

2. GESUNDHEITSAKTOREN

Die Gesundheitsfaktoren sind Risikoelemente, welche die Ausrichtung, Beibehaltung und Veränderung des Gesundheitszustandes im Laufe des Lebens beeinflussen.

Die Krankheitsrisiken sind, abhängig von zahlreichen Faktoren wie Geschlecht, Arbeit, Ernährung, sozioökonomischen Bedingungen und Wohngebiet, sehr unterschiedlich; jeder Faktor kann – allein oder im Zusammenspiel mit anderen – eine bestimmte Krankheit fördern oder dieser vorbeugen.

Im Fall einer Krankheit oder Beeinträchtigung genügt es meistens nicht, den einzelnen Risikofaktor zu isolieren; es muss die Kette der Faktoren aufgefunden werden, die auf einzelne Personen oder Bevölkerungsgruppen im spezifischen sozialen Umfeld gesundheitsschädigend wirken.

Eine Krankheit ist demnach die Folge einer komplexen Reihe von Faktoren, welche auf die Person einwirken; oft können die mit der Gesundheit zusammenhängenden persönlichen Verhaltensweisen eine Krankheit zum Teil erklären. Nicht immer setzt sich der Betroffene jedoch freiwillig diesen Risikofaktoren aus, wie zum Beispiel bei einer gefährlichen Sportart; seine Entscheidungsfreiheit ist im Fall von Faktoren wie Umweltbelastung und Ernährung eingeschränkt.

Die Gesundheitsfaktoren können also sehr individuell sein (geschlechts-, alters- oder erbanlagenabhängig) oder von persönlichen Verhaltensweisen und vom Lebensstil, von sich positiv oder nachteilig auswirkenden sozialen Faktoren, von Lebensbedingungen, Arbeit und Gesundheitsdiensten oder allgemein aus sozioökonomischer, kultureller oder umweltbezogener Sicht beeinflusst werden.

Tabelle 1: **Gesundheitsfaktoren**

<i>Individuelle</i>	<i>Sozioökonomische</i>	<i>Umweltbezogene</i>	<i>Lebensstile</i>	<i>Zugang zu den Diensten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Erbanlage • Geschlecht • Alter 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftliche Lage • Beschäftigungslage • Soziokulturelles Lebensumfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Luft • Wasser und Lebensmittel • Wohngebiet • Wohnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabakkonsum • Ernährung • Körperliche Bewegung • Drogen- und Medikamentenmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulsystem • Gesundheitssystem • Sozialdienste • Verkehrsmittel • Freizeit

**SOZIOÖKONOMISCHE
FAKTOREN**

In allen entwickelten Ländern besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Faktoren. Der Gesundheitszustand und die sozioökonomische Lage bedingen sich gegenseitig: die sozioökonomische Lage ist ein wichtiger Faktor des Gesundheitszustandes, und der Gesundheitszustand stellt ein wichtiges Element der sozioökonomischen Entwicklung dar.

UMWELT

Die ständige Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ist ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung des individuellen und kollektiven Wohlstandes.

LEBENSSTIL

Der individuelle Lebensstil wird stark von Aspekten wie Kultur, Beschäftigung, Bildung, Einkommen sowie vom sozialen Netz beeinflusst. Diese Elemente bringen Verhaltensweisen und Entscheidungsformen mit sich, die den Gesundheitszustand beeinflussen.

**ZUGANG ZU DEN
DIENSTEN**

An den folgenden kritischen Stellen kann das Gesundheitssystem eingreifen, um Ungleichheiten in der gesundheitlichen Behandlung zu ändern: unterschiedliche Auffassung des Gesundheitsbedarfs und unterschiedliche Nachfrage bei gleichen Gesundheitsbedin-

gungen, unterschiedliches Angebot und unterschiedliche Zugangsmöglichkeit zu den Diensten bei gleicher Nachfrage, unterschiedliche Qualität und Effizienz der angebotenen Leistungen bei gleichem Zugang zu den Diensten.

2.1. LEBENSSTILE: RAUCHEN, ERNÄHRUNG, KÖRPERLICHE BEWEGUNG

Die mit den Lebensstilen zusammenhängenden Gesundheitsprobleme können auf Verhaltensweisen zurückgeführt werden, die – beispielsweise bei Jugendlichen und älteren Menschen – an das Alter gebunden sind; allgemein werden sie jedoch auch stark von kulturellen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Zu den wichtigsten Aspekten der Lebensstile, die sich auf das Wohlbefinden des Einzelnen auswirken, gehört sicherlich der Tabakkonsum, der Alkoholmissbrauch und die Fehlernährung.

2.1.1. Rauchen

Zigarettenrauchen ist ein großer Risikofaktor für Tumor-, Kreislauf- und Atemwegkrankungen.

Rauchen während der Schwangerschaft hängt direkt mit einem niedrigen Gewicht bei der Geburt zusammen.

Die Zahl der Raucher beläuft sich in Südtirol auf rund 83.800, 24,1 % davon sind Männer, 16,0 % Frauen (ab dem Alter von 14 Jahren).

Geraucht wird am häufigsten in der Altersklasse zwischen 20 und 29 Jahren. Der Anteil der starken Raucher beträgt 3,8 %.

21,1 % der Fünfzehnjährigen rauchen täglich.

Der Anteil an Todesfällen, die durch Rauchen verursacht wurden, variiert zwischen 8,8 % bei den Todesfällen aufgrund von zerebrovaskulären Krankheiten ab 65 Jahren und 90,3 % bei den Todesfällen aufgrund von chronischer Bronchitis und Emphysem bei den Männern und zwischen 3,2 % bei den Todesfällen aufgrund von zerebrovaskulären Krankheiten im Alter über 65 und 79,5 % bei den Todesfällen aufgrund von Bronchitis, Emphysem und Asthma bei den Frauen.

Zigarettenrauchen ist Mitursache für zahlreiche Formen bösartiger Tumoren in verschiedenen Körperteilen bei: Lungen, obere Verdauungs- und Atemwege, Nieren und Blase. Rauchen ist außerdem ein großer Risikofaktor für die Krankheiten des Kreislaufsystems (wie ischämische Herzleiden, zerebrovaskuläre Krankheiten und periphere Arteriopathien) und der Atemwege (chronisch-obstruktive Bronchopneumopathien). Ein niedriges Gewicht bei der Geburt und die intrauterine Wachstumsretardierung hängen mit dem Tabakkonsum während der Schwangerschaft zusammen. Die tabakrauch-attributablen Schäden für die Gesundheit führen zu einer hohen Anzahl an vermeidbaren Todesfällen, aber auch zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und Beeinträchtigungen, die enorme Kosten für die Gesellschaft mit sich bringen.

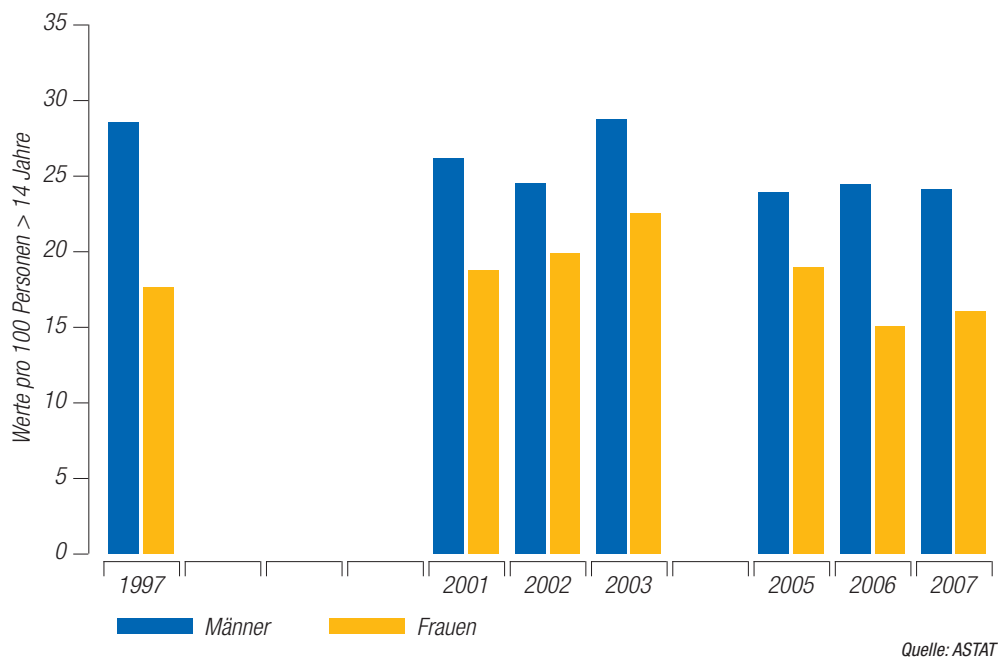
Im Unterschied zu anderen Faktoren ist Zigarettenrauchen ein theoretisch beseitigbarer Risikofaktor; die Effizienz einer Unterbrechung dieses schädlichen Verhaltens zur Verminderung der damit zusammenhängenden Risiken ist belegt und erwiesen.

**DIE SCHÄDEN FÜR DIE
GESUNDHEIT**

DIE RAUCHGEWOHNHEIT

Den Daten des Jahres 2007 zufolge werden die Raucher in der Landesbevölkerung auf ca. 83.800 geschätzt (49.700 Männer und 34.100 Frauen), was 24,1% der männlichen Bevölkerung über 14 Jahren und 16,0% derselben Bevölkerung bei den Frauen darstellt. In den letzten drei Jahren ist die Prävalenz der Raucher bei den Männern konstant, bei den Frauen rückläufig. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt rauchen in Südtirol sowohl die Männer (gesamtstaatlicher Vergleichswert für 2006: 28,8%) als auch die Frauen (17,0%) weniger.

