelle Lebensstilberatung. Derzeit (Stand 10. April 2012) führen 358 aktive Patienten und 68 Ärzte den Dialog.

In Tirol und Kärnten werden derzeit keine Betreuungsprogramme aber Diabetikerschulungsprogramme angeboten.

Neben den DMP gibt es auch kleinere Initiativen, wie beispielsweise eine verbesserte Schulung der Diabetiker.

Frage 6:

Bereits in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) wird im Rahmen des Unterrichtsfaches „Allgemeine und spezielle Pathologie - Diagnose und Therapie einschließlich komplementärer medizinischer Methoden“ die Thematik Diabetes behandelt.

Curriculare Themenschwerpunkte sind hierbei insbesondere: Ursachen, Symptomatik, Diagnostik, Prognose, Therapie inkl. Prävention, Rehabilitation und Komplikationen von Krankheit und Therapie, Diabetes mellitus Typ I und II, diabetisches Koma, hypoglykämischer Schock, Spätkomplikationen, Therapieformen, Diabetesberatung und Diabetikerschulung.

Im Anschluss an die (Grund-)Ausbildung besteht die Möglichkeit einer mindestens 160 Stunden umfassenden Weiterbildung „Diabetesberatung“, deren positiver Abschluss zur Führung der entsprechenden Zusatzbezeichnung berechtigt.

Die in der Fragestellung als „Diabetes-Pflegekräfte“ bezeichneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind aus fachlicher Sicht mit den Absolvent/inn/en der oben genannten Weiterbildung gleichzusetzen. Diese verfügen über das erforderliche Wissen für eine fachgerechte Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus im ambulanten und stationären Bereich.

Frage 7:

Um einen besseren Überblick über die Datenlage zu erhalten (der erste österreichische Diabetesbericht datiert aus dem Jahre 2004 und bedarf dringend einer Überarbeitung und Aktualisierung), wird derzeit im Auftrag meines Ressorts ein Diabetesbericht durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt.

Auf Basis einer derartigen zusammenfassenden Darstellung können erst Maßnahmen, wie beispielsweise Feststellung des Bedarfs und der Rahmenbedingungen für eine interdisziplinäre Behandlung dieses Krankheitsbilds, gesetzt werden. Festzuhalten ist, dass die multiprofessionelle, interdisziplinäre Behandlung ein integraler Bestandteil des bereits eingeführten DMP „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ ist. Dieses DMP sieht eine interdisziplinäre, strukturierte und kontinuierliche Behandlung für die Betroffenen vor (z.B. regelmäßig Fußinspektionen, augenfachärztliche Kontrollen, Erhebung des Blutzuckerwertes). Den behandelnden Ärzten stehen Anleitungen („Behandlungspfade“, „Medizinische Leitlinien“) zur Verfügung. Darin sind sowohl Therapieziele als auch Überweisungskriterien an spezielle Fachärzte und Spezialambulanzen definiert.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger führt in diesem Zusammenhang weiter aus:

„Im Bereich der SGKK erfolgt über das GlZ (Gesundheitsinformationszentrum) seit ca. einem Jahr eine qualifizierte Beratung über eine Diplomkrankenschwester.

Die VAEB betreibt seit Mai 2010 einen bundesweiten Pilotversuch unter dem Titel ‚Gesundheitsdialog Diabetes mellitus‘. Dieses Projekt beinhaltet auch individuelle Lebensstilberatung. Dabei beschränkt sich der teilnehmende Arzt nicht auf die typischen Behandlungsinhalte - wie z.B. Blutzucker, Blutdruck, Medikation etc. Im Rahmen der Lebensstilberatung wird auf Ernährung und Bewegung im Zusammenhang mit Diabetes ebenso geachtet. Damit will die VAEB ‚Gesundheit neu denken‘ und Zuwendung als ganzheitlichen medizinischen Ansatz ins System integrieren. Die Inhalte des Gesundheitsdialogs hat ein Komitee aus Medizinern, Diätologen, Psychologen und Sportwissenschaftlern auf Basis der Leitlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) entwickelt.“

Frage 8:

Therapieresistente Patientinnen und Patienten benötigen eine komplexe Betreuung und stellen hohe therapeutische Anforderungen. Daher benötigen sie auch spezialisierte und differenzierte Therapieangebote. Grundsätzlich werden diese in den entsprechenden endokrinologisch orientierten Spezialambulanzen bereitgehalten. Auch im Disease-Management-Programm Diabetes mellitus ist dies so vorgesehen; ich darf im Übrigen auf meine Ausführungen zu Frage 9 verweisen.

Frage 9:

Es ist Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, durch den Abschluss von Verträgen die nötigen Kapazitäten im niedergelassenen Bereich zur Verfügung zu stellen.

