



GESUNDHEITS- BERICHT

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

GESUNDHEITSBERICHT 2007

**VERFASST VON DER EPIDEMIOLOGISCHEN
BEOBACHTUNGSSTELLE DES LANDES**

August 2008

Verfügbare Kopien:

Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes – Abteilung Gesundheitswesen

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1 – 39100 Bozen

Tel. 0471 41 80 40

Fax 0471 41 80 39

Abrufbar auf der Internetseite www.provinz.bz.it/gesundheitswesen

Kontakt: carla.melani@provinz.bz.it

© Autonome Provinz Bozen 2008

Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet

Mit der Unterstützung des Forschungs- und Statistikinstitutes EXPLORA – Vigodarzere (PD)

Grafik: JUNG & C GmbH, Bozen

Druck: Fotolitho Varesco



Dr. Richard Theiner

Vorwort

Das Ressort für Gesundheit und Sozialwesen der Autonomen Provinz Bozen stellt wieder mit Begeisterung und Interesse die aktualisierten Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und das System der öffentlichen und privaten Gesundheitsdienste bereit.

Der Gesundheitsbericht ist ein nunmehr unerlässliches Instrument zur Überwachung der Ziele des Landesgesundheitsplans und um eine Übersicht über die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu geben. Die Ausgabe des Jahres 2007 hat dieselbe inhaltliche und

graphische Gestaltung des Vorjahresberichts: in ihrer kurzen und übersichtlichen Version erleichtert sie die Kommunikation zwischen Experten, Entscheidungsträgern und Bürgern, um die Mitbeteiligung an den Entscheidungen sowie die Bewertung von politischen Maßnahmen für die Gesundheit zu unterstützen. Die im Bericht enthaltenen Informationen liefern nicht nur einen kompletten Überblick über unser Gesundheitswesen, sondern zeigen auch gesamtstaatliche und internationale Vergleiche auf.

Die vorliegende Ausgabe wurde zusätzlich bereichert mit der Darstellung der nach Geschlechtern getrennten Gesundheitsindikatoren, und dient daher der Analyse der Lebens- und Gesundheitsbedingungen der männlichen und der weiblichen Bevölkerung. Das mit den Daten des Jahres 2007 aktualisierte „Mapping der chronischen Krankheiten“ liefert auch dieses Jahr nützliche Informationen über die gesundheitlichen Bedürfnisse, für die Erkenntnis der Risikofaktoren, für die Planung der Vorbeugungsprogramme und für die Überwachung der Kosten des Gesundheitswesens. Darüber hinaus wurde auch dieses Jahr das „Ausländerprofil“ vorgelegt, das eine ausführliche Analyse der Unterschiede zwischen den in unserer Provinz ansässigen Ausländern und der Bevölkerung mit italienischer Staatsbürgerschaft im Hinblick auf Gesundheitsprobleme, besondere Erfordernisse und gebotene Betreuung ermöglicht. Der von den Einwanderern dargestellte Bedarf an Gesundheitsdiensten weist spezifische Merkmale auf, die sich aufgrund der wachsenden Konsolidierung der im Landesgebiet ansässigen Personen feststellen lassen.

Der Gesundheitsbericht gliedert sich in drei Teile: Bevölkerung und Gesundheit, Gesundheitsdienste und Ressourcen. Jeder Teil wird mit einer Zusammenfassung der untersuchten Themenschwerpunkte eingeleitet und ist in Kapitel unterteilt. Für eine Vertiefung der im Bericht enthaltenen Informationen wird eine CD beigelegt.

Aus der umfangreichen Dokumentation geht ein klar positives Bild des Landesgesundheitswesens hervor. Die Gesundheit der Südtiroler Bevölkerung erweist sich insgesamt besser als der nationale Durchschnitt: die Lebenserwartung der Südtiroler hat sich in den letzten Jahren konstant gesteigert und gehört heute auf internationaler Ebene sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu den höchsten, was ein Zeichen für ein gut funktionierendes, effizientes, in ständiger Entwicklung und Verbesserung begriffenes Gesundheitssystem ist. Die Einrichtung eines einzigen Landessanitätsbetriebs soll der Bevölkerung die grundlegenden Gesundheitsdienste gewährleisten und bessere, noch angemessenere Leistungen bei kurzen Wartezeiten sicher stellen.

In einem insgesamt zufriedenstellenden Kontext sind in einigen Bereichen jedoch Verbesserungen anzustreben. Der Gesundheitsbericht hilft, diese Schwachstellen ausfindig zu machen und den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu überwachen und zu bewerten. Die Verbreitung der im Bericht enthaltenen Daten und Ergebnisse zielt darauf ab, der Südtiroler Bevölkerung einen noch bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit ihrer Gesundheit zu vermitteln.

In Übereinstimmung mit den Richtlinien der Europäischen Union und den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation analysiert der Bericht alle Gesundheitsbereiche und stellt den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik nützliche Elemente für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Verfügung.

Unter dem Gesichtspunkt der Organisation des Landesgesundheitswesens müssen die richtigen Voraussetzungen geschaffen werden, um den neuen Herausforderungen der bevorstehenden Öffnung und Liberalisierung des Gesundheitswesens auf europäischer Ebene und der sich ändernden Bevölkerungsstruktur (Alterung der Bevölkerung mit Verbreitung von degenerativen chronischen Krankheiten, die oft zu Pflegefällen führen, und Änderung der Familienstruktur) entgegenzutreten. In Südtirol als Grenzgebiet besteht die Gefahr, dass sich Patienten an Einrichtungen außerhalb des Landes wenden. Das Ziel besteht also in der Gewährleistung der medizinischen Versorgung zu tragbaren Kosten auch für unsere zukünftigen Generationen.

Zur Erreichung dieser Ziele arbeiten unsere Einrichtungen und alle im Gesundheitsbereich tätigen Körperschaften des Landes auf allen Ebenen zusammen, schaffen Synergien und planen und handeln im Verwaltungs- und klinischen Bereich gemeinsam.

Wir möchten vor allem:

- 1) ein effizientes und engmaschiges öffentliches Landesgesundheitsystem beibehalten;
- 2) ein Zwei-Klassen-Gesundheitssystem vermeiden;
- 3) jedem Bürger einen schnellen und vereinfachten Zugang zu den Diensten ermöglichen;
- 4) die Finanzierbarkeit des Systems sicherstellen;
- 5) der Südtiroler Bevölkerung bei komplexen Krankheiten die Versorgung in Universitäts-einrichtungen in Italien und im Ausland anbieten.

Im Krankenhausbereich werden die Abteilungen und Dienste weiterhin übergeordneten Departements zugewiesen: die daraus hervorgehenden Synergien werden eine bessere Nutzung der Ressourcen ermöglichen und wirtschaftliche Vorteile schaffen.

Für alle medizinischen Leistungen der verschiedenen Versorgungsstandards der einzelnen Krankenhäuser wollen wir zur Gewährleistung der Qualität und Zusammenarbeit zwischen diesen Einrichtungen und den territorialen Diensten verstärkt Qualitätsstandards definieren.

Wir fördern außerdem die Schaffung von Exzellenz-Zentren im Lande, d.h. hoch spezialisierten Zentren für die komplexe medizinische Versorgung, und setzen das Projekt des einheitlichen Informationssystems fort, das die Genauigkeit der Dokumentation sowie den Austausch und Vergleich der Daten durch vereinheitlichte Erhebungsverfahren und Informationsflüsse ermöglicht. Wir begegnen dieser Herausforderung mit Zuversicht und setzen dabei auf die Fähigkeiten, Kreativität und Verantwortlichkeit des Gesundheitspersonals aller Ebenen, Dienste und Institutionen.

Ich nehme die Gelegenheit wahr, um den Führungskräften und Direktoren der Gesundheitsbezirke, der Ärztekammer und allen Mitarbeitern, die zur Erarbeitung dieses Gesundheitsberichts beigetragen haben, zu danken.



DER LANDESRAT FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALWESEN

– Dr. Richard Theiner –

Danksagung

Ein besonderer Dank für die Erarbeitung des Gesundheitsberichts 2007 gilt dem Arbeitsteam der Epidemiologischen Beobachtungsstelle und des Instituts für Forschung und statistische Analysen Explora von Padua, und insbesondere:

- Carla Melani, Koordinatorin der Epidemiologischen Beobachtungsstelle, für die Koordination der gesamten Arbeit sowie die Überwachung und Kontrolle einiger Teile des Berichts;
- Antonio Fanolla für den Teil „Bevölkerung und Gesundheit“;
- Valeria Rossi für das Kapitel „Ambulante fachärztliche Versorgung“ und den Abschnitt „Post-akute Rehabilitation und Neurorehabilitation“;
- Eva Papa, für das Kapitel „Ambulante fachärztliche Versorgung“ und den Abschnitt „Diabetes“;
- Roberto Picus für das Kapitel „Das Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebs“ (in Zusammenarbeit mit Frau Claudia Paulato des Amtes für Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals) und den Abschnitt „Stationäre Rehabilitation“;
- Paola Zuech für die Abschnitte „Mapping der chronischen Krankheiten“ und „Schwangerschaft und Familienplanung“;
- Sabine Weiss für den Abschnitt „Seltene Krankheiten“;
- Michele Dagostin, Leiter des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Antje Trenkwalder, Mitarbeiterin desselben Amtes für den Abschnitt „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“;
- Karin Bianchini, Ilaria Vecchierelli, Daniela Quartieri und Patrick Targa des Amtes für Gesundheitsökonomie für das Kapitel „Ausgaben für das Gesundheitswesen“;
- Paolo Vian für das Kapitel „Kollektive Gesundheitsversorgung“;
- Maria Grazia Franco für das Kapitel „Krankenhausversorgung“;
- Bruno Genetti für die Kapitel „Sprengelversorgung“, „Das Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebs“, „Pharmazeutische Versorgung“, und den Anhang „Ausländerprofil“;
- all jenen, welche die im vorliegenden Bericht enthaltenen Daten geliefert und zur Kontrolle und Revision der eigenen Texte beigetragen haben, und insbesondere:
 - den Mitarbeitern der Ämter der Abteilungen Gesundheitswesen, Sozialwesen, Statistik (ASTAT) und Informatik der Autonomen Provinz Bozen;
 - den Mitarbeitern der Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz und des Landesveterinärdienstes;
 - den Mitarbeitern und Leitern der Gesundheitsbezirke Bozen, Meran, Brixen und Bruneck.

Inhaltsverzeichnis

ERSTER TEIL: BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1. BEVÖLKERUNG	17
1.1. Wohnbevölkerung	17
1.1.1. Territoriale Verteilung	19
1.1.2. Bevölkerungsstruktur	21
1.1.3. Lebenserwartung	22
1.1.4. Geburtenrate und Fruchtbarkeit	25
1.1.5. Sterblichkeit	27
1.1.6. Bevölkerungsentwicklung	29
1.2. Arbeit, Wirtschaft und Konsumausgaben	30
1.2.1. Beschäftigung	30
1.2.2. Bruttoinlandsprodukt und Einkommen	31
1.2.3. Konsumausgaben der privaten Haushalte und Armut	32
1.3. Bildung	33
1.4. Schwangerschaft und Familienplanung	34
1.4.1. Familienstand	34
1.4.2. Bildungsgrad und Beschäftigungslage	34
1.4.3. Schwangerschaft	35
1.4.4. Entbindung	36
1.4.5. Familienplanung	38
2. GESUNDHEITSAKTOREN	42
2.1. Lebensstile: Rauchen, Ernährung, körperliche Bewegung	43
2.1.1. Rauchen	43
2.1.2. Ernährung	46
2.1.3. Körperliche Bewegung	50
2.2. Drogen- und Alkoholmissbrauch	51
2.2.1. Drogenabhängigkeit	52
2.2.2. Alkoholabhängigkeit	57
2.3. Umwelt	60
2.3.1. Klimatische Veränderungen und menschliche Gesundheit	60
2.3.2. Luftverschmutzung	61
3. GESUNDHEITZUSTAND	64
3.1. Mapping der chronischen Krankheiten	65
3.2. Krankheiten des Kreislaufsystems	70
3.3. Inzidenz und Sterblichkeit der bösartigen Tumoren	72
3.4. Atemwegkrankungen	87
3.5. Diabetes	89
3.6. Infektionskrankheiten	94
3.7. Seltene Krankheiten	97

3.8. Psychische Gesundheit	99
3.9. Unfälle	103
3.9.1. Verkehrsunfälle	103
3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	105

ZWEITER TEIL: DIE GEWÄHRLEISTETEN VERSORGUNGSSTANDARDS

1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG	109
1.1. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung	109
1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	110
1.1.2. Vom Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit finanzierte Initiativen und Einrichtungen (Finanzierung von Projekten und Beiträgen)	111
1.1.3. Gesundheitserziehung und Förderung der Gesundheit an den Schulen	114
1.1.4. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel	117
1.1.5. Vom Amt für Gesundheitssprengel finanzierte Initiativen, öffentliche Körperschaften und Organisationen	118
1.2. Organisierte Programme zur Früherkennung und Kollektivprävention	120
1.2.1. Programm für frühzeitige Tumorerkennung am Gebärmutterhals	120
1.2.2. Programm für frühzeitige Brustkrebserkennung	122
1.2.3. Programm für frühzeitige Erkennung des Kolon-Rektum-Karzinoms	124
1.3. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen	125
1.3.1. Vorbeugungs- und Erziehungsmaßnahmen, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu vermeiden und die Infektionsherde einzudämmen	125
1.3.2. Reisemedizin	127
1.3.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungs- maßnahmen	128
1.4. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebens- und Arbeitsumfeld	129
1.4.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der – vor allem öffentlichen – Einrichtungen	129
1.4.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder	132
1.4.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika	133
1.4.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer	134
1.4.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung	134
1.4.6. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld	137
1.5. Öffentliches Veterinärwesen	139
1.6. Hygienisch-Sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken	143
1.7. Rechtsmedizinische und sportmedizinische Tätigkeiten	155
1.7.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin	155
1.7.2. Tätigkeiten der Dienste für Sportmedizin	159
1.8. Tätigkeiten des Dienstes für Pneumologie	160

2. SPRENGELVERSORGUNG	163
2.1. Dienst für Basismedizin	163
2.2. Medizinische Grundversorgung	171
2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl	171
2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität	181
2.2.3. Der touristische Bereitschaftsdienst	182
2.3. Territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege	184
2.3.1. Die programmierte Hauspflege (PHP)	185
2.3.2. Die integrierte Hauspflege (IHP)	186
2.3.3. Der Krankenpflegedienst	189
2.3.4. Die Versorgung von Mutter und Kind	191
2.3.4.1. Die kinderärztlichen Beratungsstellen	191
2.3.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie	194
2.4. Ambulante fachärztliche Versorgung	198
2.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen	198
2.4.2. Fachärztliche Mobilität	206
2.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität	206
2.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen	208
2.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt	210
2.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Südtiroler	210
2.5. Stationäre Rehabilitation	212
2.5.1. Salus Center	212
2.5.1.1. Versorgungstätigkeit	213
2.5.2. Bad Bachgart	216
2.5.2.1. Versorgungstätigkeit	218
2.6. Territoriale Rettungsdienst	222
2.6.1. Medizinisches Notrufsystem	222
2.6.2. Territorialer Notarztdienst	223
2.6.3. Krankentransport	223
2.6.4. Noteinsätze	225
2.6.5. Nicht dringende Krankentransporte	226
2.7. Pharmazeutische Versorgung	227
2.7.1. Die Apotheken	228
2.7.2. Der Medikamentenverbrauch	229
2.7.3. Die Ausgaben für Medikamente	242
2.7.4. Die Verschreibung der Medikamente	248
3. KRANKENVERSORGUNG	251
3.1. Erste Hilfe	251
3.2. Krankenhausversorgung von Akutkranken	256
3.2.1. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken	261
3.2.2. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken	272
3.2.3. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit	275
3.2.3.1. Mehrfachaufenthalte	275
3.2.3.2. Kurzaufenthalten von zwei oder drei Tagen	277
3.2.3.3. Indikatoren der Angemessenheit	278

3.2.4. Krankenhausmobilität	288
3.2.4.1 Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen	288
3.2.4.2 Aufhalten von Akutkranken in Österreich	292
3.2.4.3 Krankenhausmobilität insgesamt	295
3.2.5. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen	298
3.2.6. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken	301
3.2.6.1. Begründungen und Bewertungskriterien	301
3.2.6.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte	301
3.3. Postakute Krankenversorgung	306
3.3.1. Betten für die postakute Versorgung	306
3.3.2. Postakute Rehabilitation und Neurorehabilitation	306
3.3.2.1. Aufenthalte in postakuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet	315
3.3.2.2. Aufenthalte in postakuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich	320
3.3.3. Postakute Langzeitpflege	322

DRITTER TEIL: RESSOURCEN

1. DAS PERSONAL DES SANITÄTSBETRIEBS	327
1.1. Dienstleistendes Gesundheitspersonal	327
1.1.1. Allgemeine Analyse	328
1.1.1.1. Personalbestand nach Beschäftigungsbereich	328
1.1.1.2. Personal nach Berufsbild	331
1.1.2. Personal des strategischen Bereichs	333
1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs	336
1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs	340
1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst	340
1.1.5. Personal des territorialen Bereichs	350
1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich	350
1.2. Ausbildung des Gesundheitspersonal	360
1.2.1. Grundausbildung	361
1.2.2. Fachausbildung	363
1.2.3. Praktika	365
1.2.4. Allgemeinmedizin	365
1.2.5. Ständige Weiterbildung	365
1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse des Landes	366
1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse des Sanitätsbetriebs	369

2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN	371
2.1. Die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen	373
2.2. Laufende Gesundheitsausgaben	375
2.3. Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen	381
2.4. Mobilitätssalden für Krankenhausaufenthalte und die ambulante fachärztliche Versorgung	384
2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden	385
2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden	388
2.4.3. Internationale Mobilität	391

ANHANG „AUSLÄNDERPROFIL“

1. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG	399
1.1. Struktur der ausländischen Bevölkerung	399
1.2. Bevölkerungsentwicklung	404
2. GESUNDHEITZUSTAND	407
3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE	413
3.1. Krankenhausaufenthalte	413
3.2. Ambulante Leistungen	418
3.3. Medikamentenverbrauch	422



Erster Teil

Bevölkerung und Gesundheit

Bevölkerung und Gesundheit

1. BEVÖLKERUNG

Die Bevölkerung ist auf 20 Gesundheitssprengel und einen Sanitätsbetrieb aufgeteilt. Die Einwohnerzahl in durchlebten Jahren belief sich 2007 auf 483.061, was gegenüber 2006 einem Anstieg von 8,4 ‰ entspricht.

Das Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung liegt bei 40,6 Jahren. Der Altersindex entspricht 109,8 %.

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 78,0 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen.

Die Geburtenrate beläuft sich auf 10,8 pro 1000 Einwohner. Die Totgeburtenrate betrug 1,7 pro 1000 Lebendgeburten.

Das Durchschnittsalter bei der Entbindung ist 31,2 Jahre, bei der Geburt des ersten Kindes 29,5 Jahre.