Abbildung 1: Raucherprävalenz in der Bevölkerung nach Geschlecht – Jahre 1997–2007



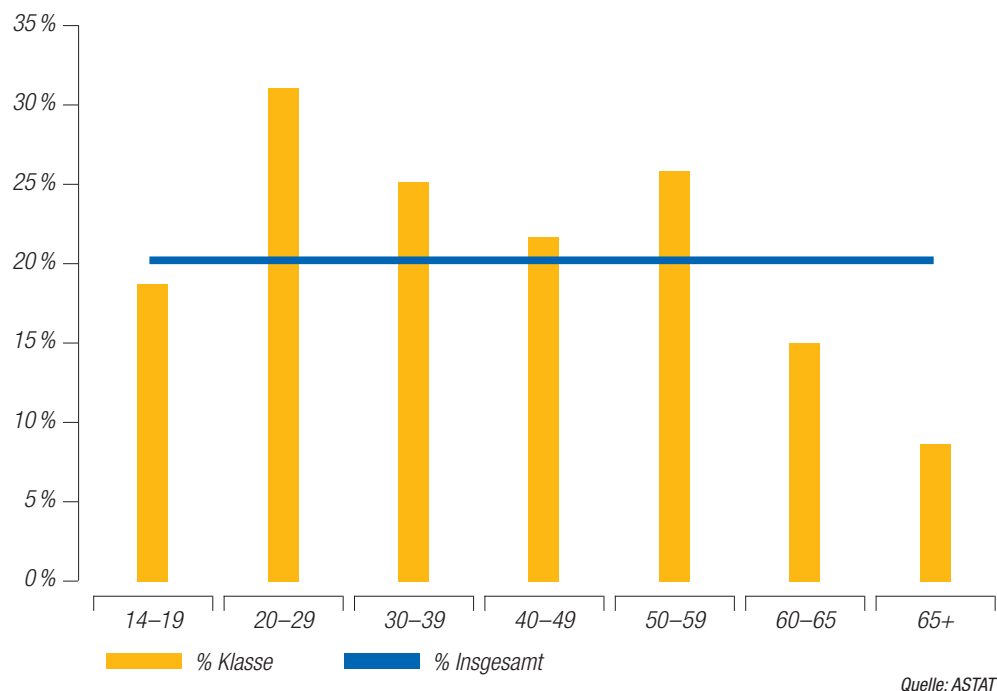
Die Rauchgewohnheit ist nicht gleichmäßig unter der Bevölkerung verteilt. Nach den Daten der vom ASTAT durchgeführten Mehrzweckerhebung, wird am häufigsten unter den Männern, in der Altersklasse zwischen 20 und 29 (30,9% der Bevölkerung dieser Altersklasse) und unter den Personen mit mittlerem/niedrigem Bildungsniveau (24,3% bei denen mit Oberschulabschluss und 25,5% bei denen mit Mittelschulabschluss) geraucht. Die starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) machen 3,8% aller Raucher aus; dieser Prozentsatz ist entschieden rückläufig im Vergleich zum Jahr 2006 (damals 6,5%) und auf jeden Fall der niedrigste seit 1997.

Auf nationaler Ebene raucht die Hälfte der Raucher seit mindestens 20 Jahren, wodurch auch die Risiken für die Gesundheit zunehmen, die direkt mit der Dauer des Tabakkonsums zusammenhängen.

Der Anteil der ehemaligen Raucher beläuft sich in Südtirol auf 21,0% der Bevölkerung (26,8% unter den Männern und 15,4% unter den Frauen). Die meisten ehemaligen Raucher gehören den erwachsenen und fortgeschrittenen Altersklassen an (25,7% zwischen 40 und 49 Jahren, 28,3% zwischen 50 und 59 Jahren, 29,6% zwischen 60 und 64 Jahren, 28,4% über 65 Jahre).

Aus der HBSC-Studie 2005/2006 über den Gesundheitszustand und die Lebensstile der Jugendlichen im Schulalter wird außerdem ersichtlich, dass 21,1% der Fünfzehnjährigen täglich rauchen, wobei keine relevanten Unterschiede zwischen Sprachgruppen oder Geschlechtern bestehen.

Abbildung 2: Raucher in der Bevölkerung nach Altersklasse – Jahr 2007



Auf der Grundlage der Vorgaben des Programms „Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs“ (SAMMEC), das 1987 vom Center for Disease Control and Prevention von Atlanta erarbeitet wurde, sowie der Daten über die Prävalenz der Raucher und ehemaligen Raucher, die den Landes- und gesamtstaatlichen Daten der Mehrzweckerhebung über private Haushalte entnommen wurden, wurden die Schätzungen der tabakrauch-attributablen Sterblichkeit in Südtirol nach 19 Todesursachen bei Erwachsenen im Alter über 35 Jahren vorgestellt.

Die relativen Todesrisiken für die 19 tabakrauch-attributablen Pathologien unter den erwachsenen Rauchern und ehemaligen Rauchern gegenüber den Nicht-Rauchern nach Altersklassen sind dieselben, wie jene für die amerikanische Bevölkerung verwendeten; sie wurden der Prevention Study der American Cancer Society (CPS-II Study) entnommen. Die tabakrauch-attributable Fraktion (SAF) wird auf der Grundlage der Prävalenz der Raucher, Nicht-Raucher und ehemaligen Raucher in der Bevölkerung ab 35 Jahren bestimmt. Die geschätzten Fraktionen der tabakrauch-attributablen Todesfälle in Südtirol schwanken für die Männer zwischen 8,8% für die zerebrovaskulären Krankheiten ab 65 Jahren und 90,3% für chronische Bronchitis und Emphysem. Bei den Frauen variieren diese Fraktionen zwischen 3,2% bei zerebrovaskulären Erkrankungen für die über 65-jährigen Frauen und 79,5% für Bronchitis, Emphysem und Asthma.

Tabelle 2: **Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht – Südtirol**

Todesursache	Männer	Frauen
Bösartige Tumoren der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	76,1 %	46,9 %
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	72,5 %	58,2 %
Bösartige Tumoren des Magens	28,5 %	10,7 %
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	26,3 %	23,2 %
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	83,7 %	72,8 %
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	88,9 %	71,4 %
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses	–	10,6 %
Bösartige Tumoren der Blase	48,3 %	26,9 %
Bösartige Tumoren der Nieren und sonstiger und nicht spezifizierter Harnorgane	40,2 %	5,2 %
Akute myeloische Leukämie	24,4 %	8,9 %
Ischämische Herzleiden: Alter 35–64 Jahre	40,8 %	32,4 %
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	14,7 %	6,3 %
Sonstige Herzkrankheiten	20,8 %	9,4 %
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35–64 Jahre	38,0 %	39,6 %
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 Jahren	8,8 %	3,2 %
Atherosklerose	31,3 %	11,2 %
Aortenaneurysmen	66,5 %	53,3 %
Sonstige Erkrankungen der Arterien	19,9 %	16,9 %
Pneumonie und Grippe	23,6 %	16,6 %
Chronische Bronchitis und Emphysem	90,3 %	79,5 %
Chronische Obstruktion der Atemwege	81,5 %	75,1 %

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle

2.1.2. Ernährung

Die Ernährung ist einer der wichtigsten Gesundheitsfaktoren und hängt stark mit dem Auftreten von Tumor- und Herz-Kreislaufkrankheiten zusammen.

93,4 % der Bevölkerung frühstücken am Morgen.

28,7 % der Bevölkerung nehmen mehrmals pro Woche Fisch zu sich.

35,7 % der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren essen mindestens einmal am Tag Obst.

30,4 % der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren essen mindestens einmal am Tag Gemüse.

Die Prävalenz der Fettleibigen in der Bevölkerung ab 14 Jahren beträgt 8,6 %, während sich der Anteil der Übergewichtigen auf 30,0 % beläuft; in beiden Fällen liegen die Werte unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

DIE SCHÄDEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Die Ernährung gilt als einer der wichtigsten Gesundheitsfaktoren. Zusammen mit dem Tabakkonsum und dem Mangel an körperlicher Bewegung stellt sie einen der bedeutendsten Faktoren für die Herz-Kreislaufkrankheiten und Tumoren dar. Schätzungen zufolge sind der Ernährung 30–40 % der Tumoren und über ein Drittel der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten in Personen unter 65 Jahren zuzuschreiben. Mindestens 80 % der Typ 2-Diabetesfälle hängen mit der Fettleibigkeit und dem Übergewicht zusammen. Eine tierfettreiche und obst- und gemüsearme Ernährung ist, assoziiert mit Tabakkonsum, Hypertonie und Fettleibigkeit, verantwortlich für schwerwiegende Gesundheitsschäden sowie für die Entwicklung von in der Bevölkerung weit verbreiteten Krankheiten.

Die Ernährungs- und Essgewohnheiten, die Qualität und Hygiene der Lebensmittel, die Toleranzschwächen und Essstörungen sind bedeutende Aspekte in der Beziehung zwischen Ernährung und Gesundheit.

Einige gesundheitsrelevante Nährstoffmängel, die in den entwickelten Ländern auch weiterhin bestehen, sind auf Folsäure-, Jod- und Eisenmangel zurückzuführen.

Die Fähigkeit des Einzelnen, gesunde Essgewohnheiten anzunehmen, ist durch makroökonomische, kulturelle und soziale Faktoren bedingt. In den letzten Jahrzehnten sind in Europa die Ausgaben der Familien für die Ernährung deutlich gesunken. In Südtirol ist der Anteil des Nahrungsmittelkonsums an den Ausgaben der Haushalte insgesamt von 39,4 % des Jahres 1973 auf 15,0 % im Jahr 2007 zurückgegangen (18,8 % auf gesamtstaatlicher Ebene). Außerdem haben sich die Kost und Nährstoffgehalte infolge neuer Produktions- und Vermarktungsarten der Nahrungsmittel, der neuen Lebensstile sowie der Beeinflussung des Konsums durch die Massenmedien geändert.

Änderungen unterlagen die Ernährungsgewohnheiten auch hinsichtlich der sozialen Unterschiede. Fett- und fleischreich ernähren sich vor allem die sozial benachteiligten Schichten, während die Personen mit einem höheren Bildungsgrad gesundheitsbewusstere Ernährungsgewohnheiten angenommen haben, was sich in der Sterblichkeit der Bevölkerung widerspiegelt, wo die Erkrankungen des Kreislaufsystems im Gegensatz zu früher jetzt mehr unter den minderbemittelten Klassen verbreitet sind.