Das Ziel des DMP „Therapie Aktiv“ ist es, entsprechend geschulte Ärztinnen/Ärzte im niedergelassenen Bereich in ausreichender Zahl für die Betreuung von Routinefällen zur Verfügung zu stellen und so die Diabetes-Ambulanzen von diesen Fällen zu entlasten. Die Projektdurchführenden sind ohnehin bemüht, den Kreis an teilnehmenden Ärzt/inn/en durch entsprechende Anreize ebenso zu erhöhen wie die Teilnahmerate der Diabetiker/innen.

Das DMP soll die Basistherapie im Rahmen von strukturierten Behandlungspfaden auf die Hausärztinnen/-ärzte konzentrieren, daher ist es wichtig, dass es von diesen wohnortnah und zahlreich angeboten wird. Für das Jahr 2012 beabsichtigt die Sozialversicherung die Anzahl der DMP-Ärztinnen/-Ärzte maßgeblich zu erhöhen.

Als Beispiele der Lenkung der Patient/inn/enströme führt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Folgendes aus:

„... bei der NÖGKK kann die Überweisung an einen spezialisierten niedergelassenen (Vertrags-)Facharzt in der Region erfolgen (Second Level Support). In Frage kommen hier insbesondere Fachärzte der Fachrichtungen Innere Medizin, Dermatologie, Orthopädie und Neurologie. Wenn dies in weiterer Folge aus medizinischer Sicht erforderlich ist, sollte eine Überweisung an die zuständige Ambulanz im nächstgelegenen Landesklinikum erfolgen (Third Level Support). Eine entsprechende Information ist an alle teilnehmenden Ärzte in Niederösterreich in der Form eines zwischen Sozialversicherung, Ärztekammer für NÖ und NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) abgestimmten Informationsblattes ergangen.

Die VGKK versucht, die Patientenschulungen dahin zu optimieren, dass nur noch sogenannte Problemfälle (sehr schwer einstellbare Patienten) die Ambulanzen aufsuchen.

Bei der VAEB können Diabetiker und Ärzte sowohl aus dem niedergelassenen als auch dem intramuralen Bereich am ‚Gesundheitsdialog Diabetes mellitus‘ teilnehmen. Den behandelnden Ärzten und den Patienten werden nach einer umfangreichen Schulung eine geeignete Infrastruktur zur Verfügung gestellt: ein Softwareprodukt (Sicht auf das elektronische Diabetikertagebuch) für die Ärzte; Handy, Blutzucker- und Blutdruckmessgerät und elektronisches Diabetikertagebuch in der Maximalausstattung für die Patienten. Dadurch wird allen Teilnehmern der zeit- und ortsunabhängige Dialog ermöglicht.

Das elektronische Diabetikertagebuch beinhaltet neben den üblichen Inhalten (Blutzuckerwerte, Medikation, Proteineinheiten etc.) auch Angaben über Wohlbefinden und Bewegung (Intensität, Dauer und Art der Bewegung). Dadurch werden die niedergelassenen Ärzte auch zum Coach in Sachen Lebensstiländerung, weil alle gemessenen und übertragenen Werte grafisch so aufbereitet werden, dass den Ärzten ermöglicht wird, Zusammenhänge zwischen den einzelnen Messwerten und deren Ursachen rasch zu erkennen. Durch wöchentlichen (virtuellen) Kontakt zwischen dem Arzt und dem Patienten wird den Patienten rasches Feedback gegeben.

Mittels des ‚Gesundheitsdialoges Diabetes mellitus‘ haben die Patienten somit die Möglichkeit, in einen intensiven Dialog mit den Gesundheitseinrichtungen der VAEB und dem niedergelassenen Bereich (vorzugsweise dem behandelnden Hausarzt) zu treten. Somit wird eine verlässliche und dauerhafte individuelle Betreuung durch den Hausarzt gewährleistet. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Zuckerwerte der Diabetiker stabil in der vorgesehenen Bandbreite zu halten, kurzfristigen Schwankungen durch langfristige Steuerungen zu begegnen und somit vor allem die kostenintensiven Folgeschäden zu vermeiden oder deren Entstehung zu verzögern.

Die Vision hinter diesem Projekt ist, durch das Zusammenspiel „Technik“ (Telemedizin) und „Präventionskonzept“ (Bewegung, Ernährung, Leitlinien) die Autonomie der Patienten nachhaltig zu stärken und das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen.“

Ergänzend ist festzuhalten, dass für die innere Organisation von Krankenanstalten das jeweilige Land bzw. der Krankenanstaltenträger zuständig ist.