Die Fruchtbarkeitsrate beträgt 1,59 Kinder pro Frau.

Im Alter von 18 Jahren ist die männliche Sterblichkeitsrate zweimal höher als jene der Frauen, im Alter von 20 Jahren viermal höher und im Alter von 32 Jahren achtmal höher.

Die Sterblichkeitsrate betrug im Jahr 2007 746,0 pro 100.000 Männer und 745,1 pro 100.000 Frauen.

Die Beschäftigungsrate der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren beträgt 69,8 %.

Die Erwerbsquote der Bevölkerung beläuft sich auf 71,7 %.

Die Arbeitslosenrate (2,6 %) liegt unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (6,1 %).

Das BIP pro Kopf (28.202 Euro im Jahr 2006) ergibt einen höheren erwirtschafteten Reichtum im Vergleich zur gesamtstaatlichen volkswirtschaftlichen Leistung (21.238 Euro).

Das Durchschnittseinkommen der Südtiroler Familien beträgt 32.008 Euro.

Die Durchschnittsausgaben der Haushalte belaufen sich auf 2.866 Euro pro Monat.

Die Schulbesuchsquote in den Kindergärten beträgt 94,4 %.

74,2 % besuchen nach der Pflichtschule eine weitere Schule.

52,6 % der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren haben keinen Oberschulabschluss erzielt.

5,4 % der Bevölkerung zwischen 19 und 25 Jahren sind an einer Universität immatrikuliert.

1.1. WOHNBEVÖLKERUNG

In dieser Ausgabe des Gesundheitsberichtes wird die Anzahl der Bevölkerung mit einer neuen Methode berechnet: Es handelt sich um die durchlebten Jahre (oder Personenjahre), aufgrund denen man die Anzahl der Bevölkerung durch eintreten bestimmter Ereignisse am besten abschätzen kann.

Die durchlebten Jahre werden als Summe der von den Personen in der betreffenden Bevölkerung durchlebten Zeit (in Jahren) berechnet. Für jedes einzelne Kalenderjahr wird jeder Person somit eine Nummer von 1/365 (Personen, die nur einen Tag in der Bevölke-

rung blieben) bis 365/365 (Personen, die ein ganzes Jahr in der Bevölkerung gelebt haben) zugewiesen. In den vorherigen Ausgaben des Gesundheitsberichts wurden die durchlebten Jahre, aufgrund rechnerischer Schwierigkeiten, durch die Differenz zwischen der Anzahl der Bevölkerung am Jahresanfang und jener am Jahresende festgelegt. Bei der neuen Bevölkerung dagegen werden alle im Lauf des Jahres eingetretenen Änderungen an der Zusammensetzung berücksichtigt.

Quelle der Berechnung der durchlebten Jahre ist die Datei der Betreuungsberechtigten des Landes (DBBL), dessen Daten anhand des Vergleichs mit anderen gesundheitsrelevanten Archiven und Verzeichnissen (Sterblichkeitsregister, Auswahl des Allgemeinarztes, Hospitalisierung zu Hause oder Aufenthalt in Krankenhäusern) entsprechend bereinigt, aktualisiert und klassifiziert wurden.

Zu den Variablen bei der Klassifizierung jedes Datensatzes gehören der Wohnort und natürliche Ereignisse (Geburt oder Tod) oder die Migration des Betreuten.

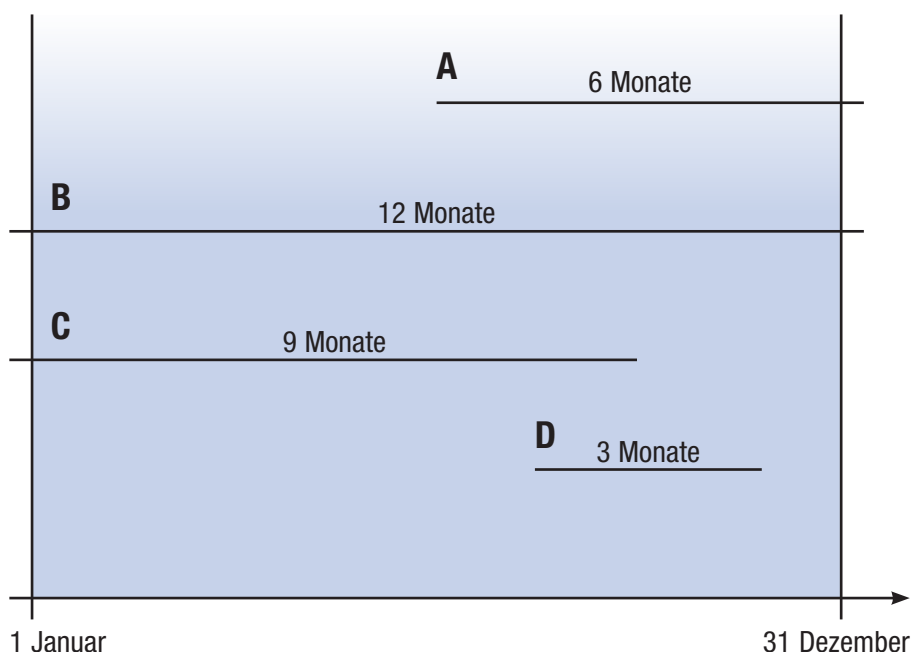
Die Verwendung der Datei der Betreuungsberechtigten beruht auf der Notwendigkeit, die statistisch-epidemiologischen Untersuchungen auf eine realistischere Anzahl an in Südtirol wohnhaften Bürgern zu beziehen, um den effektiven Betreuungsaufwand seitens des Landesgesundheitsdienstes (Gesamtanzahl der betreuungsberechtigten Bevölkerung im Jahr) optimal darzustellen.

Diesbezüglich werden außerdem folgende Definitionen festgelegt:

- **WOHNBEVÖLKERUNG LAUT DBBL IN KÖPFEN:** Berücksichtigt werden alle Personen, die im Land wohnhaft sind und mindestens für einen Tag zwischen dem 1.01. und dem 31.12 durch den Landessanitätsdienst betreuungsberechtigt waren. Darin eingeschlossen sind auch alle Einwohner, die im Lauf des Jahrs zur Bevölkerung gestoßen sind (die entweder im Land geboren wurden oder dorthin zogen) oder aus ihr ausgeschieden sind (da verstorben oder weggezogen).
- **WOHNBEVÖLKERUNG LAUT DBBL IN DURCHLEBTEN JAHREN:** Berücksichtigt wird die Zahl an Tagen pro Jahr, an denen ein wohnhafter Bürger tatsächlich Anspruch auf den Landesgesundheitsdienst hatte, ausgehend von der Voraussetzung, dass eine Person, die später zur Bevölkerung stieß (zum Beispiel ein Kind, das am 20. Dezember geboren wurde, oder jemand der aus dem Land am 30. Juni weggezogen ist) nicht den gleichen Anteil hat wie eine Person, die das ganze Jahr über in der Bevölkerung geblieben ist.

Der dritte in diesem Band berücksichtigte Bevölkerungstyp betrifft die vom Landesamt für Statistik (ASTAT) berechnete Bevölkerung, welche die offizielle Landesbevölkerung zum 31. Dezember des Bezugsjahrs festlegt. Diese Bevölkerung umfasst alle lebenden Wohnhaften zum 31. Dezember. Ausgeschlossen sind somit Personen, die vor diesem Zeitpunkt aus der Bevölkerung ausgeschieden sind (wegen Todes oder Abwanderung), die jedoch für einen Teil des Jahrs Anspruch auf die Leistungen des Landesgesundheitsdienstes hatten.

Im nachfolgenden Diagramm wird ein Beispiel angeführt: Bei vier Personen (A, B, C und D), die zur Bevölkerung gehören und Veränderungen bewirken, beläuft sich die Bevölkerung in durchlebten Jahren auf 30 Monate und somit auf 2,5 Personenjahre, die Bevölkerung in Köpfen auf 4 Personen und die Bevölkerung zum 31. Dezember auf 2 Personen.



In Wirklichkeit ist die von ASTAT berechnete und auf den 31. Dezember bezogene Bevölkerung immer größer als die Bevölkerung laut Datei der Betreuungsberechtigten (unabhängig von der Berechnungsmethode).

Um den Vergleich der Trenddaten zu ermöglichen, mussten die Indikatoren auch für die vorherigen Jahre neu errechnet werden (möglich ab 2004). Im Vergleich zur Berechnung der Bevölkerung nach ASTAT, ändert sich daher der Wert der Indikatoren, wobei dies nicht auf eine Änderung bezüglich des Phänomens zurückzuführen ist, sondern nur auf die Berechnungsmethode. Dies gilt auch für den Vergleich mit den gesamtstaatlichen Indikatoren, die auf der Grundlage der Bevölkerung nach ISTAT berechnet sind.

Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse bei der Berechnung der Indikatoren nach den im Gesundheitsbericht enthaltenen Themen wurde für die Daten über die Bevölkerung, die epidemiologischen Indikatoren, die Indikatoren der pharmazeutischen Betreuung und das Sanitätspersonal vorzugsweise die Bevölkerung nach der Datei der Betreuungsberechtigten in durchlebten Jahre verwendet. Die Bevölkerung nach DBBL in Köpfen wird für die Sanitätstätigkeiten und somit für die Indikatoren im Rahmen von fachärztlicher Betreuung und Betreuung im Krankenhaus verwendet. Für die wirtschaftlichen Indikatoren wurde weiterhin die von ASTAT berechnete Bevölkerung benutzt.

1.1.1. Territoriale Verteilung

Gemäß der harmonisierten europäischen Klassifizierung NUTS ist eine Aufteilung des Gebiets in statistische Bezugsbereiche nach drei territorialen Ebenen (NUTS 1, 2, 3) vorgesehen.

Die Ebene NUTS 1 umfasst für Italien die fünf geografischen Unterteilungen (Nordwesten, Nordosten, Mitte, Süden und Inseln). Die NUTS-2-Ebene besteht aus den 19 Regionen und den zwei Autonomen Provinzen Trient und Bozen. Zur NUTS-3-Ebene gehören die 107 italienischen Provinzen.

Die Durchschnittsfläche der italienischen NUTS-2-Einheiten beläuft sich auf 14.349 km², die durchschnittliche Wohnbevölkerung auf 2,8 Millionen Einwohner. Die neun österreichi-

schen NUTS 2 weisen eine durchschnittliche Fläche von 9.316 km² und eine durchschnittliche Wohnbevölkerung von 920.000 Personen auf (ISTAT, Daten 2006).

Die Autonome Provinz Bozen erstreckt sich über 7.400,4 km² Bergland und ist in 116 Gemeinden unterteilt, die wiederum in 20 Gesundheitssprengel und einen Sanitätsbetrieb zusammengefasst sind.

Die Wohnbevölkerung 2007 beläuft sich gemäß der Datei der Betreuungsberechtigten in durchlebten Jahren auf 483.016 Personen mit einer Bevölkerungsdichte von 65,3 Einwohnern pro km². Die Wohndichte in Italien beträgt 195,6 Einwohner pro km², in Österreich 98,8 Einwohner pro km² (ISTAT, Daten 2006).

Tabella 1: **Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel (durchlebte Jahren) – Jahre 2004–2007**

	2004	2005	2006	2007
Grödental	8.843	8.879	8.884	8.896
Eggental-Schlern	18.550	18.810	18.964	19.230
Salten-Sarnthal-Ritten	17.808	17.955	18.038	18.225
Überetsch	26.089	26.484	26.790	27.162
Leifers-Branzoll-Pfatten	18.703	19.055	19.320	19.606
Unterland	22.355	22.815	23.059	23.200
Bozen	97.612	97.781	98.086	98.267
Oberer Vinschgau	15.248	15.286	15.352	15.478
Mittlerer Vinschgau	17.573	17.667	17.742	17.826
Naturns + Umgebung	10.184	10.296	10.395	10.533
Lana + Umgebung	22.000	22.303	22.309	22.592
Meran + Umgebung	48.680	49.192	49.784	50.614
Passeiertal	8.505	8.540	8.561	8.616
Wipptal	17.847	17.715	17.865	18.019
Brixen + Umgebung	33.502	34.020	34.473	34.968
Klausen + Umgebung	15.533	15.762	15.881	16.095
Taufers + Ahrntal	12.574	12.631	12.704	12.756
Bruneck + Umgebung	33.823	34.259	34.457	34.750
Hochpustertal	14.918	14.977	14.994	15.092
Gadertal	10.013	10.104	10.131	10.133
Nicht zugeschrieben	992	1.075	1.191	959
Abrundung	-1	-	-	-1
Insgesamt	471.351	475.606	478.980	483.016

Quelle:BDPA

Ein hoher Verstädterungsgrad liegt laut Eurostat in dichtbesiedelten Gebieten (über 500 Einwohner pro km² bei mindestens 50.000 Einwohnern) vor. Mittel ist der Verstädterungsgrad bei einer Einwohnerdichte von 100 pro km² in einem Gebiet mit über 50.000 Einwohnern oder wenn dieses Gebiet an eines mit hohem Verstädterungsgrad angrenzt. In den anderen Fällen wird der Verstädterungsgrad als niedrig eingestuft.

55,9 % des Landesgebiets weist einen geringen Verstädterungsgrad auf (16,1 % in Italien, 40 % in Österreich), 20,3 % einen mittleren Grad und 23,8 % einen hohen Verstädterungsgrad (44,6 % in Italien, 35 % in Österreich) (ISTAT, Daten 2000/2001).

1.1.2. Bevölkerungsstruktur

Im Durchschnitt fallen auf 100 Frauen 96,6 Männer. Bis zum 54. Lebensjahr gibt es mehr Männer als Frauen. In den höheren Altersklassen überwiegt hingegen aufgrund der höheren männlichen Sterblichkeitsrate die weibliche Komponente.

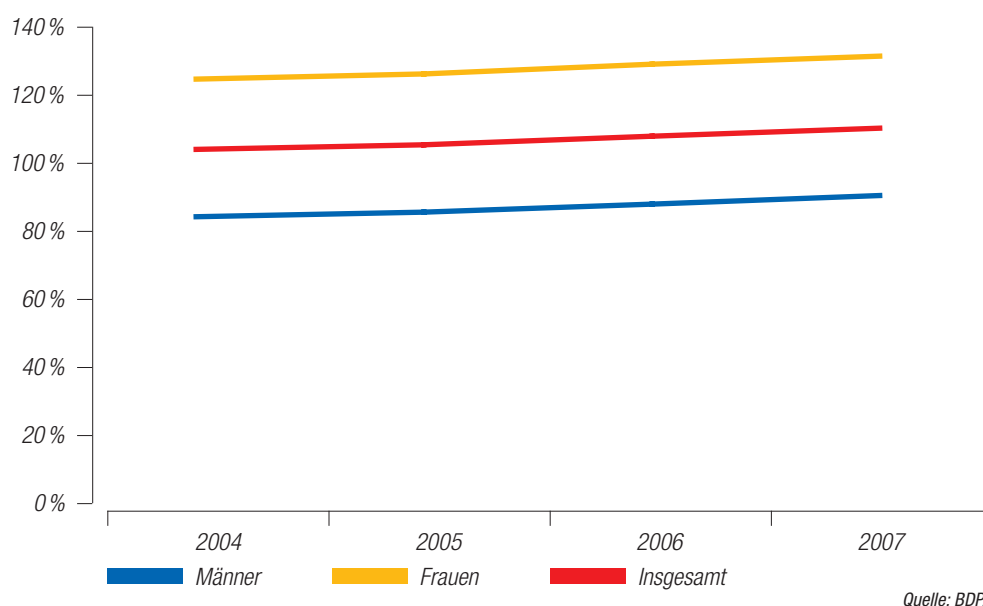
Der Rückgang der Geburtenrate, der in Italien nach dem Bevölkerungsboom der sechziger Jahre einsetzte und sich Anfang der achtziger Jahre stabilisierte, ist einer der Gründe für die progressive Alterung der Bevölkerung. In Südtirol wird die Alterung der Bevölkerung zum Teil durch die Geburtenrate ausgeglichen, die noch relativ hoch ist und im Unterschied zur gesamtstaatlichen Situation über der Sterblichkeitsrate liegt.

Das Durchschnittsalter beträgt 40,6 Jahre (39,2 Jahre bei den Männern, 42,0 Jahre bei den Frauen). Am niedrigsten ist das Durchschnittsalter im Passeiertal (37,2 Jahre), am höchsten im Bezirk Bozen-Stadt (44,7 Jahre).

Der Altersindex (109,8 %) verläuft ansteigend und ist bei den Frauen höher (130,6 %) als bei den Männern (90,2 %). Der Landesindex liegt jedoch deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 141,7 % (ISTAT, 2006). Der „jüngste“ Bezirk ist das Passeiertal (76,4 %), der älteste Bozen-Stadt (174,7 %).

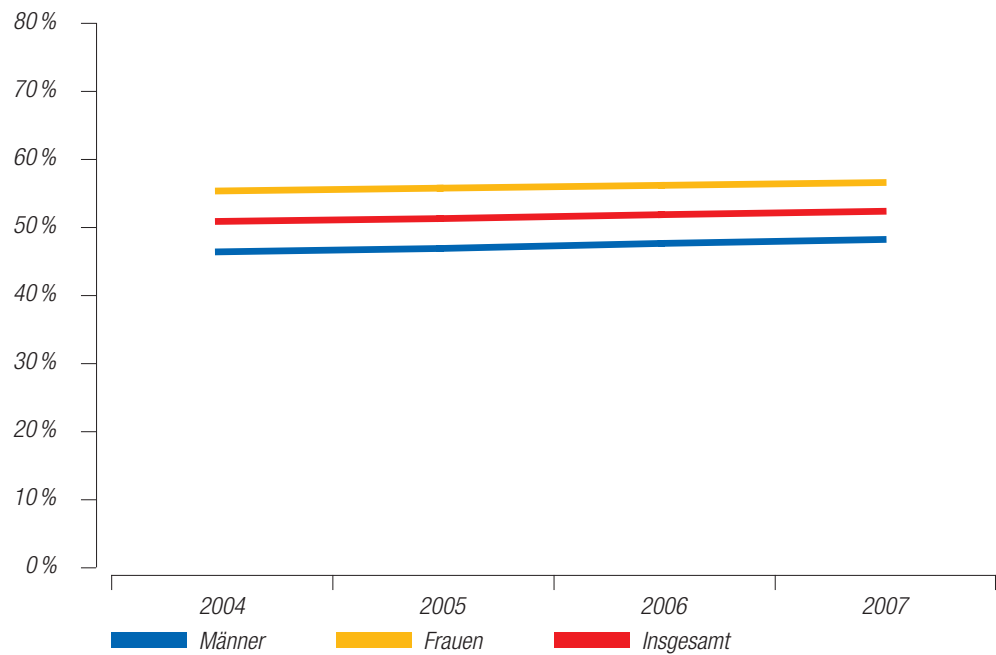
ALTERSINDEX

Abbildung 1: Altersindex nach Geschlecht. Südtirol – Jahre 2004–2007



Der Abhängigkeitsindex (52,2 %) ist wirtschaftlich und sozial relevant und gibt den Anteil der Einwohner im nicht erwerbsfähigen Alter (0 bis 14 Jahre und ab 65 Jahren) im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (zwischen 15 und 64 Jahren) an. Der Index verläuft seit den letzten zehn Jahren konstant ansteigend und ist bei den Frauen höher (56,3 %) als bei den Männern (48,2 %). Der gesamtstaatliche Wert des Index beträgt 52,6 % (ISTAT, 2006).