Die Daten über die Ernährungsgewohnheiten in Südtirol stammen aus der vom ASTAT 2007 durchgeführten ISTAT-Mehrzweckerhebung und beziehen sich, wo nicht anders angegeben, auf die Bevölkerung ab 3 Jahren.

Der Tag beginnt üblicherweise mit dem Frühstück (93,4 %); 73,1 % der Interviewten erklären, ein vollständiges Frühstück mit Tee, Kaffee oder Cappuccino und Essen zu sich zu nehmen. Die Hauptmahlzeit des Tages ist für 80,9 % der Bevölkerung das Mittagessen (76,2 % der städtischen und 84,4 % der ländlichen Bevölkerung). Für 12,1 % der Bevölkerung ist das Abendessen die Hauptmahlzeit.

78,8 % essen während des Tags Nudeln, Brot oder Reis. 17,8 % nehmen mindestens einmal pro Tag Wurstwaren zu sich, 3,0 % weißes Fleisch, 2,2 % Rindfleisch, 2,7 % Schweinefleisch, 69,5 % Milch, 47,1 % Käse und Milchprodukte, 5,6 % Eier und 1,4 % Fisch.

28,7 % der Bevölkerung essen ein paar Mal die Woche Fisch. 64,4 % nehmen täglich eine Gemüseportion zu sich, 33,0 % zwei Gemüseportionen. 52,2 % essen täglich eine Portion Obst, 37,5 % zwei Portionen.

7,2 % der Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren greifen täglich zu salzigen Snacks (2,8 % im Gesamtdurchschnitt), 13,6 % der Bevölkerung essen mindestens eine Süßspeise pro Tag.

67,6 % der Bevölkerung achten auf die Salzmenge und den Genuss von salzigen Speisen, 75,0 % verwenden Jodsalz. 40,3 % der Bevölkerung ab 14 Jahren trinken nur selten oder nie Mineralwasser, 84,2 % greifen nur selten oder nie zu kohlenensäurehaltigen Getränken (Mineralwasser ausgeschlossen).

DIE ESSGEWOHNHEITEN

DIE ERNÄHRUNGSGEWÖHNEITEN IN SÜDTIROL

Tabelle 3: **Nahrungsmittel nach Häufigkeit des Konsums. Werte pro 100 Personen ab 3 Jahren – Jahr 2007**

	<i>Mehrmals am Tag</i>	<i>Einmal am Tag</i>	<i>Mehrmals in der Woche</i>	<i>Weniger als einmal in der Woche</i>	<i>Nie</i>
<i>Brot, Nudeln, Reis</i>	23,4	55,4	20,0	0,9	0,3
<i>Wurstwaren</i>	1,8	16,0	47,4	27,2	7,6
<i>Huhn, Truthahn, Kaninchen, Kalb</i>	0,3	2,7	45,6	46,4	4,9
<i>Rindfleisch</i>	0,1	2,1	45,9	46,8	5,1
<i>Schweinefleisch, Wurstwaren ausgeschlossen</i>	0,2	2,5	29,2	50,2	18,0
<i>Fisch</i>	0,5	0,9	28,7	56,6	13,1
<i>Milch</i>	13,2	56,3	12,2	6,4	11,9
<i>Käse, Milchprodukte</i>	9,1	38,0	40,3	9,4	3,2
<i>Eier</i>	1,4	4,2	42,7	45,6	6,1
<i>Blattgemüse oder gekochtes Gemüse</i>	18,7	40,8	27,5	10,1	2,8
<i>Tomaten, Auberginen, Paprikaschoten, Fenchel</i>	14,6	35,7	33,7	12,9	2,9
<i>Obst</i>	30,9	40,3	20,5	6,6	1,6
	<i>Keine Portion am Tag</i>	<i>Eine Portion am Tag</i>	<i>2 Portionen am Tag</i>	<i>3–4 Portionen am Tag</i>	<i>5 oder mehr Portionen am Tag</i>
<i>Salat- und Gemüseportionen</i>	–	64,4	33,0	2,4	0,2
<i>Obstportionen</i>	–	52,2	37,5	10,3	–

Quelle: ASTAT

Die Daten der HBSC-Studie 2005/2006 über Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren verdeutlichen, dass immer weniger Jugendliche frühstücken. 11,9% der Elfjährigen und 25,2% der Fünfzehnjährigen frühstücken nicht täglich.

Die Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren essen außerdem nur mäßig Obst: 35,7% essen Obst mindestens einmal am Tag, aber 29,3% essen Obst nur zwei- bis viermal pro Woche. Entsprechendes gilt für Gemüse: 30,4% essen täglich mindestens eine Portion Gemüse, 26,4% der Stichprobe verzehren jedoch Gemüse nur zwei- bis viermal pro Woche.

Die Jugendlichen essen jedoch auch relativ wenig Süßigkeiten: 21,6% essen täglich Süßigkeiten, 30,5% zwei- bis viermal pro Woche, 12,3% weniger als einmal pro Woche.

ÜBERGEWICHT UND FETTLLEIBIGKEIT

Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen auf alarmierende Weise in ganz Europa zu. Die Fettleibigkeit insbesondere stellt ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit dar, da sie das Risiko bestimmter chronischer Krankheiten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und einige Tumore, erheblich steigert.

Die Fettleibigkeit nimmt in allen Altersklassen zu, insbesondere bei den Kindern. Übergewicht in der Kindheit ist ein Risikofaktor für die Fettleibigkeit bei Erwachsenen und das Auftreten von Krankheiten in fortgeschrittenem Alter wie Herzerkrankungen und Hypertonie.

Auch bei Übergewicht ist die Rolle des Bildungsniveaus und der sozialen Stellung von Bedeutung, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß bei Männern und Frauen. Die Unterschiede werden besonders bei den Frauen deutlich: Weniger gebildete Frauen in sozioökonomischer weniger günstigen Stellungen sind häufiger fettleibig, wobei diese Probleme zunehmen, je schlechter die sozioökonomische Lage ist.

In Bezug auf Übergewicht des ersten Grades, weisen weniger gebildete Frauen ein Risiko auf, das um das 1,5-fache höher liegt als bei Frauen mit Ober- und Hochschulabschluss.

Dieses Risiko beträgt das Dreifache bei Fettleibigkeit des zweiten Grads und erreicht sehr hohe Niveaus bei Fettleibigkeit des dritten Grads.

Untergewicht ist dagegen bei den Frauen in besserer sozioökonomischer Stellung und mit höherer Bildung weiter verbreitet.

Aus den gesamtstaatlichen Daten aus dem Jahr 2005 geht hervor, dass Übergewicht vorwiegend bei Erwachsenen und Senioren auftritt. Die übergewichtige Bevölkerung beläuft sich auf 24,4% im Alter von 18 bis 44 Jahren, auf 42,0% zwischen 45 und 65 Jahren und auf 43,5% über 65 Jahren. Die fettleibige Bevölkerung beträgt 5,3% im Alter von 18 bis 44 Jahren, 13,3% im Alter von 45 bis 64 Jahren und 13,8% ab 65 Jahren.

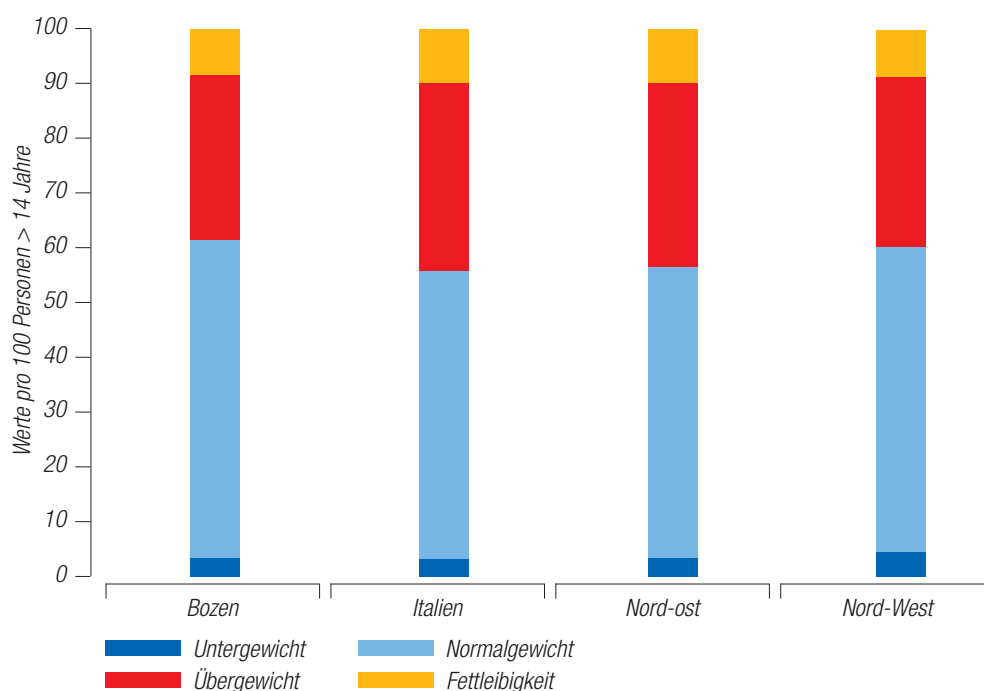
Übergewicht ist außerdem bei den Erwachsenen mit niedrigem Studientitel weiter verbreitet. Bei Personen, deren höchster Studientitel die Grundschule ist, beträgt der Anteil an Übergewichtigen 43,2%, bei den Hochschulabgängern 26,4%. 15,8% der Bevölkerung mit dem niedrigsten Studientitel ist fettleibig, bei der mit dem höchsten Studientitel 4,6%.

Die fettleibigen Personen (Körpermassenindex BMI ≥ 30) in Südtirol stellen 8,6% der Bevölkerung ab 14 Jahren dar (8,2% im Jahr 2003, 9,8% insgesamt in Italien).

58,1% weisen Normalgewicht (52,6% im gesamtstaatlichen Durchschnitt), 30,0% Übergewicht (34,2% im gesamtstaatlichen Durchschnitt) auf.