Frage 10:

Eine Befreiung von der Rezeptgebühr soll grundsätzlich dann Platz greifen, wenn soziale Schutzbedürftigkeit vorliegt, wenn also die Bezahlung der Rezeptgebühr eine überdurchschnittliche finanzielle Belastung des/der Betroffenen bedeutet. Dabei wird nach den vom Hauptverband erlassenen Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr auch ein erhöhter Medikamentenbedarf durch Anhebung der diesbezüglichen Einkommensgrenzen berücksichtigt. Der Umstand einer bestimmten Erkrankung allein sagt noch nichts über die Einkommenssituation einer Person aus. Darüber hinaus ließe sich die Befreiung von der Rezeptgebühr bei einer Reihe anderer Erkrankungen ebenso argumentieren, sodass die Befreiung bei Diabetes Mellitus im Vergleich zu diesen Erkrankungen einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz darstellte.

Bei Typ 2-Diabetiker/inne/n ist die Änderung von Lebensstilfaktoren von maßgeblicher Bedeutung für einen positiven Krankheitsverlauf und wichtiger als die medikamentöse Therapie. Daher ist eine Verminderung der Rezeptgebühr von untergeordneter Bedeutung.

Die Motivation von Patient/inn/en soll auch nicht über finanzielle Anreize erreicht werden. Die eigene Gesundheit soll langfristig Motivation für ein gesundes Verhalten sein, dazu muss das Verständnis für Gesundheit in der Bevölkerung geschaffen werden. Die negativen Folgen von Diabetes sind zunächst nicht spürbar, sodass die Schwere der Erkrankung meist völlig unterschätzt wird.

Eine Verminderung der Rezeptgebühr hätte daher keine messbaren Auswirkungen auf die Effektivität der Therapie.

Frage 11:

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit dem Additivfach „Endokrinologie und Stoffwechsel“ hat seit 2007 sowohl für Erwachsene als auch für Kinder zugenommen, ich verweise dazu auf die in der Beilage angeschlossene Auswertung aus der Ärztestatistik.

Frage 12:

Das neue Konzept der Ärzteausbildung orientiert sich an den häufigsten 15 WHO-Diagnosen. Damit wird dem Diabetes in der Ausbildung zukünftig verstärktes Augenmerk gewidmet. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs-

träger weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für Ärztinnen und Ärzte, die das DMP anbieten wollen, eine modulare Aus- und Weiterbildung sichergestellt wird.

Fragen 13 und 14:

Bei den zu einer Amputation führenden Gesundheitsstörungen handelt es sich häufig um ein multifaktorielles Geschehen. Da der kausale Zusammenhang zwischen der Amputation und einer diabetischen Grunderkrankung in den Diagnosen- und Leistungsberichten nicht erfasst ist, lassen sich aus diesen Daten keine sicheren Angaben zur Anzahl der auf Grund von Diabetes erfolgten Amputationen machen; entsprechende sichere Angaben über die Position Österreichs im internationalen Vergleich sind daher ebenfalls nicht möglich.

Frage 15:

Mein Ressort verfügt über keine diesbezüglichen Daten; die Anzahl lässt sich auch aus der auf gesetzlicher Basis zu meldenden Dokumentation in Krankenanstalten nicht ableiten.

Fragen 16 und 17:

Die Standort- und Kapazitätsplanung von Versorgungseinrichtungen ist Angelegenheit auf Länderebene in den Landesgesundheitsplattformen bzw. im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Eine allfällige Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien für Fußambulanzen müsste von der Bundesgesundheitskommission beauftragt werden; Voraussetzung dafür ist ein Einvernehmen zwischen dem Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung. Grundsätzlich geht die Entwicklung weg von Strukturqualitätskriterien hin zu Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien. Dementsprechend sollten zunächst die Behandlungsabläufe für Fußkrankungen von Diabetiker/innen standardisiert und evidenzbasiert werden.

Frage 18:

Es existiert bereits eine enge Zusammenarbeit mit der „Österreichischen Diabetes Gesellschaft“, die auch in den Prozess der Berichterstellung auf Expert/innen/enebene involviert sein wird.

Frage 19:

Entsprechende Überlegungen können erst nach Vorliegen des Diabetesberichts auf Basis der dort dargestellten Faktenlage getroffen werden.

Frage 20:

Eine wichtige Fragestellung im Gesundheitsressort ist die interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Betreuung von Migrantinnen und Migranten in den österreichischen Krankenanstalten. Dabei sind Sensibilisierungsmaßnahmen wie Aus-, Fort- und Weiterbildung beim medizinischen Personal als prioritär zu sehen. Die interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen findet u.a. auch im Rahmen der Verbesserungsmaßnahmen im „Health literacy Bereich“ von Migrantinnen und Migranten Beachtung. Dabei sollen Migrantinnen und Migranten besser über das

Gesundheitssystem in ihren jeweiligen Muttersprachen sowie über die Möglichkeiten der Gesundheitsprävention informiert werden. Hinsichtlich der Reduzierung der Sprachbarrieren hat das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Prävention zahlreiche Broschüren mehrsprachig konzipiert. In einer dieser Broschüren („*Gesund bleiben und mit Krankheiten umgehen*“) wird auf den Seiten 54 und 56 Diabetes mellitus, Typ-I und Typ-II behandelt. Die Broschüre ist über Download auf der Homepage und über das Broschürens-service des Bundesministeriums für Gesundheit erhältlich.