ABHÄNGIGKEITSINDEX

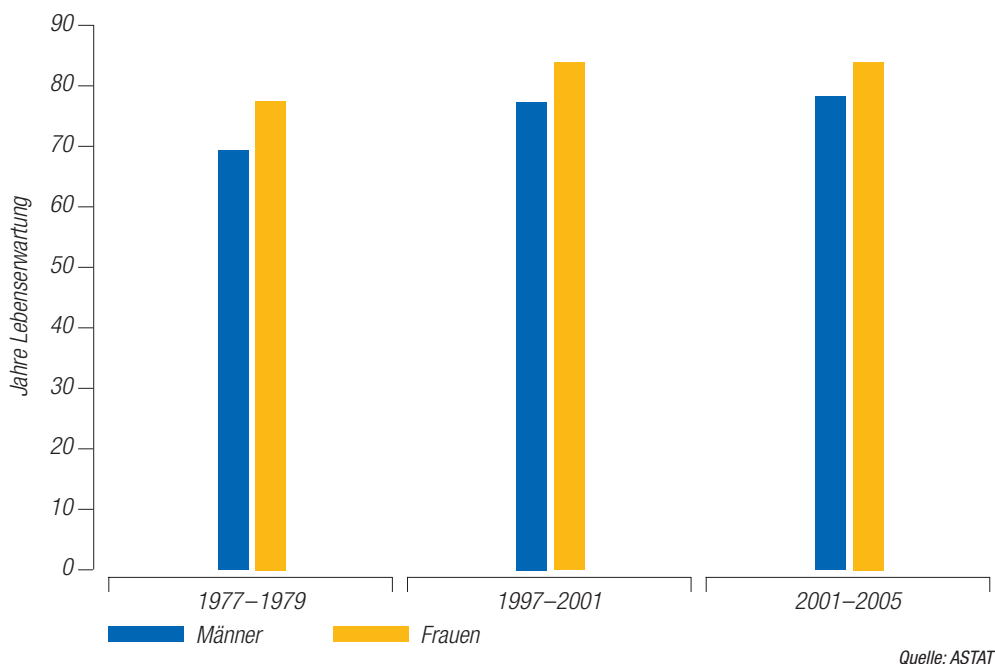
Abbildung 2: **Abhängigkeitsindex nach Geschlecht. Südtirol – Jahre 2004–2007**

1.1.3. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Sterbetafeln der Südtiroler Bevölkerung für den Zeitraum 2001 bis 2005 78,0 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen. Die Werte entsprechen dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (77,9 Jahre Lebenserwartung für die Männer und 83,7 für die Frauen nach der Tafel ISTAT 2004) und zählen auf internationaler Ebene zu den höchsten.

Die Lebenserwartung bei der Geburt verzeichnet in den letzten Jahren einen konstanten Anstieg für die männliche Bevölkerung Südtirols von 69,1 Jahren (Sterbetafel des Dreijahreszeitraums 1977–79) auf 77,1 Jahre (Sterbetafel des Fünfjahreszeitraums 1997–2001), für die weibliche Bevölkerung Südtirols von 77,2 auf 83,5 Jahre im selben Zeitintervall. Im letzten Vierteljahrhundert verlängerte sich die Lebenserwartung der Männer also um 8,9 Jahre und die der Frauen um 6,5 Jahre.

Abbildung 3: Lebenserwartung bei der Geburt. Sterbetafeln 1977–79/1997–01/2001–2005



Frauen leben in allen Altersklassen länger als Männer: Im Alter von 18 Jahren ist die männliche Sterbewahrscheinlichkeit zweimal höher als jene der Frauen, im Alter von 20 Jahren viermal höher und im Alter von 32 Jahren achtmal höher.

Die unterschiedliche Lebenserwartung nach Geschlecht verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafeln 1977–79 auf 5,7 Jahre der neueren Tafeln).

Die höhere Lebenserwartung der Frauen ist einem geringeren Risiko von Herz-Kreislauf-krankungen, Tumoren und Unfällen zuzuschreiben. Entscheidend sind in dieser Hinsicht die geschlechtlich unterschiedlichen individuellen Verhaltensweisen und Lebensstile sowie die geringere Risikoexposition im Arbeitsumfeld.

Abbildung 4: Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Alter. Sterbetafel 2001–05

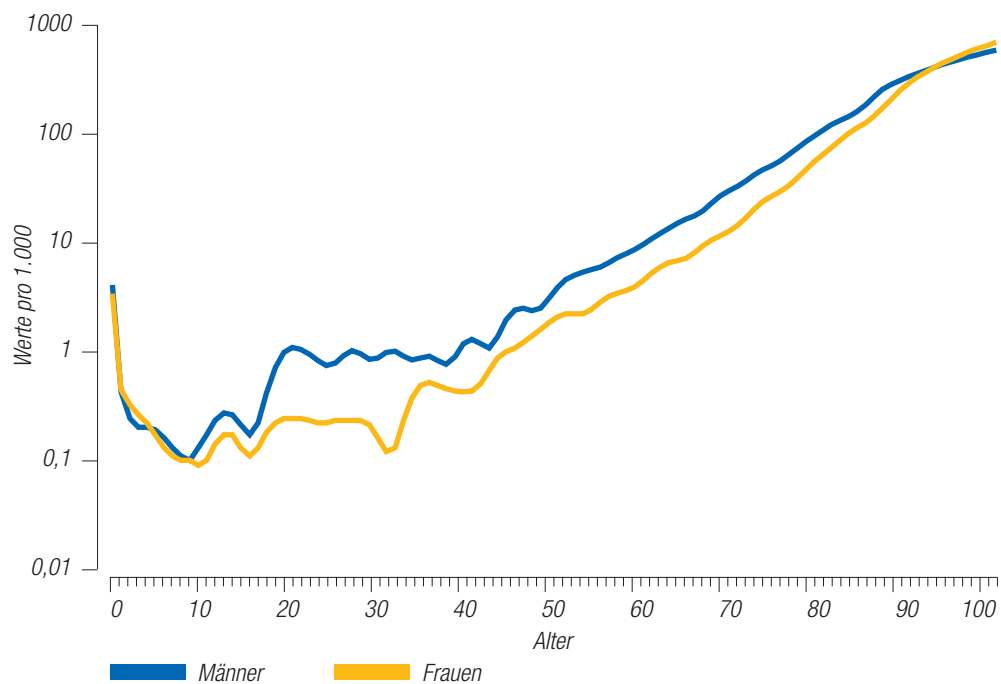
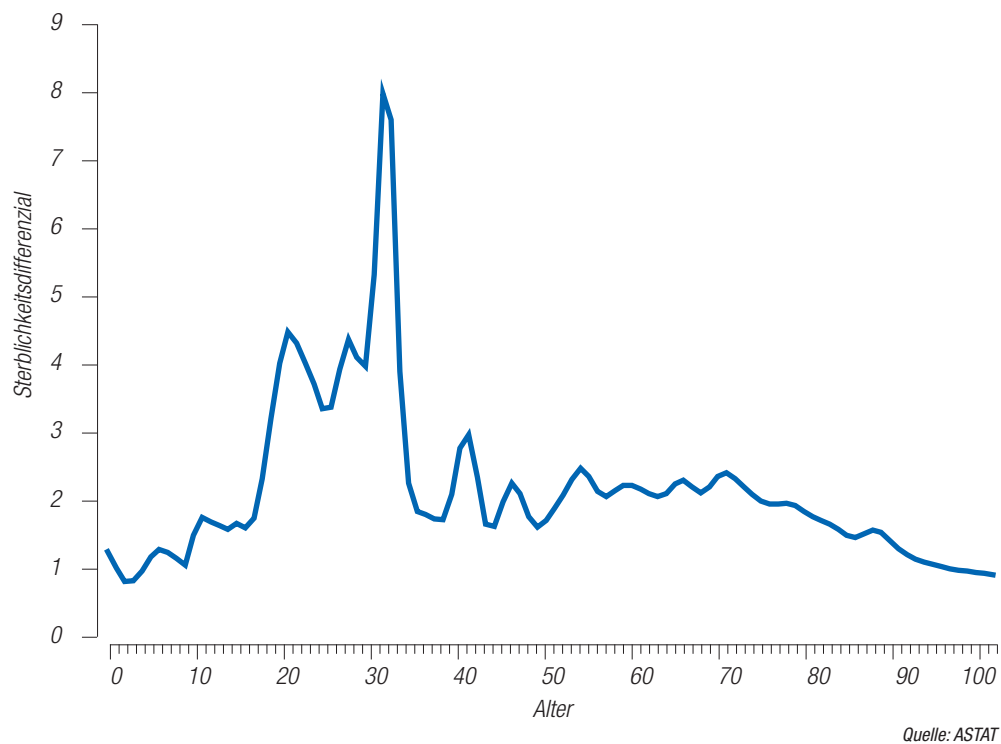


Abbildung 5: Höheres Sterblichkeitsrisiko der Männer gegenüber den Frauen nach Alter. Sterbetafel 2001–05



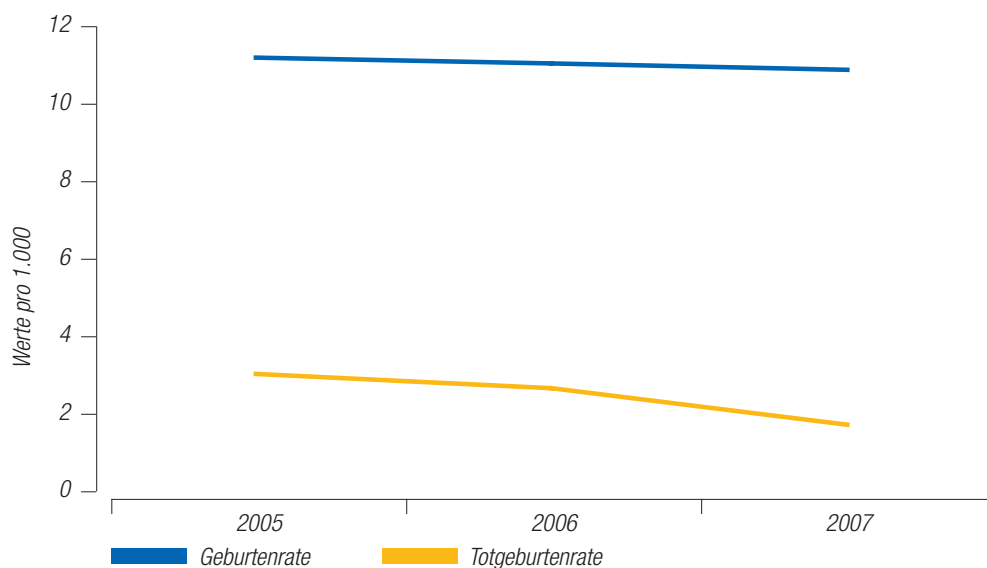
1.1.4. Geburtenrate und Fruchtbarkeit

Die weibliche Bevölkerung im fruchtbaren Alter (konventionell zwischen 15 und 49 Jahren) beträgt 115.812 Frauen und stieg zwischen 2004 und 2007 im Durchschnitt pro Jahr um 6,3 ‰ an. In diesem Rahmen ist eine Verminderung des Anteils an jüngeren Frauen zwischen 15 und 29 zu verzeichnen, der von 35,2 % (2004) auf 34,8 % (2007) zurückging. Gleichzeitig stieg der Anteil an älteren Frauen zwischen 40 und 49, und zwar von 30,3 % (2004) auf 32,8 % (2007). Die progressive Alterung der weiblichen Bevölkerung im fruchtbaren Alter wird auch durch die Erhöhung des Durchschnittsalters der fruchtbaren Frauen bestätigt, das von 33,2 Jahren (2004) auf 33,5 Jahre (2007) angestiegen ist.

2007 brachten wohnhafte Frauen 5.238 lebende Kinder zur Welt. Dies entspricht einer Geburtenrate von 10,8 pro 1000 Bürgern (9,5 ‰ auf gesamtstaatlicher Ebene 2006, 10,6 ‰ in der Europäischen Union). Der Trend ist in den vergangenen drei Jahren auch aufgrund der Alterung der Bevölkerung rückläufig.

2007 gab es 9 Totgeburten, deren Schwangerschaftsalter über 28 Wochen betrug (1,7 pro 1000 Lebendgeburten). Die Totgeburtenrate ging in den letzten drei Jahren zurück, und zwar insgesamt um 5 Fälle im Vergleich zum Jahr 2005 und um 7 Fälle im Vergleich zum Jahr 2004.

Abbildung 6: Geburten- und Totgeburtenraten. Südtirol – Jahre 2005–2007



Quelle: CEDAP

Das Durchschnittsalter der Neu-Mütter beträgt 2007 31,2 Jahre und liegt geringfügig über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (31,0 Jahre). Insbesondere beträgt das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes 29,5 Jahre.

Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer nach Gleichaltrigen ergibt für das Jahr 2007 in Südtirol eine durchschnittliche Kinderzahl von 1,59 pro Frau gegenüber einem gesamtstaatlichen Wert von 1,35 (ISTAT, 2006). Die Fruchtbarkeit 2005–2007 konzentriert sich tendenziell auf die Altersklasse der 30-Jährigen und setzt sich zu 48,5 % aus Erstgeburten (Durchschnittsalter 29,5 Jahre), zu 35,7 % aus Zweitgeburten (Durchschnittsalter 31,8 Jahre) und zu 11,9 % aus Drittgeburten (Durchschnittsalter 33,7 Jahre) und schließlich zu 3,9 % aus Geburten eines weiteren Kindes (Durchschnittsalter 35,8 Jahre) zusammen.

WEIBLICHE
BEVÖLKERUNG IM
FRUCHTBAREN ALTER

GEBURTENRATE

TOTGEBURTEN

DURCHSCHNITTSALTER
BEI DER GEBURT

FRUCHTBARKEIT

Abbildung 7: **Spezifische Fruchtbarkeitsraten nach Alter. Südtirol – Durchschnittswerte 2005–2007**

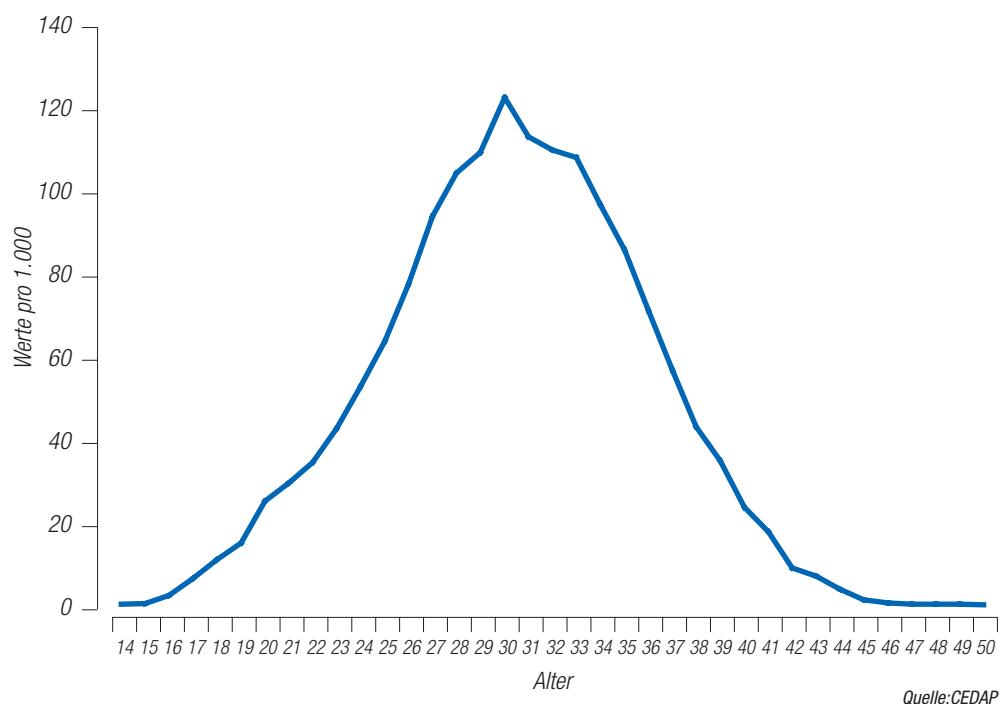
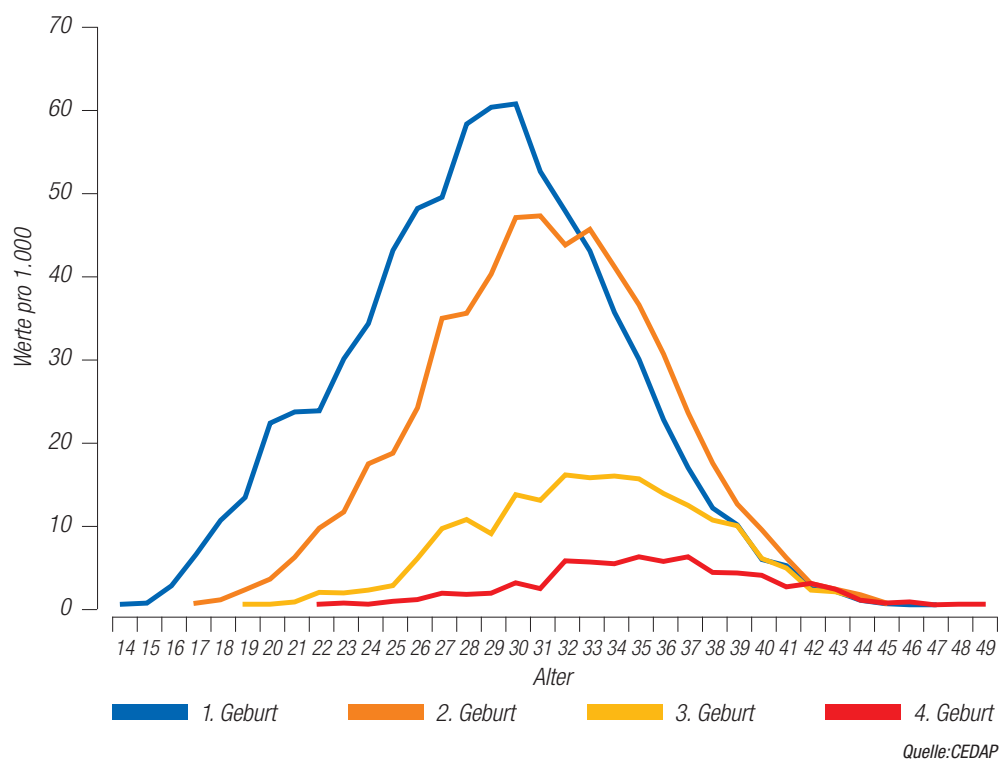