FETTLAIBIGKEIT UND ÜBERGEWICHT IN SÜDTIROL

Abbildung 3: **Bevölkerung nach Gewichtsklassen (BMI). Südtirol, Italien, Nord-Ost, Nord-West – Jahr 2005**



Quelle: ISTAT

Aus der HBSC-Studie 2005/2006 mit Angaben über Gewicht und Größe geht hervor, dass 81,3% der Stichprobe im Alter von 11, 13 und 15 Jahren normalgewichtig sind. 4,9% der Jugendlichen haben Untergewicht, 10,0% Übergewicht und 3,8% sind fettleibig, wobei keine besonderen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestehen.

Auf der anderen Seite sind nur 58,9% der Stichprobe der Meinung, ein korrektes Gewicht zu haben, 20,1% denken, sie seien zu dick, 7,3% würden gerne mehr wiegen. 13,7% befolgen nach eigenen Angaben eine Diät. Das richtige Gewicht zu haben, glauben 66,2% der Jungen und 51,3% der Mädchen. 25,0% der Mädchen möchten abnehmen (gegen 15,3% der Jungen).

2.1.3. Körperliche Bewegung

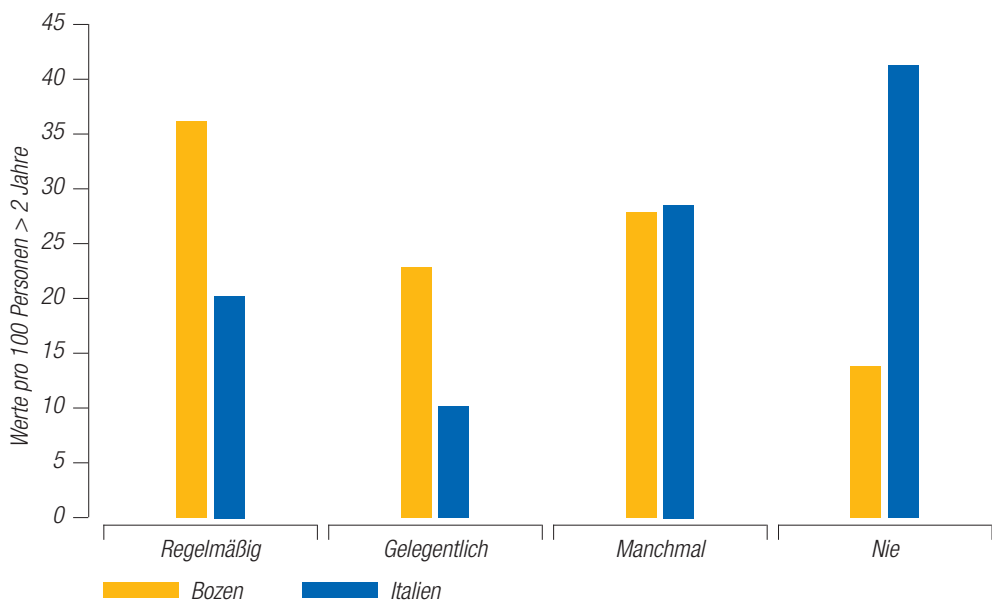
Körperliche Betätigung schützt vor kardiovaskulären Erkrankungen. 55% der Bevölkerung praktiziert mindestens gelegentlich Sport. Auf gesamtstaatlicher Ebene sind es 30%. 27,0% der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren betreiben fast täglich Sport.

Es ist erwiesen, dass eine angemessene und regelmäßige körperliche aerobische Betätigung vor Pathologien schützt, die bei der Bevölkerung in hohem Maße auftreten, wie kardiovaskuläre Krankheiten im Allgemeinen, Koronaropathien und Hypertonie im Besonderen, Osteoarthritis und Osteoporose.

Aus der Mehrzweckerhebung 2006 (ASTAT) geht hervor, dass 30,0% der Personen im Alter von mindestens 3 Jahren regelmäßig Sport betreiben (34,0% im Jahr 2002), gegenüber 20,1% auf gesamtstaatlicher Ebene. 25,1% der Personen betreiben gelegentlich Sport (21,4% im Jahr 2002) gegenüber 10,1% auf gesamtstaatlicher Ebene. 44,9% der Bevölkerung ab 3 Jahren betreiben keinen Sport, auf gesamtstaatlicher Ebene sind es 69,4%.

Männer betreiben häufiger regelmäßig Sport (33,8%) als Frauen (26,3%). Mehr Sport treiben zudem Jugendliche (49,1% in der Altersklasse 14–19), Personen mit höherem Studientitel (37,4% bei den Hochschulabsolventen) sowie die Stadtbevölkerung (34,1%) im Vergleich zur Landbevölkerung (27,1%).

Abbildung 4: **Personen im Alter ab 3 Jahren, die Sport betreiben. Südtirol und Italien – Jahr 2006**



Quelle: ISTAT

Die Daten der HBSC-Studie 2005/2006 zeigen, dass 27,0% der Jugendlichen fast an allen Tagen der Woche Sport praktiziert, 4,6% niemals Sport betreibt und 10,3% einmal pro Woche Sport betreibt. 31,7% der Jugendlichen betreiben gelegentlich Sport (2 bis 3 Tage pro Woche) und 26,5% betreiben an 4 bis 5 Tagen pro Woche Sport.

Knapp unter die Hälfte der Jugendlichen (48,1%) betreibt maximal eine Stunde intensiven Sport pro Woche, 40,5% eine bis drei Stunden pro Woche und 25,1% vier oder mehr Stunden pro Woche.

2.2. DROGEN- UND ALKOHOLMISSBRAUCH

26,7% der Fünfzehnjährigen haben mindestens einmal Cannabis konsumiert.

4,1% der Fünfzehnjährigen haben im vergangenen Jahr häufig Cannabis konsumiert. Im Jahr 2007 wurden aus den Landeskrankenhäusern 132 Patienten mit der Diagnose Drogenmissbrauch entlassen (das sind 49,8 pro 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 54 Jahren).

2007 wurden 1.469 Personen von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen betreut, darunter waren 826 bereits zuvor Nutzer und 95 neue Nutzer.

45,7% der Fünfzehnjährigen konsumieren wöchentlich Alkohol, 14,5% haben sich mindestens zehnmal betrunken.

1.455 Personen wurden aus den Landeskrankenhäusern mit alkoholbezogenen Diagnosen entlassen (301,2 pro 100.000 Einwohner).

Im Jahr 2004 wurden 35 alkoholbedingte Todesfälle verzeichnet, das heißt 7,2 pro 100.000 Einwohner.

2006 wurden 2.211 Nutzer von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen und von privaten Landesverbänden betreut (4,6 pro 1.000 Bewohner).

Die krankhafte Abhängigkeit wird von internationalen wissenschaftlichen Gremien als ein Zustand definiert, der sich durch das kompulsive Verlangen, den Stoff einzunehmen (craving – Suchtdruck), mit Verlust der Kontrolle, den Gebrauch einzuschränken, und als ein charakteristisches Abstinenzsyndrom kennzeichnet, das mit Symptomen und physischen und motivationsbezogenen Zeichen des Unwohlseins auftritt, sobald die Stoffeinnahme unterbrochen wird.

Neben der direkten Beeinträchtigung der Gesundheit wirken sich die Suchtkrankheiten auch mehr oder weniger negativ auf das soziale Verhalten des Individuums aus.

Die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zur Überwachung des Phänomens vorgeschlagenen Indikatoren beziehen sich auf den Konsum und Missbrauch von Stoffen, auf die Behandlungsnachfrage der Suchtkrankheiten, Infektionskrankheiten und auf die suchst-assozierten Todesfälle.

Weitere Angaben zur Entwicklung des Phänomens können den Indikatoren der drogen-assozierten Kriminalität (Anzeigen, Antidrogen-Maßnahmen, Strafverfahren, Verurteilungen und wegen Drogendelikten Inhaftierte) sowie den Meldungen wegen Besitz von Suchtstoffen entnommen werden (Art. 75 des DPR 309/90).

2.2.1. Drogenabhängigkeit

Laut Jahresbericht 2007 an das Parlament über die Drogenabhängigkeit in Italien (Studie IPSAD® ITALIA 2007–2008) wird verdeutlicht, dass 14 % der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren in den vergangenen 12 Monaten Cannabinoide, 2,2 % Kokain und 0,3 % Heroin konsumierten. Anscheinend nimmt der Cannabiskonsum zu, während der Kokainkonsum nicht mehr ansteigt. Stabil ist dagegen die Zahl der Heroinkonsumenten.

Der häufige Heroinkonsum (10 Mal oder häufiger in den vergangenen 30 Tagen) betrifft 0,1 % der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren. 0,2 % können als Gewohnheitskonsumenten bezeichnet werden (in den letzten 30 Tagen wurde mindestens einmal konsumiert).

6,9 % der Befragten gaben an, mindestens einmal im Leben Kokain zu sich genommen zu haben. 1,4 % der Bevölkerung konsumieren Cannabis häufig, 7 % gewohnheitsmäßig.

Ständig ansteigend ist dagegen die Anzahl der Mehrfachkonsumenten, das heißt der Personen, die gleichzeitig mehrere illegale Substanzen zu sich nehmen. Dieses Verhalten ist am meisten mit Kokainkonsum verbunden.

In der gleichen Studie IPSAD® ITALIA 2007–2008 wurde auch die Verbindung zwischen Eigenschaften und Konsumgewohnheiten untersucht.

Der Gebrauch von Heroin und Kokain ist häufiger bei Personen, die nach eigenen Angaben in Schlägereien verwickelt werden (5 Mal höher als bei solchen, die nicht daran beteiligt sind). Bei Geschiedenen ist der Heroinkonsum sechsmal und der Kokainkonsum dreimal höher als bei Nichtgeschiedenen. Der Heroinkonsum ist zudem mit geringer schulischer und beruflicher Leistung verbunden (4 Mal höher), während mit dem Kokainkonsum verstärkt ungeschützte sexuelle Beziehungen verbunden sind (2,5 Mal höher).