Frage 21:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger teilt dazu Folgendes mit:

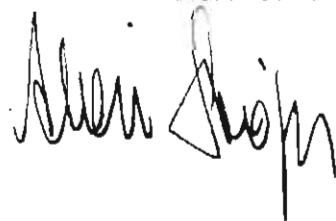
„Derzeit ist keine Aufnahme vorgesehen, eine solche hätte jedenfalls evidenzbasiert zu erfolgen. Gemäß ‚Vorsorgeuntersuchung-Neu‘ wird die Diagnose eines Diabetes mellitus, unabhängig von Alter und Geschlecht, durch Messung mehrfach erhöhter Nüchtern-Blutzuckerwerte an mindestens zwei verschiedenen Tagen gestellt. Bei verdächtigem klinischem Bild und widersprüchlichen Messergebnissen ist zusätzlich die Diagnosestellung mittels oralem Glukosetoleranztest (OGTT) möglich (Second-Stage-Diagnose).“

Frage 22:

In den letzten Jahren wurden geschlechtsspezifische Aspekte zunehmend in der medizinischen Forschung berücksichtigt, wobei sich die Gender- Medizin als ein wichtiger Fachbereich entwickelt hat. Seit 2002 wurde an der medizinischen Fakultät in Wien eine Stabsstelle Gender-Mainstreaming zur Koordination der Gleichstellung der Frauenförderung sowie der Geschlechterforschung eingerichtet. Mittlerweile bieten die Med-Unis Wien, Graz und Innsbruck berufsbegleitende interdisziplinäre Lehrgänge für Gender Medizin an. In den aktuellen Lehrveranstaltungen 2011/2012 des Universitätslehrganges Gender Medizin in Wien ist das Thema Diabetes mellitus einer der Seminarschwerpunkte, welcher die Bereiche Vorsorge, Diagnostik und Behandlung von Diabetes genderspezifisch umfasst.

Frage 23:

Ich darf darauf hinweisen, dass diese Frage in den Zuständigkeitsbereich des Herrn Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fällt.



Beilage

BELLAGG

Häufigkeit Ärzte (pro 1000 Einwohner)

sdisc	nJahr	nCases
Osterreich	2000	35
Osterreich	2001	89
Osterreich	2002	95
Osterreich	2003	102
Osterreich	2004	108
Osterreich	2005	110
Osterreich	2006	120
Osterreich	2007	125
Osterreich	2008	136
Osterreich	2009	147
Osterreich	2010	157
Osterreich	2011	160

Arztstatistik

Analysiertyp: ☒ Zeitreihe

Regionale Aggregationsstufe: ☒ Österreich

Region: ☒

Zeitraum: ☒ 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011

Alter: ☒ 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

Auswahlmodus Kassenverträge: ☒ Filter Kassenverträge nicht berücksichtigen

Kassenverträge: ☒ S2-Kassen (Gebietskrankenkassen GKK / SV der Bauern SVB) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

Fachrichtung: ☒ Nur Erst-/Hauptfach berücksichtigen ☒ Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen (Zusatzfach) ☒ Gastroenterologie und Hepatologie (Zusatzfach)

Häufigkeit Ärzte (pro 1000 Einwohner)

sdisc	nJahr	nCases
Osterreich	2007	35
Osterreich	2008	50
Osterreich	2009	51
Osterreich	2010	48
Osterreich	2011	47

Arztstatistik

Analysiertyp: ☒ Zeitreihe

Regionale Aggregationsstufe: ☒ Österreich

Region: ☒

Zeitraum: ☒ 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011

Alter: ☒ 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Auswahlmodus Kassenverträge: ☒ Filter Kassenverträge nicht berücksichtigen

Kassenverträge: ☒ S2-Kassen (Gebietskrankenkassen GKK / SV der Bauern SVB) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

Fachrichtung: ☒ Nur Erst-/Hauptfach berücksichtigen ☒ Rheumatologie (Zusatzfach) ☒ Sportorthopädie (Zusatzfach) ☒ Sporttraumatologie (Zusatzfach) ☒ Thoraxchirurgie (Zusatzfach) ☒ Tropenmedizin (Zusatzfach) ☒ Viszeralchirurgie (Zusatzfach) ☒ Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (Zusatzfach) ☒ Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie (Zusatzfach) ☒ Neonpädiatrie (Zusatzfach) ☒ Pädiatrische Endokrin und Diabetologie (Zusatzfach)

☒ Regionennamen in Tabelle einfügen

Zahlenformat: ☒