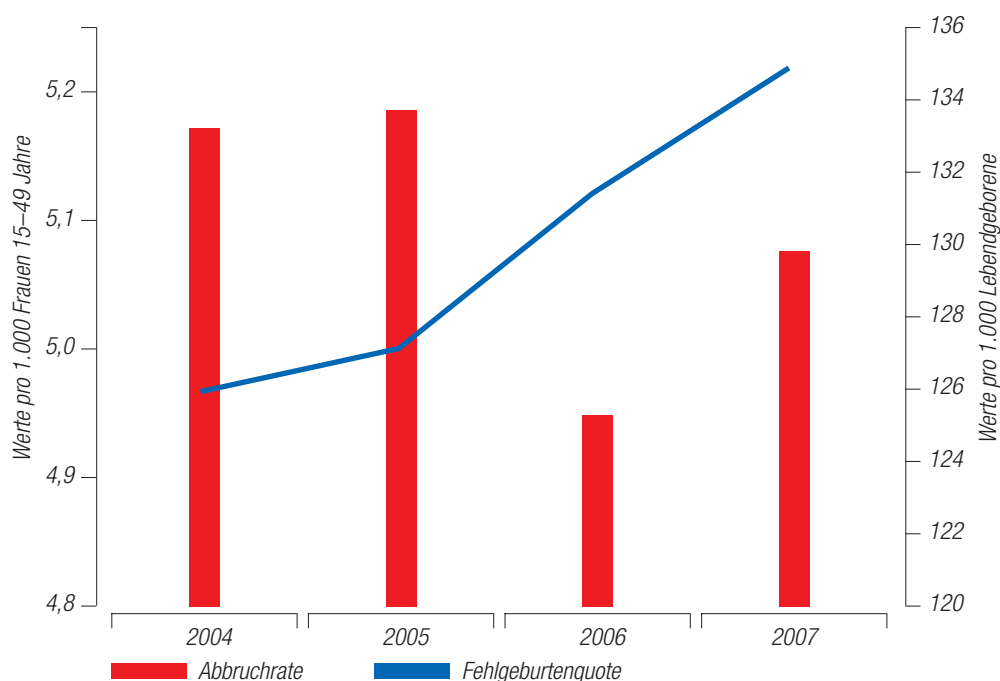
Abbildung 8: **Spezifische Fruchtbarkeitsraten nach Alter und Geburtsreihenfolge. Südtirol – Durchschnittswerte 2005–2007**



Der Zeitpunkt des Schwangerschaftsalters, ab welchem gemäß der italienischen Gesetzgebung zwischen Fehl- und Totgeburt unterschieden wird, beträgt 180 Tage (25 Wochen + 5 Tage). Verzeichnet wurden 582 Fälle des freiwilligen Schwangerschaftsabbruchs bei wohnhaften Frauen, was eine Steigerung von 18 Fällen im Vergleich zum Jahr 2006 bedeutet. Die Abbruchziffer (5 pro 1000 im Jahr 2007) ist im Zeitraum 2004–2007 tendenziell stabil und liegt konstant unter dem gesamtstaatlichen Wert (8,9 pro 1000 im Jahr 2005).

Die Anzahl der Fehlgeburten (706 im Jahr 2007 entsprechend 134,8 pro 1000 Lebendgeburten) nimmt seit Anfang der 90er Jahre ständig zu. Dies ist sowohl auf die progressive Verbesserung der Früherkennung als auch auf eine wachsende Verbreitung der Risikofaktoren zurückzuführen, zu denen auch das fortschreitende Durchschnittsalter der Frauen bei der Empfängnis gehört.

Abbildung 9: **Schwangerschaftsabbruchrate und Fehlgeburtenquote. Südtirol – Jahre 2005–2007**



Quelle: ASTAT

1.1.5. Sterblichkeit

In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Zahl der Verstorbenen unter der Wohnbevölkerung in den letzten drei Jahren rückläufig (3.714 im Jahr 2005, 3.612 im Jahr 2006 und 3.601 im Jahr 2007). Rückläufig ist auch die Sterblichkeitsrate (745,5 x 100.000, 746,0 x 100.000 bei den Männern und 745,1 x 100.000 bei den Frauen). Der Rückgang der standardisierten Sterblichkeitsrate ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich.

Auf Ebene der Gesundheitsbezirke sind keine relevanten Unterschiede bei der Sterblichkeit 2007 zu verzeichnen.

Abbildung 10: Unbereinigte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht – Jahre 2004–2007

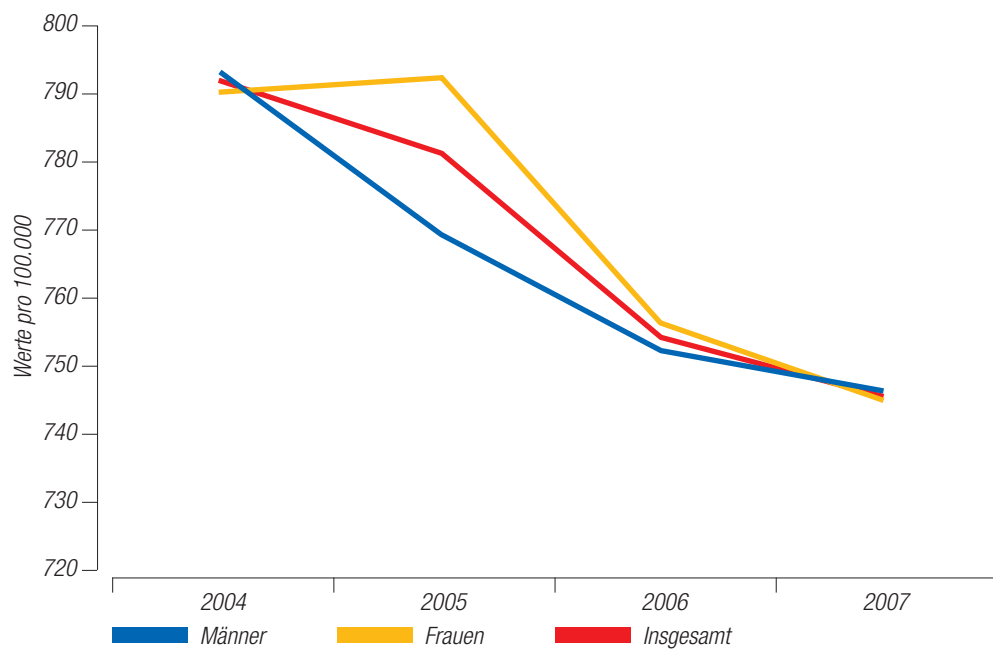


Abbildung 11: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht – Jahre 2004–2007

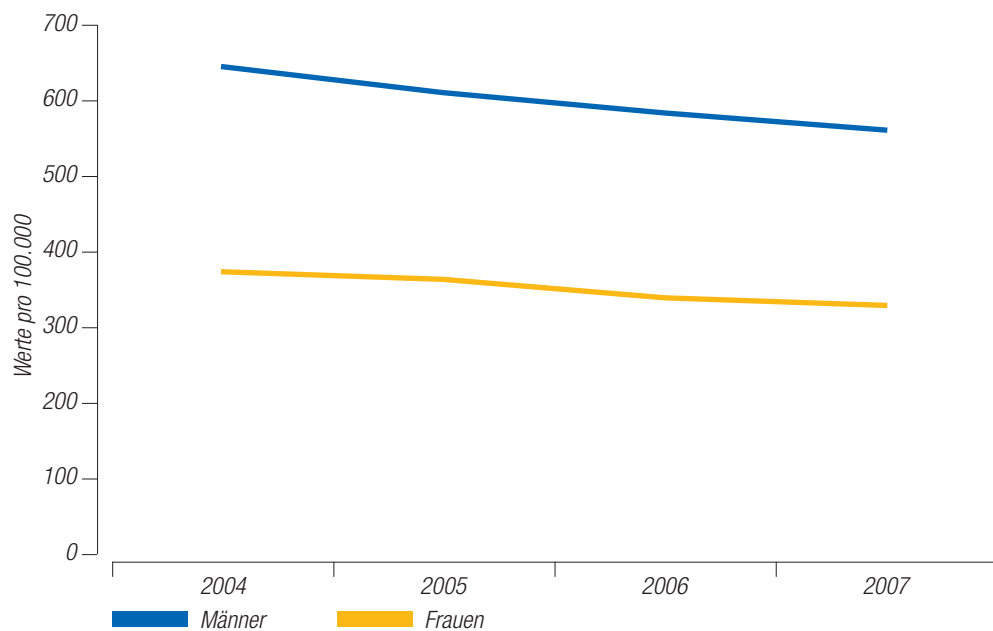
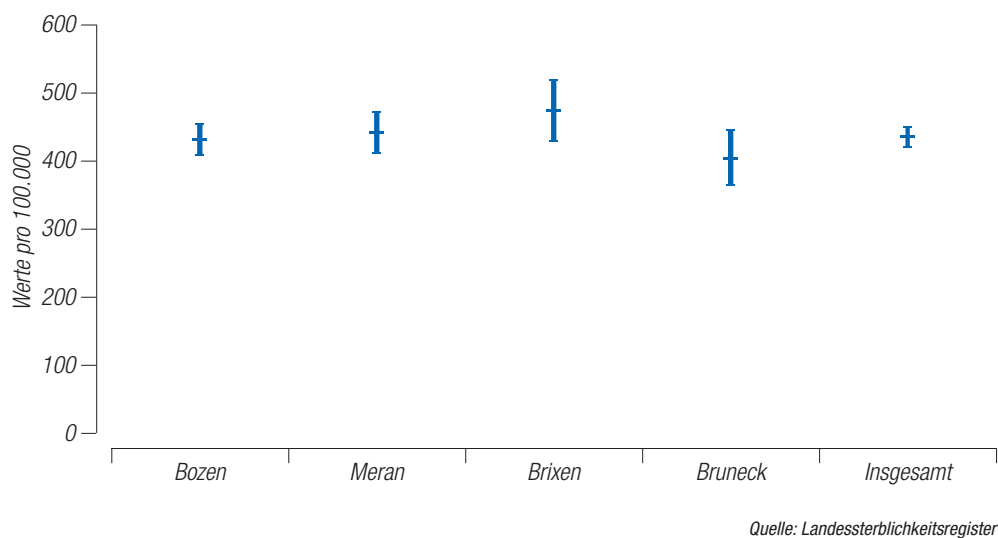


Abbildung 12: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Gesundheitsbezirk – Jahr 2007

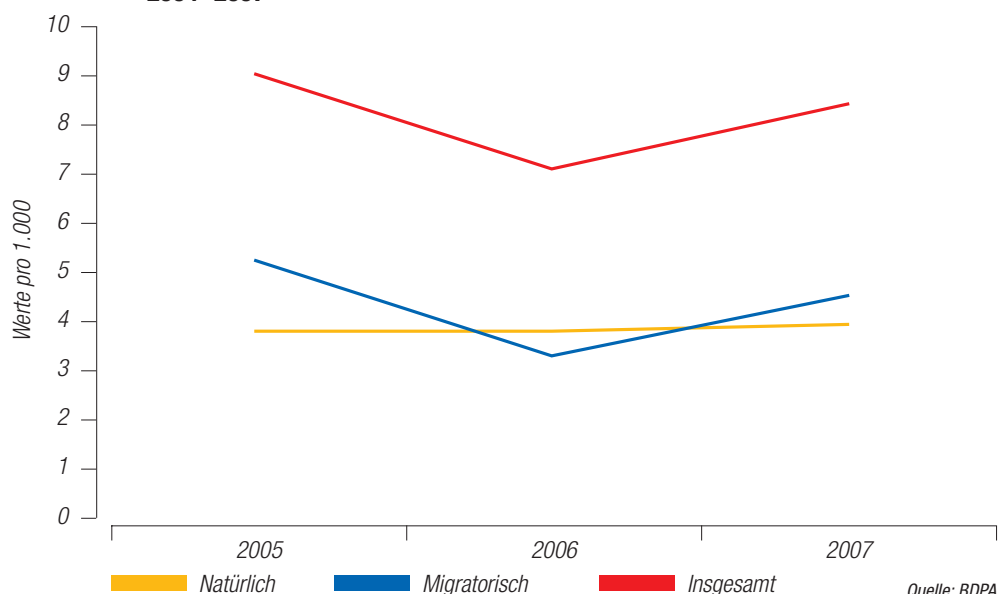


1.1.6. Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2007 wuchs die Bevölkerung um 8,4 Personen pro 1000 Einwohner an, womit die Daten über den gesamtstaatlichen Werten desselben Jahres liegen (6,7 ‰, ISTAT 2007). Allgemein fällt das Wachstum in den nördlichen Regionen (9,4 ‰ im Nordosten und 7,6 ‰ im Nordwesten) und in Mittelitalien (9,0 ‰) hoch aus, während es auf den Inseln (2,2 ‰) geringer und im Süden negativ ist (−2,5 ‰).

Der Bevölkerungszuwachs ist zum größten Teil auf den Migrationssaldo zurückzuführen, der sich in Südtirol auf 4,5 ‰ beläuft und in Italien insgesamt auf 6,6 ‰ geschätzt wird. Nach einem seit 1992 andauernden Zeitraum, in dem mehr Todesfälle als Geburten verzeichnet wurden, fällt der natürliche Saldo auf gesamtstaatlicher Ebene für das zweite Jahr in Folge positiv aus (+ 0,1 ‰). Südtirol verzeichnet weiterhin einen der höchsten natürlichen Wachstumssalden.

Abbildung 13: Wachstumsrate der Wohnbevölkerung nach Komponente. Südtirol – Jahre 2004–2007



1.2. ARBEIT, WIRTSCHAFT UND KONSUMAUSGABEN

1.2.1. Beschäftigung

Die angeführten Daten sind das Ergebnis der vom ASTAT vierteljährlich durchgeführten Stichprobenerhebung über die Arbeitskräfte und fassen den durchschnittlichen Jahresverlauf zusammen.

Die Arbeitskräfte, die sich aus den Beschäftigten und den Beschäftigungssuchenden zusammensetzen, stellen den Teil der Bevölkerung dar, der als voll oder teilweise erwerbsfähig bezeichnet werden kann. Die Zahl der Arbeitskräfte wird für das Jahr 2007 auf 233.700 geschätzt und stieg in den letzten zehn Jahren um über 20.000 an.

BESCHÄFTIGUNGSRATE

Die Beschäftigungsrate zeigt, dass 69,8 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren beschäftigt sind (79,5 % der Männer und 59,8 % der Frauen), auf gesamtstaatlicher Ebene sind es nur 58,7 %. Die Beschäftigungslage im Land übertraf in Bezug auf die Männer das für 2010 festgelegte europäische Ziel von 70 % und liegt für die Frauen nah am Ziel von 60 %. Von den 229.500 Beschäftigten sind 58,1 % Männer. 70,0 % der Erwerbstätigen sind im Dienstleistungssektor tätig, 23,1 % im produzierenden Gewerbe und 6,9 % in der Landwirtschaft. Im Dienstleistungssektor überwiegen die Frauen (51,7 % der Beschäftigten), während im produzierenden Gewerbe und in der Landwirtschaft vorwiegend Männer arbeiten (85,3 % bzw. 67,7 %). Die abhängigen Arbeitnehmer machen 74,0 % der Beschäftigten aus.

In den letzten fünf Jahren ging die Zahl der in der Landwirtschaft Beschäftigten um 39,0 % und jene der im produzierenden Gewerbe Tätigen um 5,4 % zurück, während die Zahl der im Dienstleistungssektor Arbeitenden um 13,4 % zugenommen hat.

Die Teilzeitbeschäftigten haben einen Anteil von 18,7 % der Beschäftigten. Unter den Vollzeitbeschäftigten überwiegen die Männer (67,9 %), unter den Teilzeitbeschäftigten die Frauen (84,4 %).

ERWERBSQUOTE

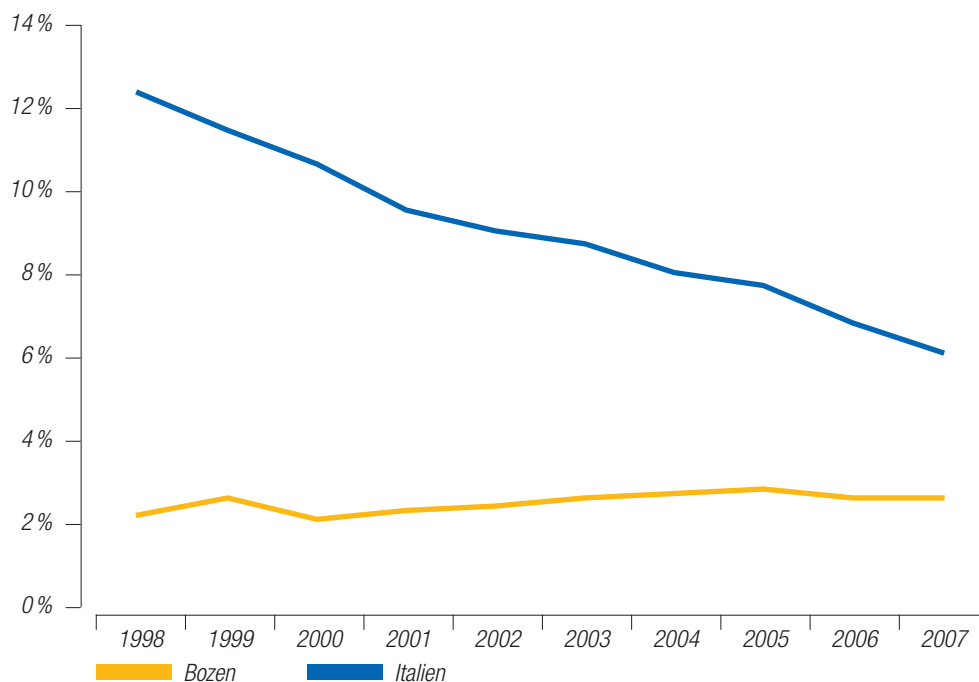
Die Erwerbsquote (ausgedrückt als Anteil der Arbeitskräfte an der Bevölkerung im Alter von 15–64 Jahren) hielt sich in den letzten fünf Jahren insgesamt immer über 70 % (71,7 % im Jahr 2007), entspricht dem europäischen Durchschnitt von 70,2 % (ISTAT 2006) und liegt konstant über dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (62,5 %, ISTAT 2007).

Bei den Männern ist die Rate stabil, bei den Frauen nahm sie leicht zu (von 60,6 % im Jahr 2002 auf 61,9 % im Jahr 2007).

ARBEITSLOSENRATE

Die für das Jahr 2007 erfasste Arbeitslosenrate von 2,6 % ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert und hält sich auf jeden Fall in normalen Grenzen. Seit 1998 ist die gesamtstaatliche Arbeitslosenrate konstant rückläufig (6,1 % im Jahr 2007). Mit Werten von 3,5 % oder darunter werden die niedrigsten Arbeitslosenraten unter den Ländern der Europäischen Union in den Niederlanden, Dänemark und Luxemburg verzeichnet (ISTAT, 2006).