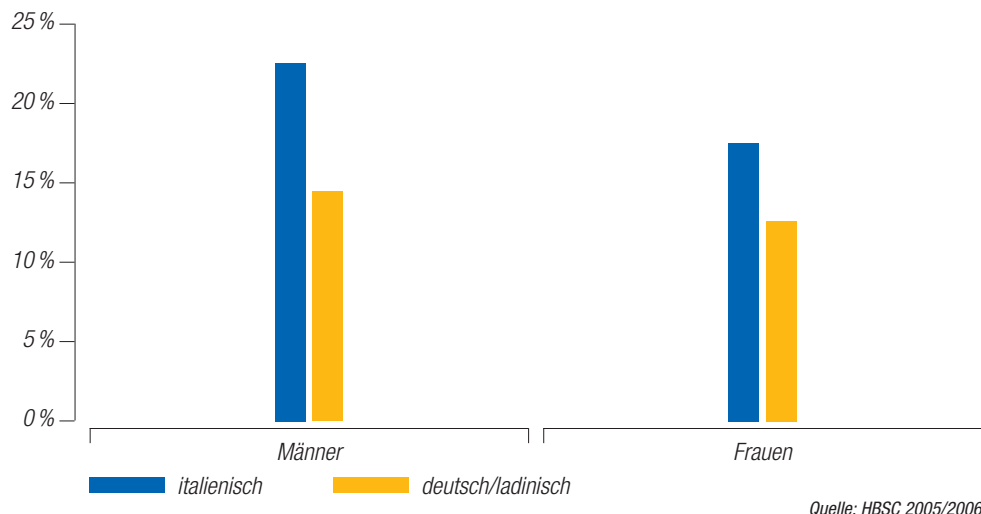
Die HBSC-Studie 2006/2007 bietet einen nützlichen Informationsbeitrag über den Konsum von illegalen Substanzen in Südtirol seitens der Fünfzehnjährigen.

73,3 % der Stichprobe haben nach eigenen Angaben niemals Cannabis konsumiert (64,4 % der Jugendlichen an den italienischen Schulen und 75,5 % derjenigen an den deutschen Schulen). Der häufige Gebrauch (40 Mal oder mehr) in den vergangenen zwölf Monaten betrifft 4,1 % der Stichprobe (4,8 % der Jungen und 3,6 % der Mädchen), während 1,8 % aussagen, von häufigem Gebrauch in den vergangenen 30 Tagen betroffen zu sein (2,5 % der Jungen, 1,2 % der Mädchen). Ebenfalls in den vergangenen 30 Tagen haben 85,3 % der Jugendlichen niemals Cannabis konsumiert, 5,0 % haben Cannabis ein- oder zweimal konsumiert.

MIT DEM DROGEN-
KONSUM VERBUNDENE
FAKTOREN

DER DROGENKONSUM
IM SÜDTIROL

Abbildung 5: **Rate der Fünfzehnjährigen, die – nach eigenem Zugeständnis – in den letzten 30 Tagen Cannabis gebraucht haben (nach Geschlecht und Schulsprache). Südtirol – Jahr 2006**



Anhand der Daten über die Krankenhausversorgung kann die erfüllte Nachfrage nach dem Zugang zu den Krankenhausdiensten aufgrund von Suchtkrankheiten erfasst werden. Die Diagnosedaten wurden in Übereinstimmung mit dem EMCDDA-Protokoll (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) für die drogen-assoziierten Todesfälle erarbeitet.

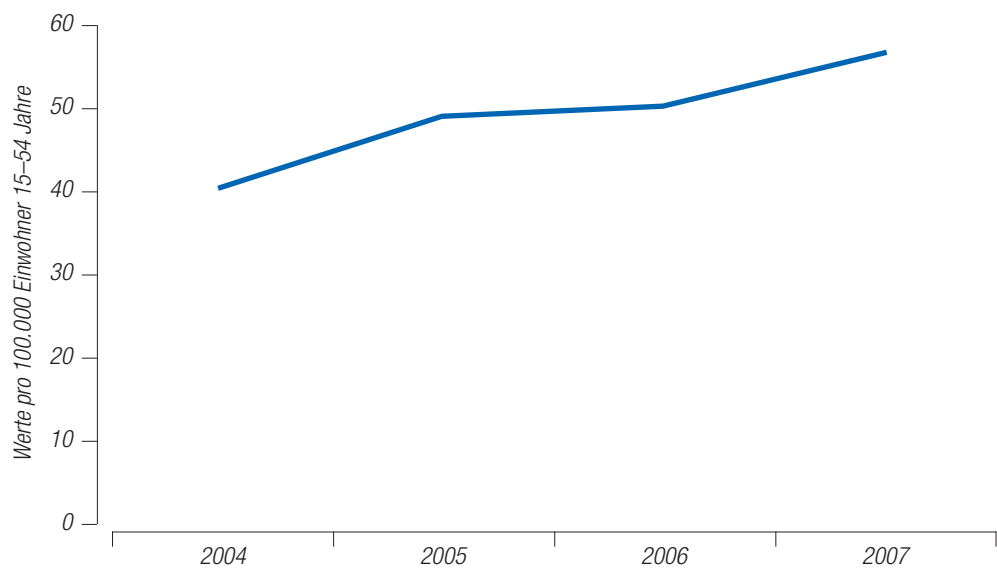
Für die drogen-assoziierten Entlassungen wurden vor allem die Kodexe ICD-IX 292 (Psychose, durch Drogen induziert), 304.0 (Abhängigkeit von Opiaten), 304.2-304.9 (Abhängigkeit von Kokain, Cannabinoiden, Amphetamin und Psychostimulantien, Halluzinogenen, Sonstigen), 305.2-305.3 (Missbrauch von Cannabinoiden und Halluzinogenen), 305.5-305.7 (Missbrauch von Opiaten, Kokain, Amphetamin), 305.9 (sonstiger Missbrauch) verwendet. Dabei wurden sowohl die primären als auch sekundären Diagnosen berücksichtigt.

Die angeführten Daten beziehen sich auf die entlassenen Patienten, nicht auf die Entlassungen: ein Patient mit mehreren Entlassungen in einem Jahr für dieselbe Diagnose wurde nur einmal gerechnet.

Im Jahr 2007 wurden 150 drogen-assoziierte Entlassungen aus Landeskrankenanstalten gezählt, was 56,6 pro 100.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Die Entlassungen aus dem Krankenhaus wegen Drogenmissbrauch zeigen eine zunehmende Tendenz im Zeitraum 2004–2007.

Abbildung 6: **Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen. Südtirol – Jahre 2004–2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

DROGEN-ASSOZIIERTE STERBLICHKEIT

Die drogen-assoziierten Todesfälle wurden anhand des Landessterblichkeitsregisters (Primärdiagnose Todesfall) erfasst.

Die Todesfälle aufgrund von AIDS wurden mit den Kodexen ICD IX 279.1 und 042 definiert.

Die pharmaka- oder drogen-assoziierten Todesfälle wurden mit dem Kodex ICD IX 292 (Medikamentenpsychosen), 304.0 (Medikamentenabhängigkeit durch Morphin), 304.2-304.9 (Medikamentenabhängigkeit durch Kokain, Cannabinoiden, Amphetamin und Psychostimulantien, Halluzinogenen, Sonstigen), 305.2-305.3 (Missbrauch von Cannabinoiden und Halluzinogenen), 305.5-305.7 (Missbrauch von Opiaten, Kokain, Amphetamin), 305.9 (sonstiger Missbrauch) bestimmt. Mit dem Jahr 2005 erfolgte der Übergang zum Todesursachen-Codiersystem ICD-10. Zur Feststellung der drogenassoziierten Todesfälle wurden 2005 die Codes B20-B24 für HIV, F11-F16 und F18-F19 für psychisch bedingte Verhaltensstörungen durch Missbrauch von Opiaten, Cannabinoiden, Sedativen oder Hypnotika, Kokain, sonstigen Aufputschmitteln, Halluzinogenen, Lösungsmitteln oder einer Kombination psychoaktiver Substanzen verwendet.

Für die Jahre 2001–2004 ergeben sich 20 Todesfälle wegen AIDS (8 im Jahr 2001, 3 im Jahr 2002, 6 im Jahr 2003 und 2 im Jahr 2004 und im Jahr 2005) und 4 drogen-assoziierte Todesfälle (1 im Jahr 2001 und 2 im Jahr 2003 und 1 im Jahr 2005).

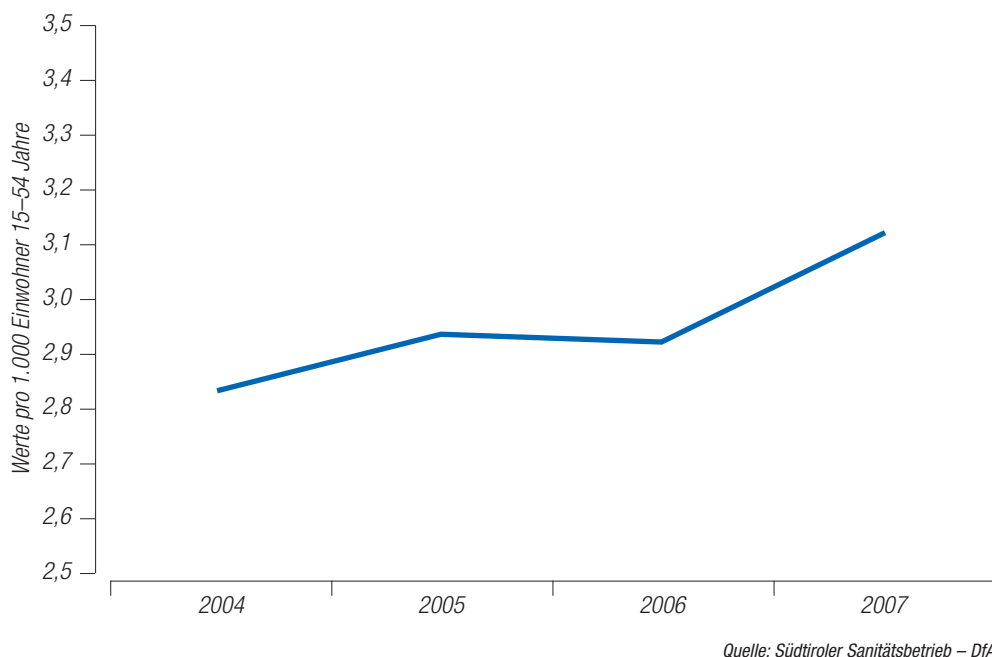
DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

Die territoriale Betreuung für Drogenabhängige wird von den DfA gewährleistet, die auf dem Gebiet verteilt sind. Die Versorgung in Therapiegemeinschaften ist im Land von der Therapiegemeinschaft „La Strada – Der Weg“ gesichert. Im Rahmen der primären und sekundären Suchtprävention ist außerdem das Forum Prävention mit der Provinz konventioniert.