Abbildung 14: Arbeitslosenrate, Südtirol und Italien. Jahre 1998–2007



Quelle: ISTAT, ASTAT

1.2.2. Bruttoinlandsprodukt und Einkommen

Das Endergebnis der Produktionstätigkeiten seitens der ansässigen Produktionseinheiten bildet das Bruttoinlandsprodukt (BIP), das im Allgemeinen als einer der bedeutendsten Maßstäbe für Reichtum und Wohlbefinden eines Lands betrachtet wird, ebenso wie das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt als Indikator für den individuellen Reichtum gilt. Beim BIP werden nur Geldtransaktionen berücksichtigt, während relevante Aspekte des Wirtschafts- und Soziallebens außer Acht gelassen werden.

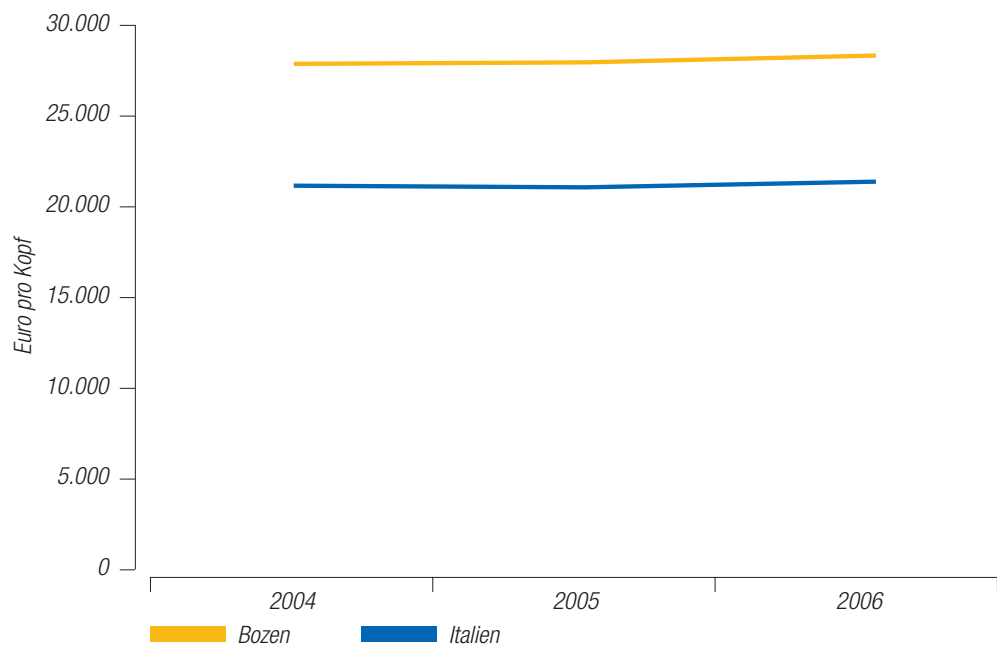
Im Jahr 2007 stieg das Bruttoinlandsprodukt pro italienischem Einwohner im Vergleich zum Vorjahr um 1,5 Prozent. Seit dem Jahr 2000 liegt die Wachstumsrate Italiens unter dem europäischen Durchschnitt. Die regionalen Unterschiede sind weiterhin hoch, und die Differenz zwischen Süditalien und Mittel-/Norditalien ist weiterhin nahezu unverändert.

Das BIP pro Kopf der Landesbevölkerung (28.202 Euro im Jahr 2006) hält sich konstant über dem gesamtstaatlichen Wert (21.238 Euro), wobei Südtirol zusammen mit der Lombardei und dem Aostatal weiterhin italienweit auf den vordersten Plätzen rangiert.

2005 bezogen 50 % der italienischen Familien ein Nettoeinkommen unter 22.460 Euro (zirka 1.872 Euro pro Monat), während das durchschnittliche Jahreseinkommen 27.736 Euro beträgt, mit einer Konzentration von 0,321 nach dem Gini-Index.

Das durchschnittliche Jahreseinkommen in Südtirol beläuft sich im Jahr 2005 auf 32.008 Euro, wobei 50 % der Familien die Schwelle von 27.082 Euro nicht überschreiten. Der Konzentrationsindex nach Gini (Null bei gleicher Verteilung und 1, wenn das Einkommen vollständig auf nur eine Einheit konzentriert ist) beläuft sich auf 0,267. Dies zeigt eine höhere Verteilung des Einkommens im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt (gleich 0,321). Geringe Konzentrationsindizes sind in der Europäischen Union in Schweden, Dänemark, Slowenien und Bulgarien (0,24), der Tschechischen Republik und Österreich (0,25), Finnland und den Niederlanden (0,26) zu verzeichnen. Am ungünstigsten sieht es in Lettland (0,39), Portugal (0,38), Litauen (0,35) und Griechenland (0,34) aus.

Abbildung 15: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf bei konstanten Preisen 2000. Südtirol und Italien – Jahre 2004–2006



1.2.3. Konsumausgaben der privaten Haushalte und Armut

Die durchschnittlichen Monatsausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2007 auf 2.480 Euro mit einem Anstieg von 19 Euro im Vergleich zum Vorjahr (+0,8 %). Bei einer durchschnittlichen Inflationsrate von 1,8 % im selben Jahr ist somit in Wirklichkeit ein Rückgang der Ausgaben festzustellen. In Südtirol betrugen die durchschnittlichen Monatsausgaben im Jahr 2007 2.866 Euro (+15,6 % gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert).

Die Landeskonsumausgaben erreichten 2005 mit 3.228 Euro den Höchstwert und waren dann in den darauffolgenden Jahren rückläufig, und zwar um 1,4 % im Jahr 2007 (vor Abzug der Inflation) gegenüber 2006 (–40 Euro). Südtirol gehört hinter dem Veneto und der Lombardei zu den Regionen mit den höchsten durchschnittlichen Ausgaben der privaten Haushalte. Mit 27,2 % der Gesamtausgaben bilden die Ausgaben für die Unterkunft (einschließlich Miete sowie Kondominiumsspesen und Kosten für die ordentliche und außerordentliche Instandhaltung) den Löwenanteil der Ausgaben der privaten Haushalte (26,7 % auf gesamtstaatlicher Ebene). Sonstige wichtige Elemente sind Lebensmittel und Getränke (15,0 % in Südtirol, 18,8 % in Italien) sowie Transport (14,2 % in Südtirol, 14,7 % in Italien). Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich beliefen sich im Jahr 2007 auf gesamtstaatlicher Ebene auf 4,0 %, auf lokaler Ebene auf 3,3 % (vor Abzug der Beiträge für den Gesundheitsdienst).

Anhand einer ISTAT-Studie über die Konsumausgaben der privaten Haushalte wird die Armutsschwelle berechnet, die auf konventionelle Art und Weise das Ausgabeniveau festlegt, unter dem eine Familie in relativer Hinsicht als arm bezeichnet wird. 2006 betrug die Anzahl der armen Individuen 7.537.000. Das entspricht 12,9 % der Bevölkerung und 11,1 % der Familien. Die Anzahl der Armen in Südtirol belief sich 2006 auf 40.675 (8,5 % der Bevölkerung). 7,1 % der privaten Haushalte in Südtirol leben unter der Armutsschwelle, im nahen Trentino sind es 5,3 %.

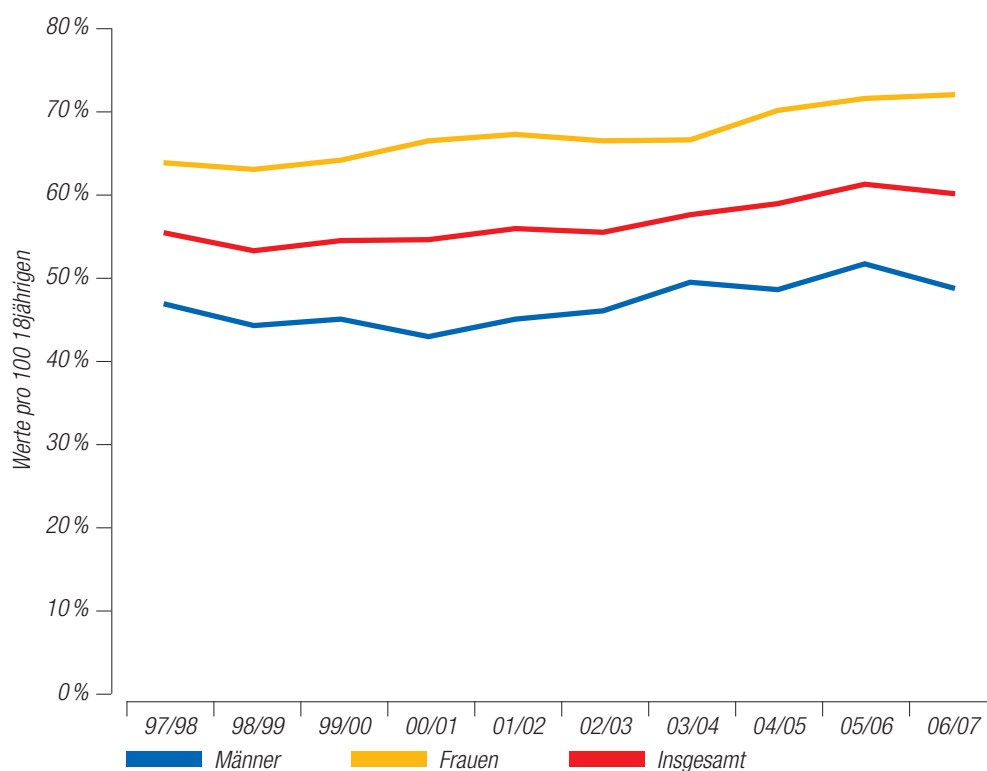
1.3. BILDUNG

Im Schuljahr 2007/08 sind 15.135 Kinder in den Landeskindergärten eingeschrieben. Dies entspricht 94,4 % der Bevölkerung im Alter von drei bis fünf Jahren. Im Schuljahr 2006/07 absolvierten 5.604 Schüler die Grundschule (99,7 % der Geprüften) und 5.395 die Mittelschule (96,9 % der Geprüften). Im Jahr 2007 geben 52,6 % der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren an als höchsten Studientitel die Mittelschule absolviert zu haben (ISTAT, 2007). Im Vergleich zum Jahr 2004 ist dieser Wert rückläufig (–5,5 %), liegt aber über dem gesamtstaatlichen Wert (48,2 %). Italien ist auf europäischer Ebene eines der Schlusslichter hinsichtlich dieses Indikators und platziert sich lediglich vor Malta, Portugal und Spanien. 74,2 % der Schüler besuchen nach der Mittelschule eine Oberschule (–2,1 % im Vergleich zum Schuljahr 2005/06).

Ebenfalls im Schuljahr 2006/07 absolvierten 3.380 Schüler die Oberschule (98,4 % der Geprüften). Von den Achtzehnjährigen besitzen 71,5 % der Frauen und 59,7 % der Männer einen Oberschulabschluss. 8,7 % der Schüler verließen im Schuljahr 2005/06 die Oberschule am Ende des ersten Schuljahrs (der gesamtstaatliche Durchschnitt beläuft sich auf 11,1 %).

Südtirol liegt im Hinblick auf den Anteil der Immatrikulationen an gesamtstaatlichen Universitäten in Italien auf den letzten Plätzen, lediglich vor dem Friaul-Julisch Venetien und den Marken. Bei den 19- bis 25-Jährigen sind 5,4 % der Südtiroler im Studienjahr 2005/06 an einer Universität eingeschrieben. Der gesamtstaatliche Wert beläuft sich auf 41,4 %.

Abbildung 16: **Oberschulabschlussrate nach Geschlecht. Südtirol – Schuljahre 1997/98–2006/07**



Quelle: ISTAT, ASTAT

1.4. SCHWANGERSCHAFT UND FAMILIENPLANUNG

1.4.1. Familienstand

FAMILIENSTAND

Die Daten der Geburtshilfebescheinigung besagen, dass 58,0 % der in Südtirol entbindenden Frauen verheiratet sind, 40,2 % ledig, 1,7 % getrennt oder geschieden und 0,1 % verwitwet. Vergleicht man die Daten über den Familienstand mit den gesamtstaatlichen Werten (80,1 % verheiratete Frauen im Jahr 2005 in Italien), ergibt sich, dass immer mehr Südtirolerinnen Kinder außerehelich gebären: Diese Entscheidung kann zu einer höheren Fragilität der Familie im Vergleich zu einer ehelichen Situation führen und verbreitet sich also dort verstärkt, wo die Frauen wirtschaftlich unabhängiger sind.

Tabelle 2: Verteilung in Prozent der Mütter nach Familienstand – Jahr 2007

	Familienstand		
	Unverheiratet	Verheiratet	Getrennt, geschieden, verwitwet
Bozen	40,2	58,0	1,8
Italien (2005)	17,7	80,1	2,2

Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP, Gesundheitsministerium

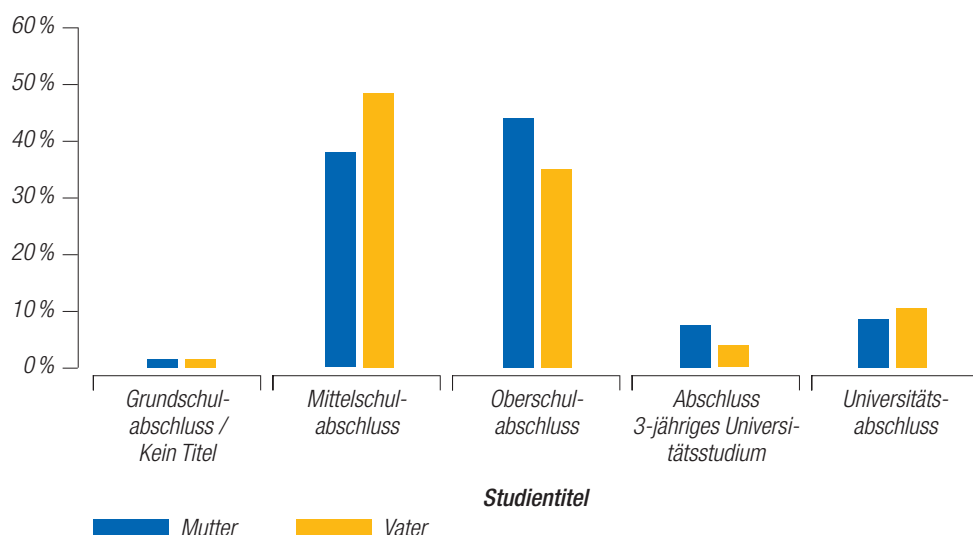
1.4.2. Bildungsgrad und Beschäftigungslage

BILDUNGSGRAD

Der Bildungsgrad der Mütter kann sowohl den Zugang zu den Diensten als auch die Art der Versorgung des Fötus und des Neugeborenen beeinflussen und spielt damit eine ausschlaggebende Rolle: Es ist ein international anerkannter, wichtiger Faktor der schwierigen Lebenslagen, nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht.

Den Daten der Geburtshilfebescheinigung zufolge besitzen 39,6 % der Mütter, die an Südtiroler Geburtsstellen entbunden haben, einen Bildungsgrad gleich oder unter dem Mittelschulabschluss, 44,3 % besitzen ein Oberschuldiplom, 16,1 % einen Universitätsabschluss nach einem fünf- oder dreijährigen Studium. Der Bildungsgrad der Väter ist dagegen im Allgemeinen niedriger: 50,3 % haben einen Studientitel gleich oder unter dem Mittelschulabschluss (jeder zweite Mann hat somit einen mittleren bis geringen Bildungsgrad).

Abbildung 17: Verteilung in Prozent der Eltern nach Bildungsgrad – Jahr 2007



Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP

Aus dem CedAP-Bericht geht hervor, dass 73,7 % der Mütter, die ihr Kind im Jahr 2007 in Südtirol zur Welt brachten, eine Arbeit hatten (20,3 % sind in der öffentlichen Verwaltung angestellt, 13,8 % sind im Handel/Tourismus tätig), während 20,6 % Hausfrauen und 2,1 % arbeitslos sind. 97,0 % der Väter sind erwerbstätig. Die Zahl der von arbeitslosen Eltern oder Eltern auf der Suche nach Erstanstellung oder Studenten Geborenen beläuft sich auf 131 (2,3 %).

Tabelle 3: Verteilung in Prozent der Eltern nach Beschäftigungslage – Jahr 2007

	Beschäftigungslage	
	Mutter	Vater
Beschäftigt	73,7	97,0
Arbeitslos	2,1	0,6
Auf der Suche nach Erstanstellung	0,1	0,0
Student/in	1,3	0,2
Hausfrau	20,6	0,1
Sonstige Lage	2,2	2,1

Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP

1.4.3. Schwangerschaft

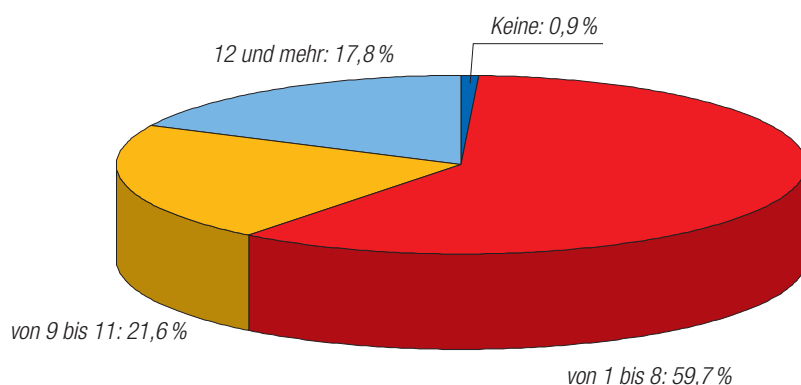
Die Geburtshilfebescheinigung lässt Informationen über Visiten und Instrumentaluntersuchungen im Laufe der Schwangerschaft erfassen.

Die durchschnittliche Anzahl der Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft betrug im Jahr 2007 6,7. Die Weltgesundheitsorganisation unterbreitet hierzu ein Versorgungsmodell, das für wenig risikobehaftete Schwangerschaften durchschnittlich 4 Schwangerschaftsvisiten vorsieht. 59,7 % der Mütter nahmen die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche vor, also sehr früh.

KONTROLL-
UNTERSUCHUNGEN

35

Abbildung 18: Zeitpunkt (in Wochen) der ersten Schwangerschaftsvisite – Jahr 2007



Quelle: Sanitätsbetriebe – CEDAP

Das Ultraschallverfahren ist die gebräuchlichste Technik zur Untersuchung des Fötus; im Jahr 2007 ließ in Südtirol jede Frau durchschnittlich 4,4 Ultraschalluntersuchungen vornehmen, in Übereinstimmung mit dem vom Gesundheitsministerium empfohlenen Wert von 3. Allgemein werden während der Schwangerschaft jedoch mehr Diagnostiken vorgenommen, als es die auf wissenschaftliche Nachweise der Wirksamkeit gestützten internationalen Empfehlungen vorschreiben. Dies weist auf eine übermäßige Medikalisierung während der Schwangerschaft und auf unzureichend differenzierte Protokolle zwischen

ART DER ENTBINDUNG

ANTEILE AN
KAISERSCHNITTEN
NTSV

physiologischen Schwangerschaften und Risikoschwangerschaften hin, mit folgender möglicher Umwandlung der Schwangerschaft und Geburt von natürlichen Ereignissen in pathologische Situationen.

Die Zahl der Frauen, die im Jahr 2007 in Südtirol entbunden haben und mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen, beträgt 630 (11,1 %). 4,6 % ließen eine Amniozentese vornehmen, 2,7 % eine Chorionbiopsie. Im Vergleich zu den gesamtstaatlichen Werten unterzogen sich anteilmäßig jedoch nur wenige Südtirolerinnen einer Amniozentese (16,1 % auf Staatsebene im Jahr 2005). Bei den Frauen im Alter über 35 Jahren (Risikofaktor, aufgrund dessen der Eingriff angeboten wird) ist eine invasive Pränataldiagnostik in 24,0 % der Fälle zu beobachten.

Tabelle 4: Verteilung der Geburten nach Pränataldiagnostik und Alter der Mutter – Jahr 2007

Alter	Pränataldiagnostik							
	Amniozentese		Chorionbiopsie		Fetoskopie / Chordozentese		Mindestens eine Diagnostik	
	%		%		%		%	
Frauen < 35 Jahre	58	1,4	25	0,6	168	4,2	244	6,0
Frauen ≥ 35 Jahre	202	12,5	128	7,9	78	4,8	386	24,0
Insgesamt	260	4,6	153	2,7	246	4,3	630	11,1

Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP

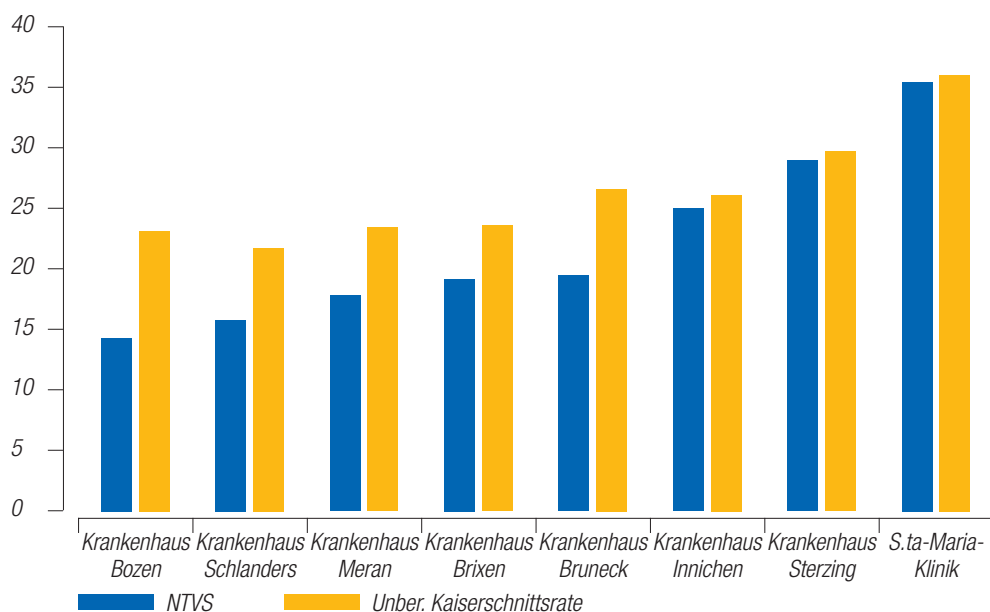
1.4.4. Entbindung

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung ergibt sich, dass 69,1 % der Entbindungen 2007 vaginal und 6,1 % operativ-vaginal (Saugglocke oder Geburtszange) erfolgten. Auf gesamtstaatlicher Ebene bestätigen die Anteile an Kaiserschnitten die Tendenz der Vorjahre und somit eine übermäßige Inanspruchnahme der chirurgischen Entbindung. In Südtirol ist der Prozentsatz an Kaiserschnitten leicht rückläufig (von 25,5 % im Jahr 2006 auf 24,8 % im Jahr 2007). Damit liegt der Anteil in Südtirol unter den gesamtstaatlichen Werten (37,3 % im Jahr 2005) und bringt sowohl geringere Todesrisiken für die Mutter als auch wirtschaftliche Vorteile für die öffentlichen Dienste aufgrund des hohen finanziellen Aufwandes des chirurgischen Eingriffs mit sich.

Möglich ist auch die Berechnung des bereinigten Anteils an Kaiserschnitten¹ NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): Es handelt sich um einen Indikator, der die Zweckmäßigkeit der Art der Entbindung misst und Verhaltensweisen der Ärzte im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Kaiserschnitten verdeutlicht. Die Berechnung des Anteils wird von Faktoren bereinigt, die die Inanspruchnahme des Kaiserschnittes erhöhen können (berücksichtigt werden ausschließlich Frauen bei ihrer ersten Geburt ohne Zwillinge mit einem Kind in der Position Kopf voran und abgeschlossener Schwangerschaftszeit, deren Befruchtung nicht künstlich erfolgte). Die von der WHO empfohlenen Werte für die Kaiserschnitte betragen 15 % und können ebenfalls für den bereinigten Anteil angewandt werden (der aufgrund der Bereinigung von den Risikofaktoren immer unter dem nicht bereinigten Anteil liegt). In Südtirol beträgt der bereinigte Anteil an Kaiserschnitten insgesamt 19,3 % und ist im Vergleich zum Vorjahr (21,8 %) rückläufig.

Bei den einzelnen Geburtsstellen in Südtirol sind jedoch unterschiedliche Entwicklungstrends zu verzeichnen: Die bereinigten Anteile an Kaiserschnitten variieren von 14,3 % (Krankenhaus Bozen) bis 35,4 % (Marienlinik).

¹ „La valutazione socio-sanitaria“ (Sozialgesundheitliche Bewertung), Region Toscana

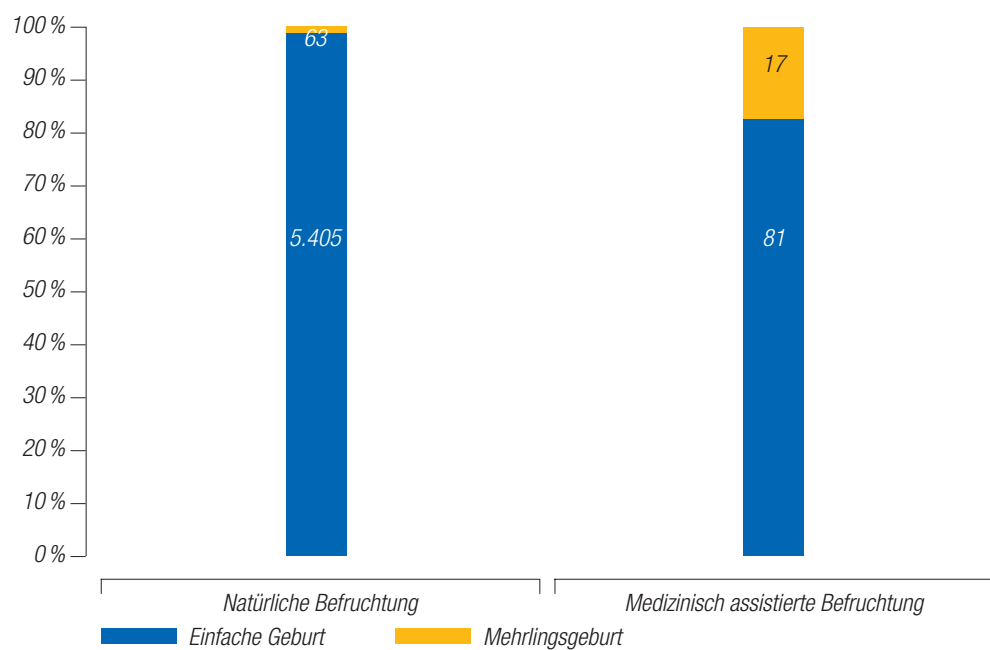
Abbildung 19: **Bereinigte Kaiserschnittsrate nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007**

Die Mehrlingsgeburten stellen 1,4 % aller Geburten dar (80 Zwillingsgeburten bei insgesamt 163 geborenen Kindern). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 17,3 %.

98 Frauen, was 1,8 % aller entbindenden Mütter ausmacht, haben 2007 auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen, gegenüber 0,9 % auf nationaler Ebene im Jahr 2005.

MEHRLINGSGEBURTEN

37

Abbildung 20: **Mehrlingsgeburten nach Art der Befruchtung – Jahr 2007**

**ANWESENHEIT VON
VERTRAUENSPERSONEN
IM KREISSAAL**

In 87,4 % der Fälle wohnte eine Vertrauensperson der Frau bei der Entbindung bei, die in 96,8 % der Fälle der Vater des Kindes war, in 2,5 % der Fälle ein Familienangehöriger und in den restlichen 0,7 % eine andere Vertrauensperson der Frau. Die Anwesenheit einer Vertrauensperson ist ein wichtiger Faktor des emotionalen Beistands. Frauen mit einer frühzeitigen und ständigen Unterstützung während der Entbindung, vor allem seitens Personen, die nicht zum Krankenteam gehören, greifen weniger häufig zur Analgesie.

1.4.5. Familienplanung

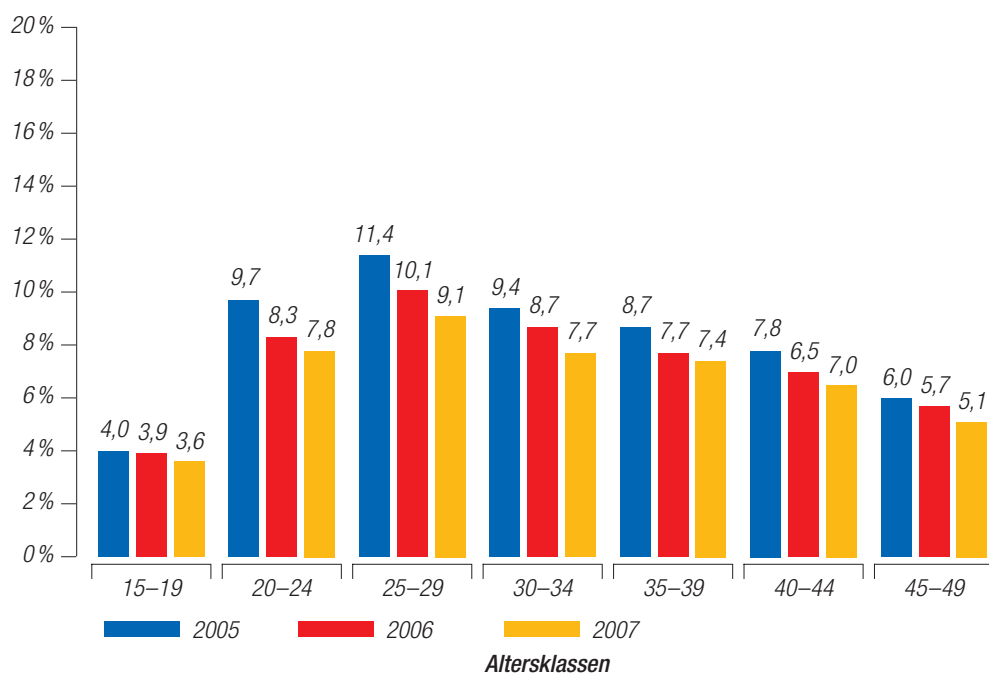
Für den demographischen und sozialen Bereich sind verstärkt Begründungen notwendig, die menschliche Verhaltensweisen in Bezug auf die derzeitigen gesellschaftlichen Prozesse – vor allem das Fortpflanzungsverhalten, das durch einen starken Geburtenrückgang in den entwickelten Ländern gekennzeichnet ist – erklären. In Europa erreicht die Gesamfruchtbarkeitsrate in keinem Land den für den Generationenerhalt erforderlichen Wert von 2,1 Kindern pro Frau, was bedeutende politische, wirtschaftliche und soziale Folgen mit sich bringt. Die erhöhte Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt, das vielfältige Angebot an Lebensentscheidungen, auch aufgrund von mehr Mitteln zur Geburtenkontrolle, wirken sicherlich als Bremse der Fruchtbarkeit, deren Rückgang jedoch nicht mit einem Verlust an Bedeutung und Rolle der Kinder im Leben der Eltern in Verbindung gebracht werden darf (hierzu gibt es einschlägige internationale Studien).

Mit der Einführung der Antibabypille in Italien oder besser mit deren Legalisierung im Jahr 1975 und den nachfolgenden Initiativen zur legalisierten Einführung der Abtreibung wurde eine große Aufklärungsarbeit über die Verhütungsmittel geleistet. Der Geburtenrückgang und die gleichzeitig geringere Abtreibungsrate können zum Teil durch einen höheren Einsatz von Verhütungsmitteln erklärt werden. Junge Mädchen sind oft nur spärlich informiert und verhüten nicht in Sicherheit, während die Frauen im mittleren Alter, die bereits eine Schwangerschaft hinter sich haben oder eine anspruchsvollen und verantwortungsvollen Arbeit ausüben, oft auf sehr sichere Arten der Verhütung zurückgreifen (Pille, Spirale oder, nach einem gewissen Alter und einer bestimmten Anzahl von Kindern, Sterilisation).

In Bezug auf die vom NGD erlaubten oralen Kontrazeptiva betrug der Anteil der Südtirolerinnen im fruchtbaren Alter, welche die Pille verwendeten, 2007 6,8 % bei insgesamt rund 75.000 Packungen. Der höchste Prozentsatz fällt dabei in die Altersklasse 25 bis 29 Jahre.

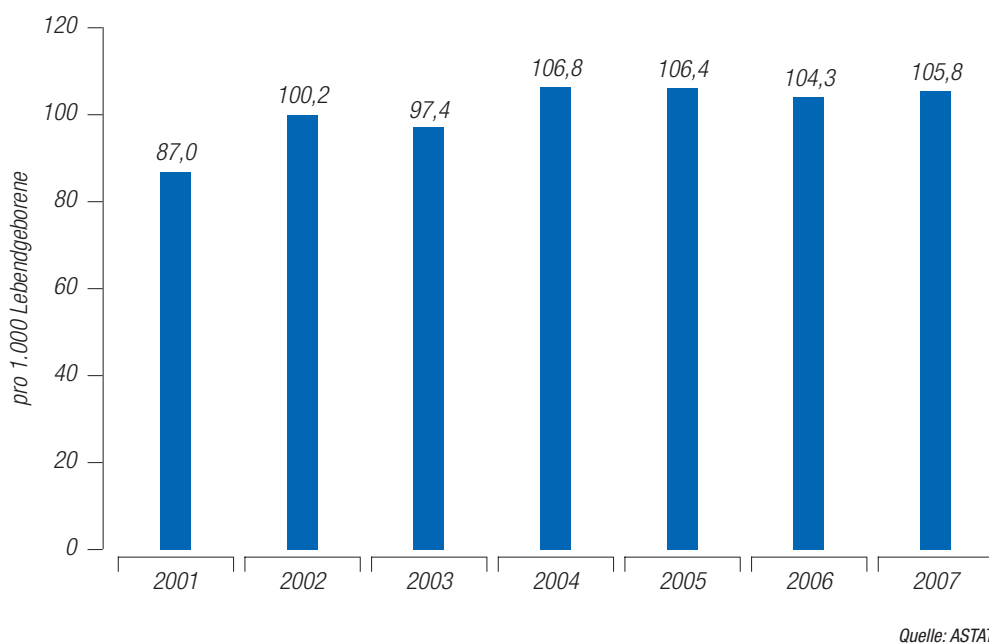
Dieser Wert ist in den letzten Jahren ständig rückläufig, müsste jedoch mit den Verkaufszahlen der oralen Kontrazeptiva verglichen werden, die nicht vom NGD getragen werden. Mit der verminderten Verwendung von oralen Kontrazeptiva geht jedoch kein Anstieg der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche einher, die in den letzten Jahren nahezu konstant blieben.

Abbildung 21: **Prozentsatz der Südtirolerinnen, die orale Kontrazeptiva verwenden – Jahre 2005–2007**



Ein Vergleich der Jahre 2001 und 2007 ergibt für Südtirol einen Anstieg der freiwilligen Abtreibungsrate um 21,6 % (von 87 auf 105,8 pro 1.000 Lebendgeborene), wenngleich diese Werte immer noch weit unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegen.

Abbildung 22: **Freiwilliger Schwangerschaftsabbruch – Südtirol – Jahre 2001–2007**



**FREIWILLIGER
SCHWANGERSCHAFTS-
ABBRUCH**

3,6% der Frauen, die 2007 ein Kind zur Welt brachten, haben bereits mindestens einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch hinter sich: Für 84,3% davon war es ein einziger Abbruch, für 10,8% waren es zwei Abbrüche und für die restlichen 2,2% drei oder mehr Abbrüche vor der letzten Entbindung.

Tabella 5: **Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche vor der letzten Entbindung nach Alter der Mutter – Jahr 2007**

Alter	Anzahl der freiw. Schwangerschaftsabbrüche			
	1	2	3	3+
Frauen < 35 Jahre	105	15	0	2
Frauen ≥ 35 Jahre	67	7	5	3
Insgesamt	172	22	5	5

Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP

BIBLIOGRAPHIE

- ISTAT. 100 statistiche per il paese. Indicatori per conoscere e valutare. Anni 2005–2007.*
ISTAT. Indicatori demografici. Anno 2007. Statistiche in breve, 7/2/2008.
ASTAT. Ältere Menschen in Südtirol 2006. ASTATinfo Nr. 41/2007.
ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2006. Statistiche in breve. 1/7/2008.
ASTAT. Fruchtbarkeit in Südtirol 2006. ASTATinfo Nr. 47/2007.
ASTAT. Freiwillige Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten in Südtirol 2007. ASTATinfo Nr. 13/2008.
ASTAT. Sterbetafeln der Südtiroler Bevölkerung 2001–2005. ASTATinfo Nr. 7/2007.
ASTAT. Bevölkerungsentwicklung in Südtirol 2007. ASTATinfo Nr. 24/2008.
ISTAT. Rilevazione sulle forze di lavoro. Media 2007. Statistiche in breve 17/4/2008.
ASTAT. Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol 2003–2007. ASTATinfo n. 19/2008.
ISTAT. Contabilità nazionale. Conti economici nazionali. Anni 1995–2006.
ISTAT. I consumi delle famiglie. Anno 2007. Statistiche in breve 8/7/2008.
ASTAT. Schulen in Südtirol. Schuljahr 2006/07. ASTATtab Nr. 05/2007.
ASTAT. Südtirols Kindergärten im Schuljahr 2007/2008. ASTATinfo Nr. 02/2008.
ASTAT. Südtirols Grundschulen im Schuljahr 2007/08. ASTATinfo Nr. 17/2008.
ASTAT. Südtirols Mittelschulen im Schuljahr 2007/08. ASTATinfo Nr. 14/2008.
ASTAT. Südtirols Oberschulen im Schuljahr 2007/08. ASTATinfo Nr. 25/2008.
AIFA. Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005
ASTAT. Bevölkerungsentwicklung in Südtirol, 2007
EUROSTAT. <http://www.eurostat.com//>
Farma Annuario handbook 2008 – Puntoeffe
ISTAT. <http://demo.istat.it/>
Ministerium für Gesundheit. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008
Ministerium für Gesundheit. Certificato di assistenza al parto, Analisi dell'evento nascita, 2005
WHO (Abteilung Frauengesundheit), Gender and Health

2. GESUNDHEITSFAKTOREN

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 gemacht 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>
• Erbanlage • Geschlecht • Alter	• Wirtschaftliche Lage • Beschäftigungslage • Soziokulturelles Lebensumfeld	• Luft • Wasser und Lebensmittel • Wohngebiet • Wohnung	• Tabakkonsum • Ernährung • Körperliche Bewegung • Drogen- und Medikamentenmissbrauch	• 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.