PATIENTENBESTAND

Im Laufe des Jahres 2007 wurden 1.469 Patienten mit Drogenproblemen von den DfA versorgt; in den Patientenbestand aufgenommen wurden 826 Patienten (entsprechend 3,1 pro 1.000 Bewohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren und 56,2% der insgesamt versorgten Patienten). Die Fremdpatienten beliefen sich auf 195.

Abbildung 7: Von den DfA versorgte DA-Patienten – Jahre 2004–2007



Das Durchschnittsalter der Betreuten liegt bei den Männern bei 35,7 Jahren, bei den Frauen bei 37,9 Jahren. 31,6% der Betreuten sind weniger als 30 Jahre alt. 60,4% der Betreuten sind weniger als 40 Jahre alt.

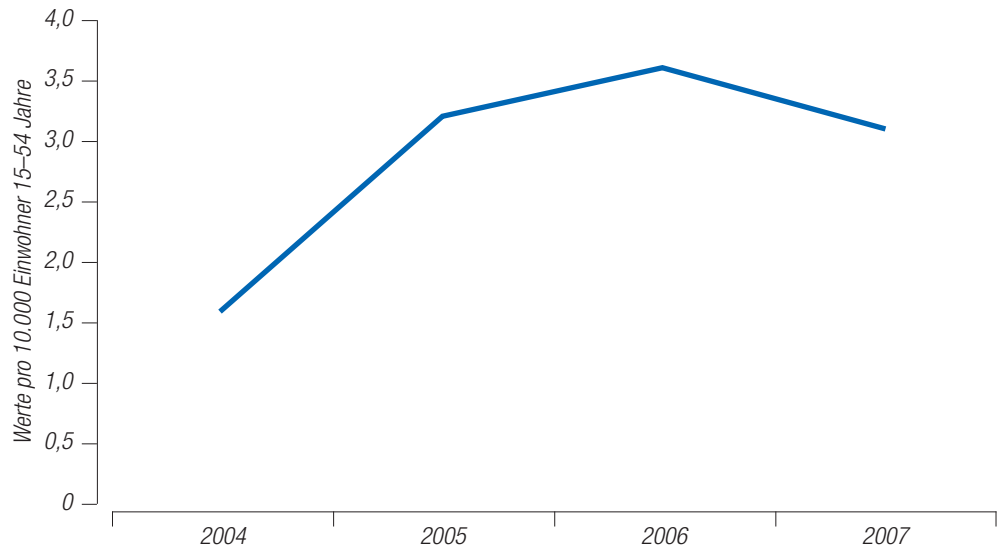
66,7% der betreuten Drogenabhängigen konsumieren hauptsächlich Heroin (69,0% im Jahr 2006). 18,2% konsumieren in der Hauptsache Cannabis (14,5% im Jahr 2006) und 4,8% Kokain (5,8% im Jahr 2006).

56,8% der Betreuten bis 24 Jahre konsumieren hauptsächlich Cannabis, ab 25 Jahren vorwiegend Heroin (60,8% zwischen 25 und 34 Jahren, 83,2% zwischen 35 und 44 Jahren, 83,8% ab 45 Jahren).

Im Laufe des Jahres 2007 wandten sich 310 neue Patienten an die DfA des Landes; 82 davon (26,5%) wurden als neue Patienten in den Patientenbestand aufgenommen. 84 Patienten waren bereits von den DfA versorgt worden und wurden 2007 erneut aufgenommen; 144 neue Patienten wurden vom Regierungskommissariat, von Präfekturen, vom Jugendgericht oder von der überörtlichen Ärztekommision gemeldet, von denen es in den vorhergehenden Jahren keine Meldungen gab.

Pro 10.000 Einwohner im Alter von 15 bis 54 Jahren lässt sich eine durchschnittliche Inzidenz von 3,1 neuen Patienten im Patientenbestand feststellen.

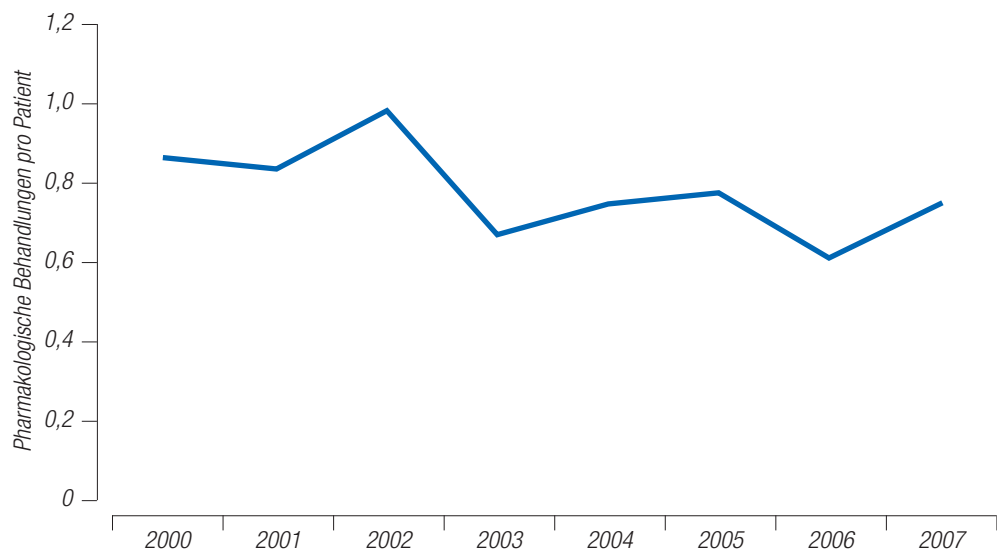
Abbildung 8: **Neue von den DfA versorgte DA-Patienten – Jahre 2004–2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – DfA

Insgesamt wurden in den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen 616 pharmakologische Behandlungen (Methadon, Naltrexon, Clonidin und sonstige Pharmaka) durchgeführt, was 0,7 Behandlungen pro Patient entspricht; dieser Indikator ist im Zeitraum 2000–2007 tendenziell rückläufig.

Abbildung 9: **Pharmakologische Behandlungen pro DfA-Patient – Jahre 2000–2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – DfA

**ERGEBNISSE DER
HIV UND HEPATITIS
B UND C TESTS**

Der an 167 Patienten des Patientenbestandes durchgeführte HIV-Test mit bekannten Ergebnissen fiel für 35,9% der Fälle positiv aus. Der an 297 Patienten durchgeführte Hepatitis B-Test mit bekannten Ergebnissen war für 91,2% der Fälle positiv. Der an 417 Patienten durchgeführte Hepatitis C-Test mit bekannten Ergebnissen war für 93,0% der Fälle positiv.

2.2.2. Alkoholabhängigkeit

Nach den Schätzungen der WHO sind 9 % der Gesamtausgaben für die Gesundheit in Europa auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückzuführen, was einem variablen BIP-Anteil zwischen 1 % und 3 % entspricht. Der Alkohol spielt bei der Erhöhung des Risikos für organische Erkrankungen wie Leberzirrhose, einige Tumoren, Hypertonie, Ischämie und angeborene Missbildungen eine ausschlaggebende Rolle.

Der Alkoholmissbrauch ist außerdem für Psychopathien der affektiven und kognitiven Sphäre sowie für schwere Störungen des sozialen und sexuellen Verhaltens verantwortlich und steigert das Risiko familiärer, beruflicher und sozialer Probleme; er verursacht Abhängigkeit, Unfälle, Delikte, Suizide sowie Umweltschäden. Ein variabler Anteil zwischen 40 % und 60 % der Todesfälle durch Unfall geht auf den Alkohol zurück.

Der tägliche Konsum mindestens eines alkoholischen Getränks betrifft 22,4 % der Landesbevölkerung über 11 Jahren (Mehrzweckerhebung ISTAT 2007) und insbesondere 30,6 % der Männer und 14,5 % der Frauen. Der Anteil der Tageskonsumenten gehört zu den geringsten Italiens. Dort besteht ein allgemeiner Durchschnitt von 29,3 % mit einem höheren Anteil an Männern (43,3 %) als an Frauen (16,3 %). Auch in Bezug auf die täglichen konsumierten Alkoholeinheiten scheint die Situation im Land besser als auf gesamtstaatlicher Ebene zu sein. 10,7 % beschränken sich auf eine Alkoholeinheit und nur 4,8 % nehmen vier oder mehr Alkoholeinheiten zu sich (8,6 % im gesamtstaatlichen Durchschnitt).

Der gewohnheitsmäßige Konsum alkoholischer Getränke außerhalb der Mahlzeiten betrifft 11,8 % der Bevölkerung ab 11 Jahren. Diese Werte liegen über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (6,9 %) sowohl bei den Männern (19,8 % gegenüber 11,7 %) als auch bei den Frauen (4,1 % gegenüber 2,5 %).

Auch der Konsum großer Mengen an Alkohol (Binge Drinking) bei vereinzelt Gelegenheiten ist in Südtirol häufiger (19,9 % der Befragten haben nach eigenen Angaben 6 oder mehr Gläser getrunken) als auf gesamtstaatlicher Ebene (8,0 %), mit großer Häufigkeit sowohl bei den Männern (30,3 % gegenüber 13,1 % im gesamtstaatlichen Durchschnitt) als auch bei den Frauen (9,9 % gegenüber 3,1 %).

Die Südtiroler Männer trinken Wein (66,2 %), Bier (67,0 %) und andere alkoholische Getränke (58,0 %) etwa in gleichen Anteilen. Die Frauen bevorzugen Wein (49,7 %), während Bier (32,2 %) und andere alkoholische Getränke (41,2 %) weniger beliebt sind.

Bei den Jugendlichen (Daten der HBSC-Studie 2005/2006) ergibt sich, dass 45,7 % der Fünfzehnjährigen wöchentlich Alkohol trinken. Insbesondere handelt es sich dabei um 31,8 % der Jugendlichen an den italienischen Schulen und 48,9 % an den deutschen Schulen, 51,5 % bei den Jungen und 40,6 % bei den Mädchen. 14,5 % der Fünfzehnjährigen haben sich mindestens zweimal im Leben betrunken (20,2 % bei den Männern), weitere 12,8 % haben sich vier- bis zehnmal betrunken.

Die alkohol-assoziierten Entlassungen aus Landeskrankenanstalten wurden anhand des Krankenhausentlassungsbogens (KEB) erfasst. Dafür wurden die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychosen), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet.

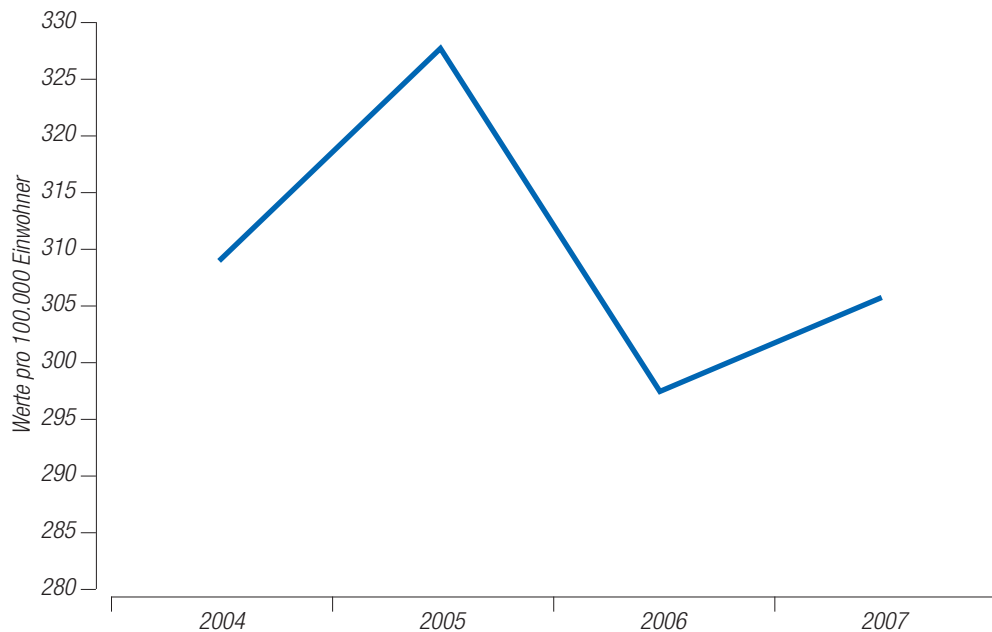
Es wurden sowohl die primären als auch die sekundären Diagnosen berücksichtigt.

DER ALKOHOLKONSUM IN SÜDTIROL

ALKOHOL-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

Die Entlassenen aus den Landeskrankenanstalten wegen Alkoholvergiftung beliefen sich im Jahr 2007 auf 1.455, was einer Rate von 301,2 pro 100.000 Einwohner entspricht. Das Phänomen ist auf Landesebene tendenziell rückläufig.

Abbildung 10: **Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen.**
Südtirol – Jahre 2004–2007



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – DfA

ALKOHOL-ASSOZIIERTE STERBLICHKEIT

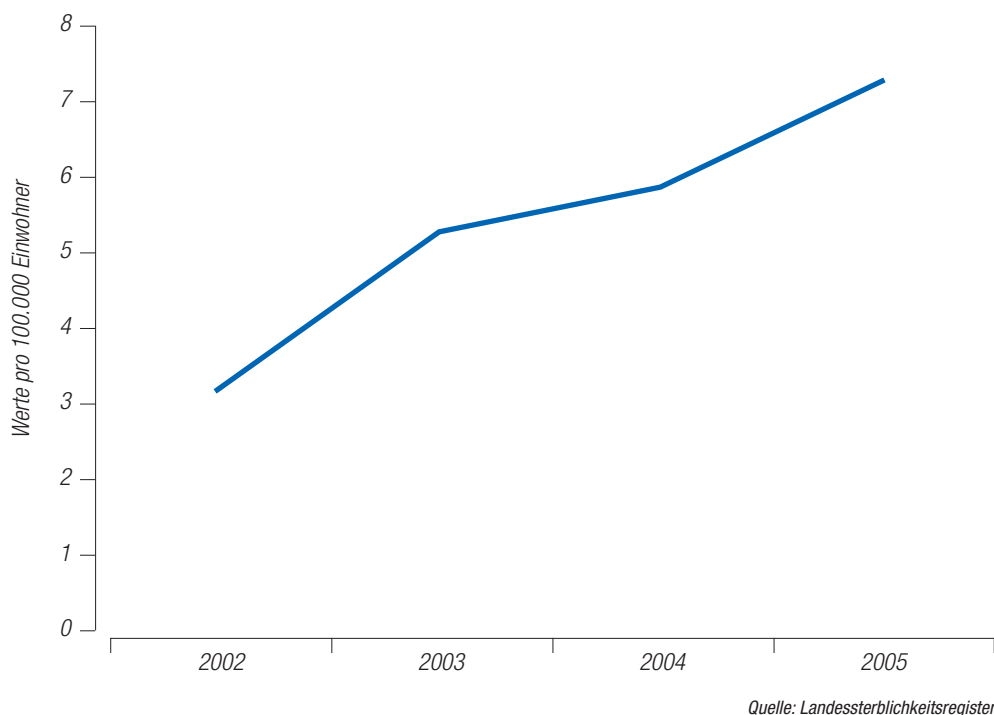
Schätzungen zufolge sterben in Italien aufgrund von Alkohol jährlich zwischen 15.000 und 22.000 Personen. Die durch einen unangemessenen Alkoholkonsum verursachten Schäden haben nicht nur direkte Auswirkungen, wie im Fall eines chronischen Missbrauchs (Alkoholpsychose, Leberzirrhose, einige Tumoren), sondern führen – auch bei mäßigem Konsum – auch zu indirekten Schäden (Verkehrs-, Haus- und Arbeitsunfälle).

Für die Schätzung der alkohol-assoziierten Todesfälle in Südtirol wurden die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychose), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet.

Mit dem Jahr 2005 erfolgte der Übergang zum Todesursachen-Codiersystem ICD-10. Zur Feststellung der alkoholassoziierten Todesfälle wurden 2005 die Codes F10 für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen durch Alkoholmissbrauch, G62.1 (alkoholbedingte Polyneuropathie), I42.6 (alkoholbedingte Kardiomyopathie), K29.2 (alkoholbedingte Gastritis), K70 (alkoholische Hepatopathie), R78.0 (Alkoholgehalt im Blut) und T51 (toxischer Effekt des Alkohols) verwendet.

2005 wurden 35 alkoholassoziierte Todesfälle verzeichnet, wobei diese Zahlen in den letzten Jahren ständig gestiegen sind.

Abbildung 11: Sterblichkeit aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen. Jahre 2002–2005



Die territoriale Versorgung von Alkoholabhängigen wird in Südtirol von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen und den privaten Vereinigungen „Hands“ und „Caritas-Schlanders“ gewährleistet, die konventioniert mit dem Sanitätsbetrieb arbeiten. Die Versorgung in Therapiegemeinschaften wird auf Landesebene außerdem vom Zentrum Bad Bachgart sowie von der Vereinigung Hands gesichert.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes 2.226 Personen mit Alkoholsuchtproblemen versorgt; 1.182 davon wurden in den Patientenbestand aufgenommen (53,1 % der Patienten). Die Fremdpatienten, die vorübergehend vom Dienst versorgt wurden, machten 28 aus (1,3%), während sich die Zahl der Personen, die nicht vom Dienst in Behandlung genommen wurden, auf 1.016 belief (45,6 % der Patienten).

Von der privaten Vereinigung Hands wurden insgesamt 980 Patienten versorgt, 878 davon (89,6 %) als fester Patientenbestand. Das Zentrum für Psychosoziale Beratung Caritas Schlanders zählte 194 Patienten, 151 davon im Patientenbestand (77,8 %).

Die im Laufe des Jahres von den DfA und der Vereinigung Hands in den Patientenbestand aufgenommenen Patienten beliefen sich auf 186.

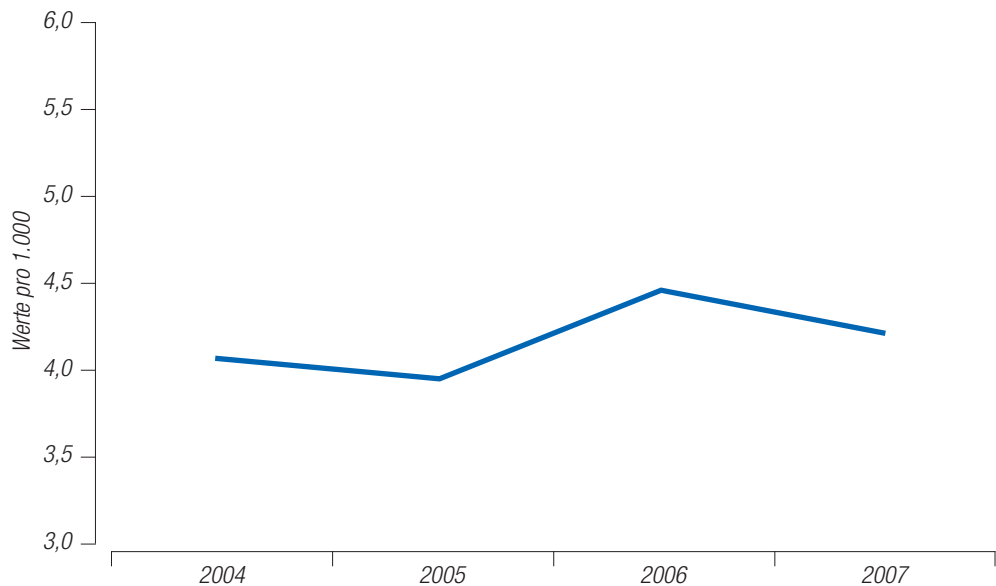
Insgesamt wurden im Laufe des Jahres von den Südtiroler Diensten für Abhängigkeitserkrankungen auf eigene Rechnung oder nach vertraglichen Regelungen 2.015 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, was einer Intervall-Prävalenzquote von 4,2 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht.