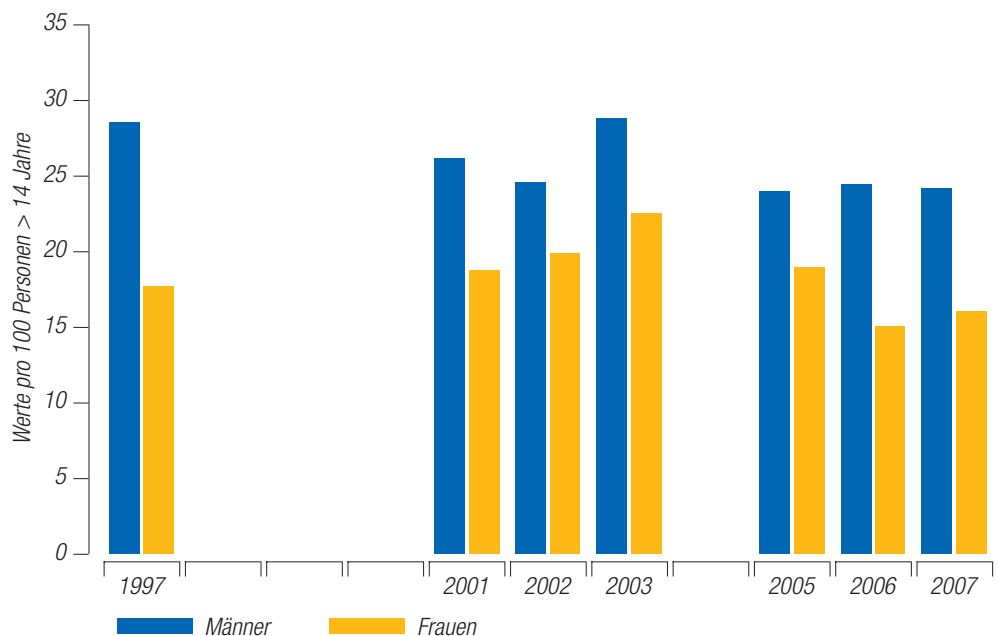
Im Unterschied zu anderen Faktoren ist Zigarettenrauchen ein theoretisch beseitigbarer Risikofaktor; die Effizienz einer Unterbrechung dieses schädlichen Verhaltens zur Verminderung der damit zusammenhängenden Risiken ist belegt und erwiesen.

**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**

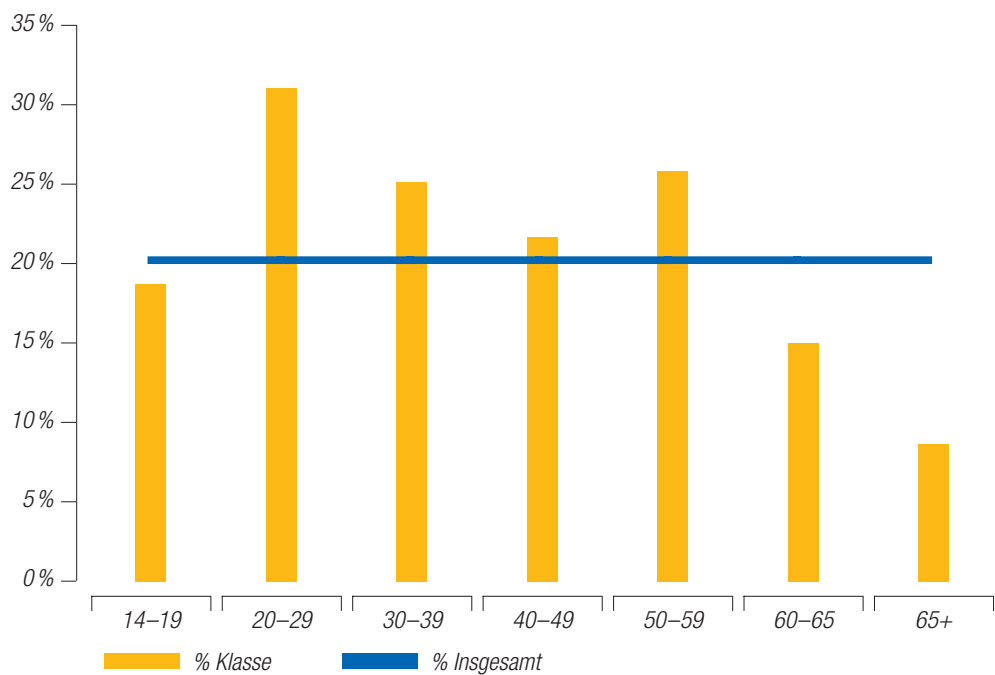


Die Rauchgewohnheit ist nicht gleichmäßig unter der Bevölkerung verteilt. Nach den Daten der vom ASTAT durchgeführten Mehrzweckerhebung, wird am häufigsten unter den Männern, in der Altersklasse zwischen 20 und 29 (30,9 % der Bevölkerung dieser Altersklasse) und unter den Personen mit mittlerem/niedrigem 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 ERNÄHRUNGSGEWÖHNHEITEN 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, Paprika- schoten, 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 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.

ÜBERGEWICHT UND FETTLLEIBIGKEIT

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.

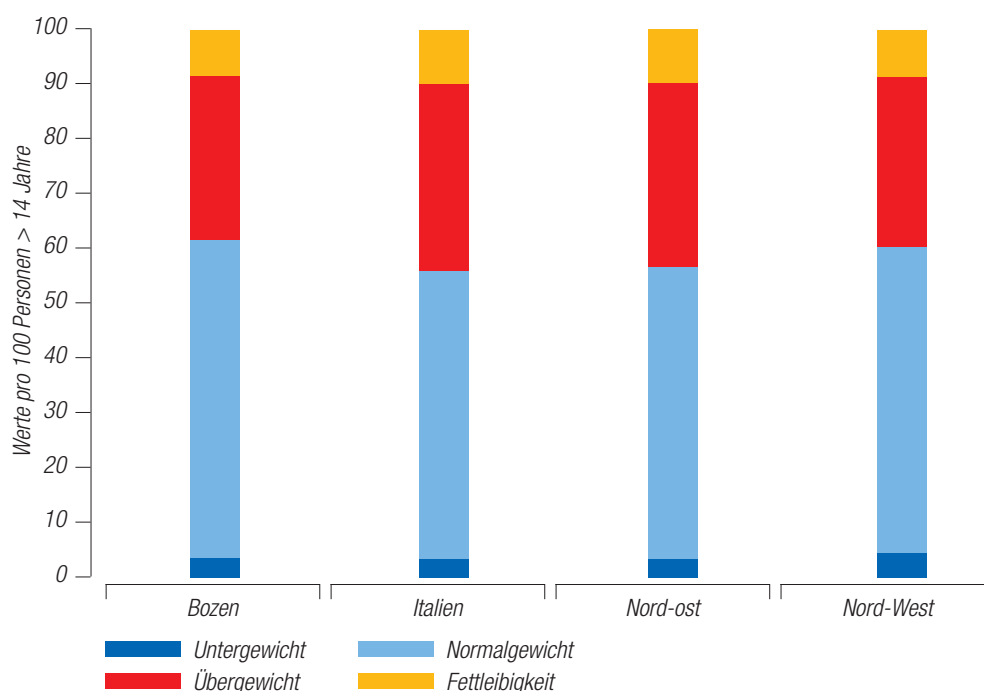
Übergewicht ist außerdem bei den Erwachsenen mit niedrigem Studientitel weiter verbreitet. Bei Personen, deren höchster Studientitel die Grundschule ist, beträgt der Anteil an Übergewichtigen 43,2%, bei den Hochschulabgängern 26,4%. 15,8% der Bevölkerung mit dem niedrigsten Studientitel ist fettleibig,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

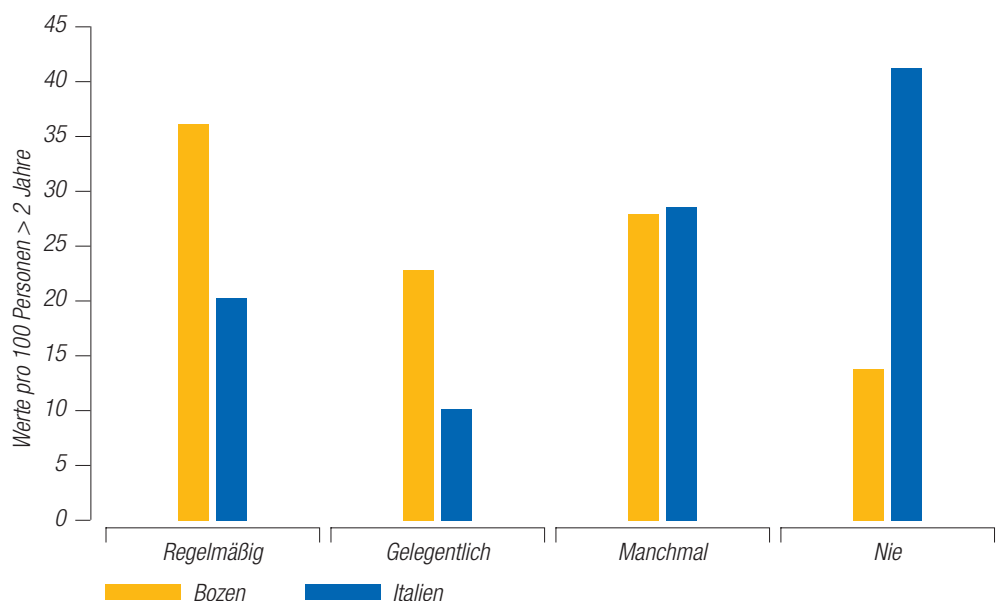
27,0% der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren betreiben fast täglich Sport.

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).

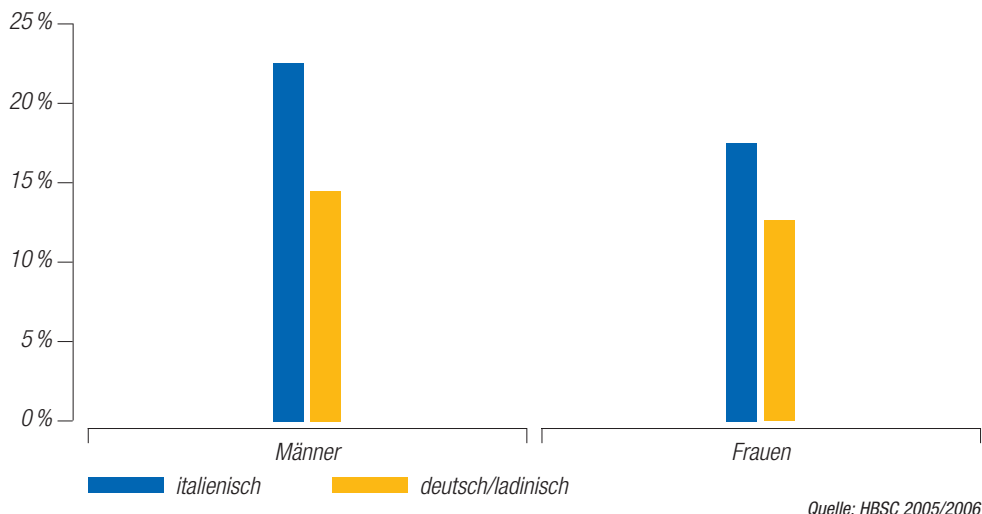
Die HBSC-Studie 2006/2007 bietet einen nützlichen Informationsbeitrag über den Konsum von illegalen Substanzen in Südtirol seitens der Fünfzehnjährigen.

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.

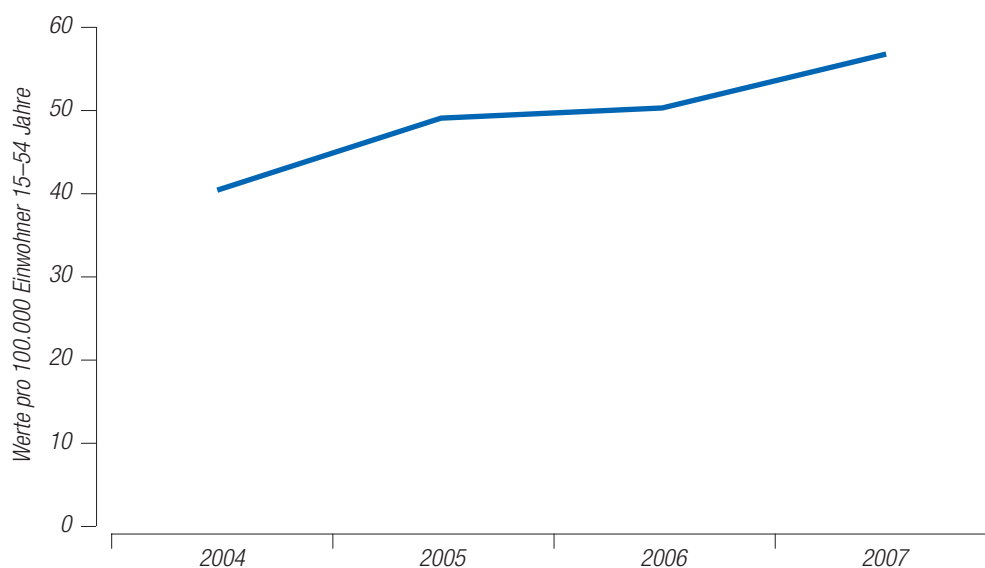
Die angeführten Daten beziehen sich auf die entlassenen Patienten, nicht auf die Entlassungen: ein Patient mit mehreren Entlassungen in einem Jahr für dieselbe Diagnose wurde nur einmal gerechnet.

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.

**DROGEN-ASSOZIIERTE
KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

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).

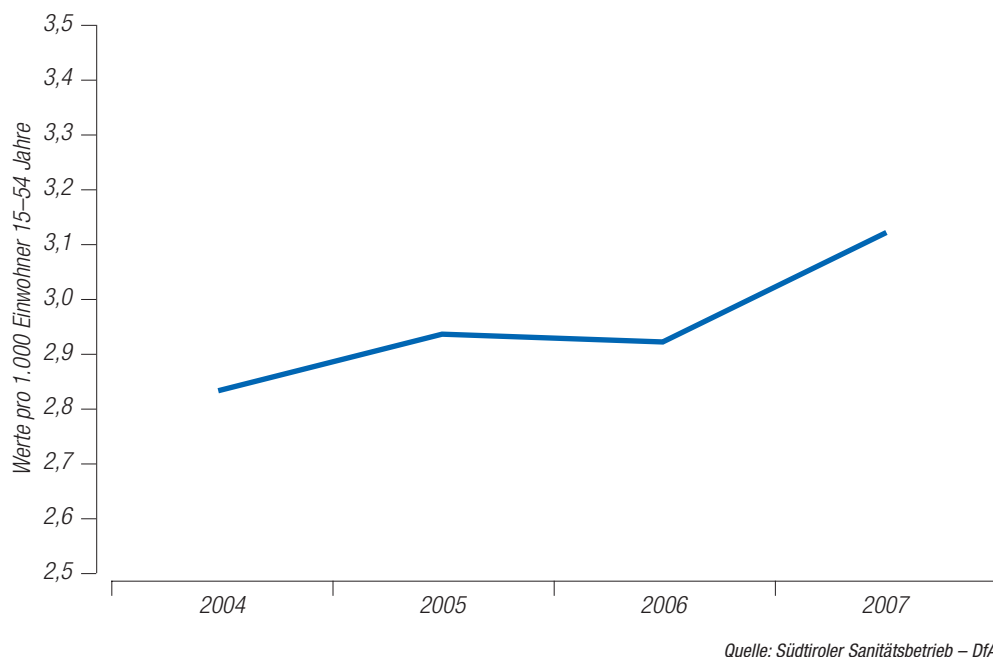
DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

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).

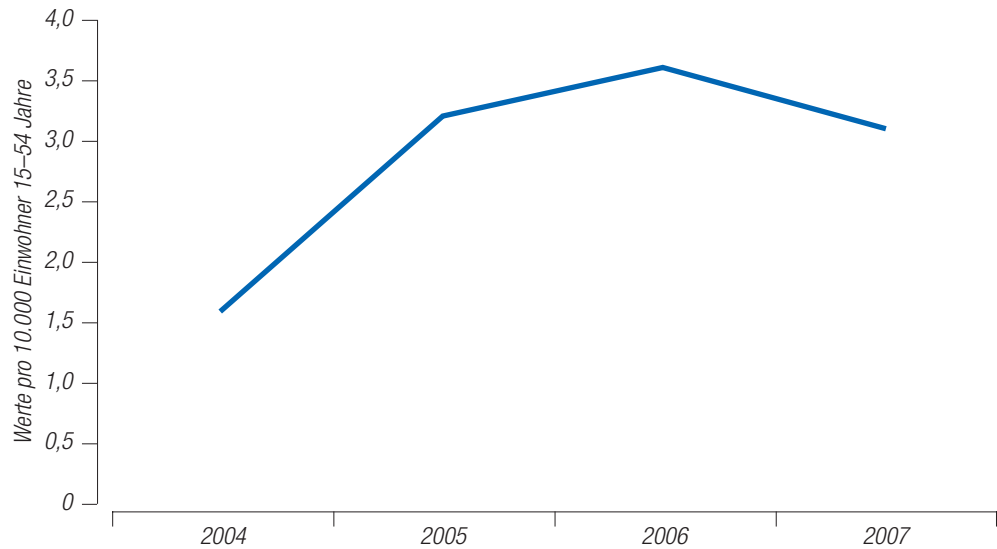
56,8% der Betreuten bis 24 Jahre konsumieren hauptsächlich Cannabis, ab 25 Jahren vorwiegend Heroin (60,8% zwischen 25 und 34 Jahren, 83,2% zwischen 35 und 44 Jahren, 83,8% ab 45 Jahren).

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 Präфекturen, 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.