Die altersspezifische Verteilung des alkoholabhängigen Patientenbestandes der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen und der Vereinigungen Hands und Caritas Schlanders ergibt als vorherrschendes Alter die Klasse 40–49 Jahre (28,5 % aller Patienten) mit einem Durchschnitt von 49,0 Jahren für die Männer und 50,5 Jahren für die Frauen. 69,2 % der Patienten sind Männer.

In den Landestherapiegemeinschaften Bad Bachgart und Hands wurden im Laufe des Jahres insgesamt 236 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, für einen Gesamtverbrauch von 14.170 Aufenthaltstagen (durchschnittlich 46,8 pro Nutzer in Bad Bachgart und 121,7 in der Gemeinschaft Hands).

16 Alkoholabhängige wurden außerdem in österreichische Einrichtungen eingewiesen; der diesbezügliche Verbrauch an Aufenthaltstagen belief sich auf 270.

Abbildung 12: Von den DfA versorgten AA-Patienten – Jahre 2004–2007



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – DfA

2.3. UMWELT

2.3.1. Klimatische Veränderungen und menschliche Gesundheit

Aus der Studie „Climate Change 2007“ („Klimaveränderung 2007“), die vom Internationalen Klimarat (International Panel for Climate Change, IPCC) der UNO durchgeführt wurde, ergeben sich besorgniserregende Betrachtungen hinsichtlich der Auswirkungen der Klimaänderungen auf die Gesundheit der Menschen.

Festgestellt wurde der Anstieg der Todesfälle, die in Europa durch die Erhöhung der Temperaturen, die Änderungen bei den Krankheitsübertragungen in einigen Regionen und den frühzeitigen Beginn der Pollensaison in der nördlichen Hemisphäre auf hohen und mittleren Breitengraden verursacht wurden.

Der Anstieg der durchschnittlichen Temperatur hat bedeutende Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit mit schwerwiegenden Folgen, darunter: verbreitete Unterernährung; steigende Anzahl an Naturkatastrophen, begleitet von zunehmenden Todesfällen, Unfällen und posttraumatischen psychischen Störungen; Anstieg der Durchfallerkrankungen; Anstieg der Herz-/Lungenerkrankungen aufgrund der hohen Ozonkonzentration in der Luft; Anstieg der Todesfälle im Zusammenhang mit hohen Temperaturen, vor allem bei stärker gefährdeten Personengruppen (Senioren, chronisch Kranke, Kinder und sozial isolierte Personen); Allergien aufgrund der unterschiedlichen Verbreitung einiger Pflanzenarten; Veränderungen bei der Verteilung einiger Infektionskrankheiten; Abnahme der Todesfälle im Zu-

sammenhang mit den geringen Temperaturen in einigen Regionen aufgrund des Rückgangs der kalten Tage pro Jahr gegenüber einer Zunahme der heißen Tage.

Die ökologische Nachhaltigkeit gilt als einer der Aspekte, die für die Lebensqualität innerhalb der Europäischen Union von erheblicher Bedeutung sind. Die von den öffentlichen Verwaltungen zum Umweltschutz und -management aufgewandten Ausgaben werden zum Maßstab für das Engagement des öffentlichen Bereichs im Hinblick auf das Thema Umwelt.

Auf gesamtstaatlicher Ebene wurden 2005 im Umweltbereich 444 Euro pro Kopf ausgegeben. Dies bedeutet eine Steigerung von 80 Euro gegenüber 2001. Die Pro-Kopf-Ausgaben in Südtirol beliefen sich im Jahr 2005 auf 729 Euro und stiegen im Vergleich zu fünf Jahren zuvor um 114 Euro an. Trentino, Südtirol und Sardinien weisen auf gesamtstaatlicher Ebene die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die Umwelt auf.

Ein weiterer für die nachhaltige Entwicklung und die Reduzierung von Treibhausgasen verwendeter Indikator ist der Anteil an aus erneuerbaren Quellen erzeugter Energie am Bruttogesamtkonsum von elektrischer Energie. Der gesamtstaatliche Durchschnitt 2005 (14,6%) ähnelt dem Wert in der Europäischen Union. In Schweden, Österreich und Lettland wird die meiste Energie aus erneuerbaren Quellen erzeugt (über 45%). Die Daten aus dem Jahr 2006 für die Region Trentino-Südtirol zeigen eine Energieerzeugung aus erneuerbaren Quellen in Höhe von 106,8%. Dieser Wert liegt dank der Wasserkraftwerke, wie im Aostatal, über dem Bruttoenergiekonsum.

2.3.2. Luftverschmutzung

Die Erwärmung der Luft ist hauptsächlich auf die Kohlendioxidemissionen zurückzuführen. 2005 wurden in Italien allein durch den Straßenverkehr 2 Millionen Tonnen Kohlendioxid pro Kopf in der Luft freigesetzt. In der Region Trentino-Südtirol ist die pro Kopf abgegebene Menge höher und liegt bei 2,5 Millionen Tonnen. Bei einem Vergleich der Länder der Europäischen Union im Hinblick auf die Treibhausgasemissionen durch den Straßenverkehr wird Italien nur von Deutschland und Frankreich übertroffen und weist mit den Emissionen des Vereinten Königreichs vergleichbare Werte auf.

40,1% der Südtiroler Familien erklärten im Jahr 2005 Probleme im Hinblick auf die Luftqualität (+7,6% im Vergleich zum Jahr 2002) zu haben. Auf gesamtstaatlicher Ebene beträgt der Durchschnitt 41,7%. 15,1% beschwerten sich über unangenehme Gerüche im Wohngebiet (22,1% im gesamtstaatlichen Durchschnitt).

Die Südtiroler Luftqualität wird auf die von der Europäischen Union für die Luftschadstoffe festgesetzten Grenzwerte kontrolliert, welche in die nationale und lokale Gesetzgebung aufgenommen wurden.

Die meistverbreiteten Luftschadstoffe sind der Feinstaub (PM₁₀), das Stickstoffdioxid (NO₂), Benzol und Ozon (O₃).

Auf Landesebene führt der Feinstaub vor allem im Winter zu Problemen, während sich für das Stickstoffdioxid, obwohl es sich in den letzten Jahren rückläufig zeigt, übermäßige Konzentrationen vor allem in den dichtbesiedelten oder stark dem Verkehr ausgesetzten städtischen Gebieten ergeben.

Das Benzol weist zwar immer noch örtliche Konzentrationen über den Grenzwerten auf, ist aber durch die immer stärkere Katalysierung der Benzinmotoren konstant im Abwärtstrend.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden an einigen Standorten der größten Landesstädte Benzol-Messungensserien durchgeführt. Die höchste durchschnittliche Jahreskonzentration betrug in der Stadt Bozen $2,8 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ ($4,7 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ im Jahr 2006) für die wichtigsten Messstandorte der Grundwerte und $4,9$ für die Spitzenwerte (Kreuzungen und stark befahrene Straßen, $6,1$ im Jahr 2006). In Meran erreichten die höchsten mittleren Konzentrationen $3,3 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ für die Grundwerte ($4,2$ im Jahr 2006) und $6,1$ für die Spitzenwerte ($6,8$ im Jahr 2006). Die höchsten Durchschnittswerte betragen in Brixen $3,8$ bzw. $5,1 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ ($4,5$ und $6,1$ im Jahr 2006), in Bruneck überstieg der maximale Grundwert ($4,4 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$) die Spitzenwerte ($4,0 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$), während im Jahr 2006 der höchste Durchschnitt, sowohl für die Grund- als auch Spitzenwerte, bei $4,3 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ lag. Der Grenzwert von $10 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (zulässige Schwelle bis 2009) wurde also nicht überschritten, während – außer in Meran – Spitzenwerte über $5 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (zulässige Schwelle ab 2010) nicht erfasst wurden.

BIBLIOGRAPHIE

Europäische Kommission. Öffentliche Gesundheit.

URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm

Regione Emilia Romagna. Agenzia Sanitaria Regionale.

URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html

Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:693-700

ASTAT. Ernährungsgewohnheiten nach Body mass index 206. *ASTATinfo* 15/2007

ASTAT. Sportvereine in Südtirol, 2003.

ISTAT. Die Verbräuche der privaten Haushalte. Jahr 2007, *Statistiken in Kurzform* 8.7.2008.

ISTAT. 100 Statistiken für das Land. Indikatoren zur Feststellung und Bewertung. Jahre 2005–2007.

ASTAT. Tabellensammlung. Mehrzweckerhebung der Haushalte, 2007.

CDC. Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC).

URL: <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/index.asp>

EBDD. Entwicklung des Drogenphänomens in Europa. Jahr 2007.

Ministerratspräsidium. Jahresbericht an das Parlament über die Lage der Drogenabhängigkeit in Italien.

Jahr 2007.

ISTAT. Alkoholgenuss und Alkoholmissbrauch in Italien. Jahr 2007, *Statistiken in Kurzform* 17.04.2008.

ARPAT. Auswirkung der Klimaänderungen auf die Gesundheit des Menschen. *ARPAT, News* 016/2008.

ASTAT. Ernährungsgewohnheiten nach Body mass index 206. *ASTATinfo* 15/2007

ASTAT. Sportvereine in Südtirol, 2003.