NEUE PATIENTEN

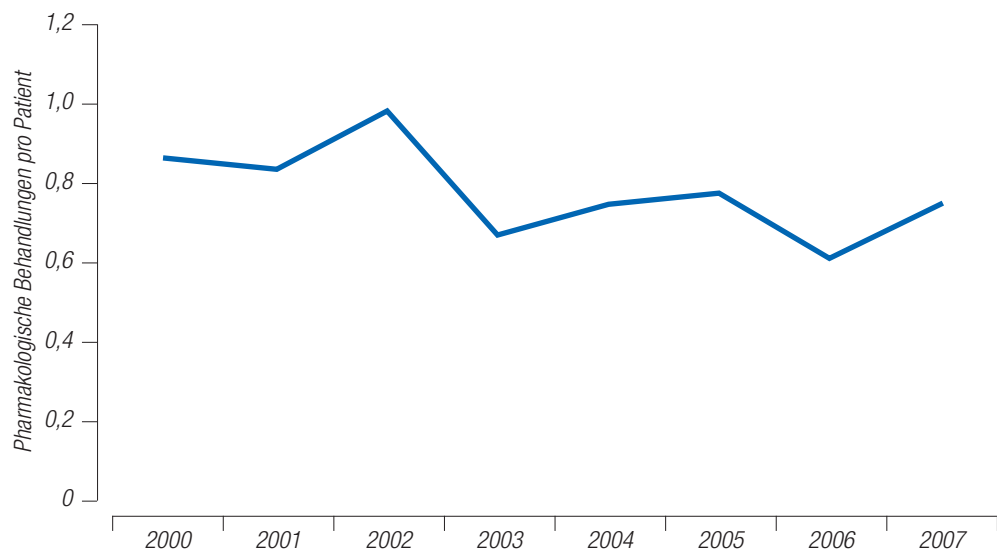
Abbildung 8: Neue von den DfA versorgte DA-Patienten – Jahre 2004–2007



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 vereinzelten 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.

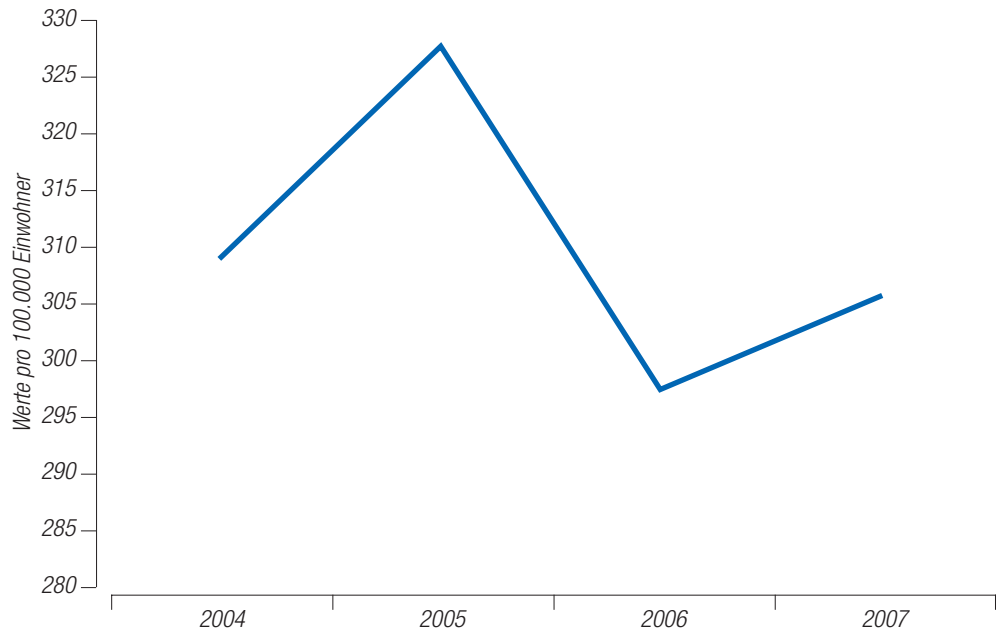
DER ALKOHOLKONSUM IN SÜDTIROL

ALKOHOL-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

ALKOHOL-ASSOZIIERTE STERBLICHKEIT

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

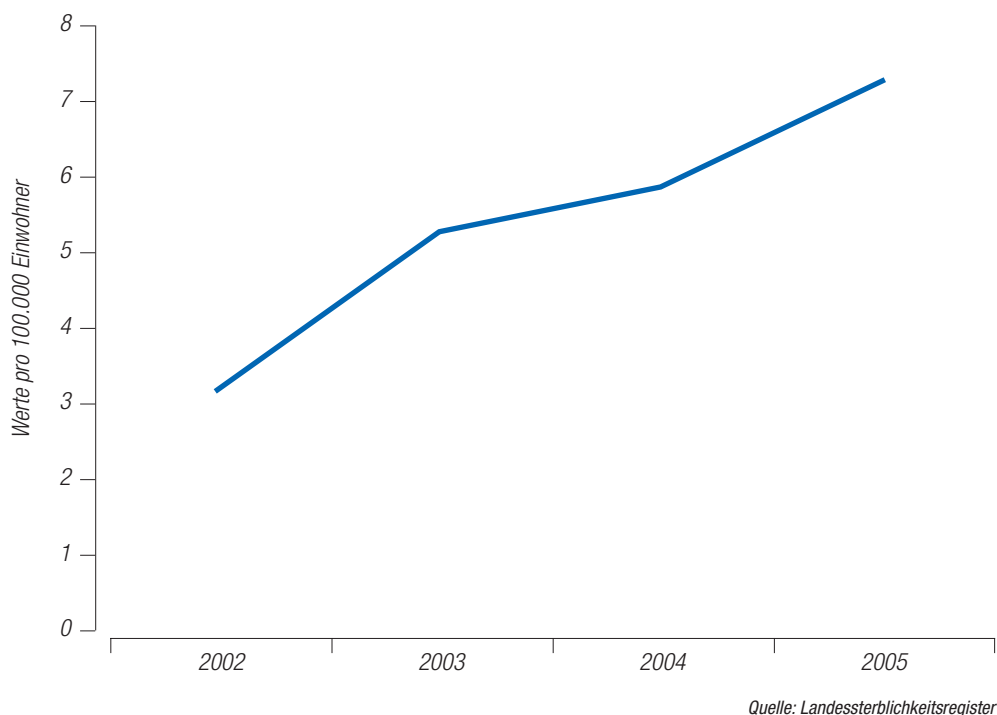
Schätzungen zufolge sterben in Italien aufgrund von Alkohol jährlich zwischen 15.000 und 22.000 Personen. Die durch einen unangemessenen Alkoholkonsum verursachten Schäden haben nicht nur direkte Auswirkungen, wie im Fall eines chronischen Missbrauchs (Alkoholpsychose, Leberzirrhose, einige Tumoren), 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 alkoholassozierten 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 alkoholassozierte 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.

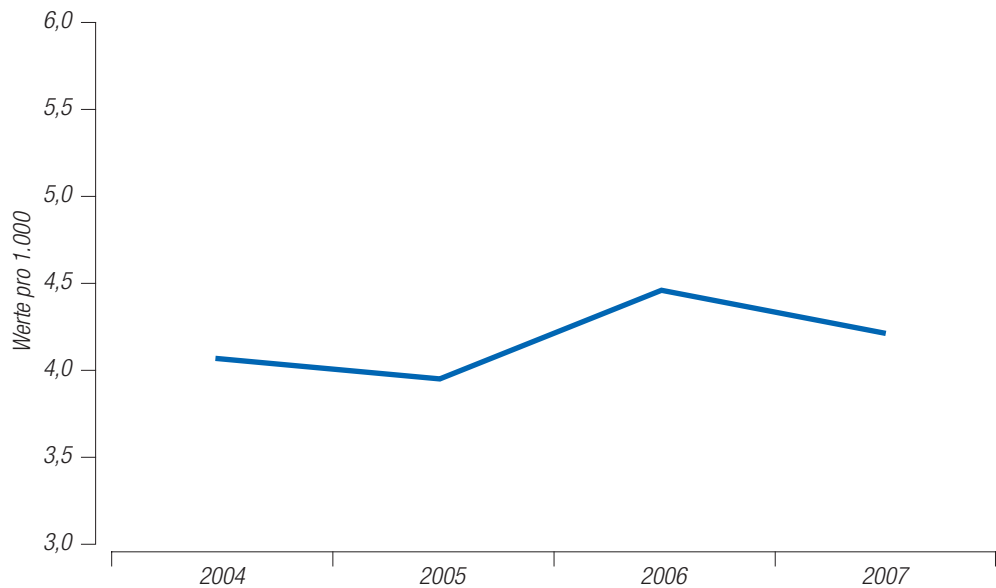
Insgesamt wurden im Laufe des Jahres von den Südtiroler Diensten für Abhängigkeitserkrankungen auf eigene Rechnung oder nach vertraglichen Regelungen 2.015 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, was einer Intervall-Prävalenzquote von 4,2 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht.

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 Vereinigten 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-Messungsserien 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 betrugen 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.

3. GESUNDHEITSZUSTAND

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheits- und sonstigen Dienstleistungen ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung, wie die Lebenserwartung bei der Geburt und die Kindersterblichkeitsrate, wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen:

die wahrgenommene Gesundheit, die Sterblichkeit nach Ursachen und vermeidbare Sterblichkeit, die Inzidenz von Neoplasien, die Verbreitung der Kreislauf-, Atemweg- und Infektionskrankheiten, die Verkehrs- und Arbeitsunfälle und die geistige Gesundheit.

121.584 Personen im Land leiden unter chronischen Erkrankungen.

13,7 % der Personen sind von Hypertonie betroffen, 15,8 % von einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

628 Personen wurden 2007 wegen akuten myokardischen Infarkts ins Krankenhaus eingewiesen.

Im Fünfjahreszeitraum 2000–2004 wurden in Südtirol im Durchschnitt pro Jahr 2.550 neue Fälle bösartiger Tumoren diagnostiziert, davon 1.429 (56 %) bei Männern und 1.121 (44 %) bei Frauen. Anhand der Inzidenzschätzungen im Zeitraum 2000–2004 werden für das Jahr 2007 1.612 neue Tumorfälle bei der männlichen Bevölkerung und 1.223 bei der weiblichen Bevölkerung geschätzt.

Wenn man Hautkarzinome ausschließt [ICD X: C44], beträgt die jährliche unbereinigte Inzidenzrate 578 Fälle pro 100.000 Männer und 444 Fälle pro 100.000 Frauen.

Am häufigsten kommen bei den Männern Prostata-Tumoren, Kolon-Rektum-Tumoren und Lungentumoren vor, bei den Frauen sind es Brusttumoren, Kolon-Rektum-Tumoren und Magentumoren.

Im Durchschnitt sterben pro Jahr 264 Männer pro 100.000 und 211 Frauen pro 100.000 an Tumoren. Für das Jahr 2007 wird somit eine Gesamtanzahl von 1.249 Todesfällen wegen Tumoren geschätzt, davon 697 Männer und 522 Frauen.

Die Prävalenz der chronischen Atemweg-Erkrankungen bei der Bevölkerung beläuft sich auf 31,1 Fälle pro 1.000.

In Südtirol werden 17.162 Diabetiker verzeichnet, was 3,4 % der Bevölkerung entspricht. 66 % der Diabetiker sind älter als 65 Jahre. 72 % der Diabetiker haben ein mögliches metabolisches Syndrom.

Die Windpocken waren die im Jahr 2007 am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit (584,2 Fälle pro 100.000 Einwohner).

Die Inzidenz der AIDS-Fälle betrug im Jahr 2007 2,3 pro 100.000.

In Südtirol leiden zirka 2.600 Patienten an einer seltenen Krankheit.

2007 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit 8.491 Personen mit psychiatrischen Problemen versorgt.

6.981 Patienten wurden in Südtirol von den psychologischen Diensten betreut.

Zu verzeichnen waren 2007 39 Selbstmorde, entsprechend einer Rate von 8,1 pro 100.000.

2007 wurden insgesamt 17.560 Arbeitsunfälle gemeldet, 17 davon mit tödlichem Ausgang.

3.1. MAPPING DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Für das Öffentliche Gesundheitswesen nehmen die Daten über die Anzahl der chronisch Kranken, über die Inanspruchnahme der Ressourcen, die Menge und Art der für die chronisch Kranken nötigen Leistungen und den Patientenbestand pro Basisarzt eine immer größere Bedeutung ein.

Die Informationen über die einzelnen chronischen Krankheiten sind nicht immer leicht aufzufinden, da es keine Ad-hoc-Informationsflüsse gibt. Andere Informationsflüsse (KEB, pharmazeutische und fachärztliche Tätigkeiten, ...), die zu Verwaltungszwecken eingeführt wurden und sich heute auch für epidemiologische und wirtschaftliche Zwecke geeignet erweisen, haben sich seit vielen Jahren jedoch konsolidiert. Eigentlich könnte man davon ausgehen, dass chronisch Kranke beim Gesundheitsbezirk um die krankheitsbezogene Ticket-Befreiung ansuchen würden; in Wirklichkeit ist die Datenbank der Ticket-Befreiungen aber nicht erschöpfend, wie es auch die Mapping-Studie der chronischen Krankheiten bestätigt, da ein chronisch Kranker oft, um nicht „etikettiert“ zu werden, die Ticket-Befreiung gar nicht oder zumindest nicht für alle chronischen Krankheiten verlangt. Somit ging man also dazu über, anhand spezieller Untersuchungen oder mithilfe der Datenbanken jene Patienten ausfindig zu machen, die aufgrund einer chronischen Krankheit häufiger und vor allem pharmakologische Behandlungen und/oder Krankenhausaufenthalte und/oder besondere fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Diese neue Studie ermöglichte es, über 50 % der chronischen Krankheiten zu erfassen, die andernfalls vielleicht nicht als solche erkannt worden wären.

Die Daten der Studie, die in diesem Gesundheitsbericht vorgestellt werden, sind nur ein geringer Teil der zahlreichen Projektergebnisse und beziehen sich auf das Jahr 2007. Aufgrund des Versuchscharakters des Projektes, in dem in den letzten Jahren sowohl Berechnungsänderungen zur Verbesserung der Datenqualität vorgenommen wurden als auch neue Informationsflüsse hinzugefügt wurden, können die aktuellen Daten nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

Das Projekt entstand 2004 und schätzungsweise sind Daten von mindestens 5 Jahren für die Stabilisierung der Prävalenzraten erforderlich, um die zeitlichen Trends analysieren zu können. Der Gesundheitsbezirk Bozen nahm bei der Festlegung und Änderung der Auswahlkriterien der Daten aktiv am Projekt teil.

Die Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen gewann den ersten Preis des „Premio Salute 2007“ des Forum PA 2007, der nationalen Messe der Öffentlichen Verwaltung. Der Preis wurde mit der Begründung vergeben, dass das Projekt (unter 150 weiteren teilnehmenden nationalen Projekten) die bereits bestehenden Datenbanken aufwerte und dabei nützliche Informationen für die Analyse der gesundheitlichen Bedürfnisse einer Bevölkerung, die Erkennung der Risikofaktoren, die Planung der Präventionspläne und die Überwachung der Gesundheitsausgaben bereitstelle.

Die chronischen Krankheiten treten im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann sicherlich ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronischen Krankheiten angenommen werden. Die versorgungsberechtigte Südtiroler Bevölkerung¹ ist mit einem mittleren Alter von 40,6 Jahren und einem Altersindex von 109,7 Jahren (d.h. 110 alte Menschen pro 100 junge Menschen) im Jahr 2007 eine junge Bevölkerung. Auf territorialer Ebene weist der Gesundheitsbezirk Bozen eine ältere Bevölkerungsstruktur mit einem Altersindex von 126,5 auf, während Bruneck die jüngsten Einwohner mit 87,0 alten Menschen pro 100 junge Menschen verzeichnet.

DIE STUDIE

DATENAKTUALISIERUNG

65

FORUM PA

WICHTIGSTE ERGEBNISSE

¹ Unter versorgungsberechtigter Bevölkerung verstehen sich in dieser Studie alle in dem Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeldeten ansässigen, nicht-ansässigen, geborenen, verstorbenen und im Laufe des Erhebungsjahres umgesiedelten Personen.

Tabella 1: Versorgungsberechtigte Bevölkerung und chronisch Kranke in Südtirol –
Jahr 2007 (durchlebte Jahre)

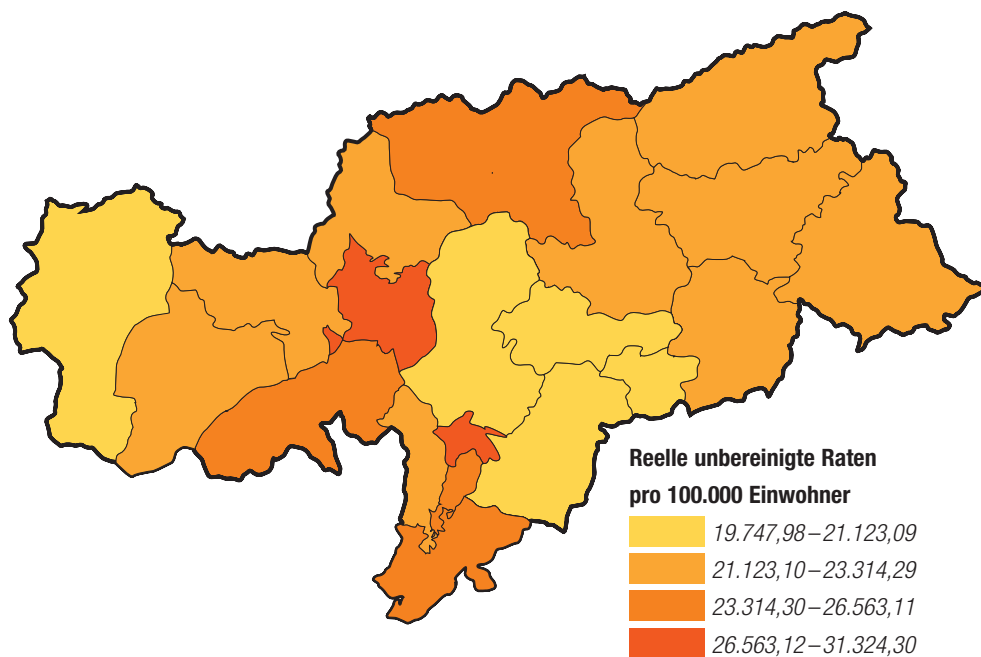
	Versorgungs- berechtigte Bevölkerung	Durchschnitts- alter der Versorgungs- berechtigte Bevölkerung	Alters- index	Chronisch Kranke	% der chronisch Kranken	Std. Raten der chronisch Kranken (pro 100.000)	Durch- schnittsalter der chronisch Kranken
Geschlecht							
Frauen	247.280	41,9	130,4	67.317	27,2	20.463,89	63,4
Männer	238.939	39,2	90,2	54.267	22,7	19.625,64	60,1
Gesundheitsbezirk							
Bozen	217.040	41,9	126,5	57.954	26,7	20.266,60	62,6
Meran	126.329	40,4	110,0	31.458	24,9	20.084,85	62,0
Brixen	69.578	38,8	87,8	15.794	22,7	19.784,98	60,7
Bruneck	73.272	38,6	87,0	16.378	22,3	19.542,44	60,6
Insgesamt	486.219	40,6	109,7	121.584	25,0	20.041,49	61,9

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Im Laufe des Jahres 2007 wurden in Südtirol 486.219 versorgungsberechtigte Personen verzeichnet. 25,0 % davon (entsprechend 121.584 versorgungsberechtigte Personen) leiden unter chronischen Erkrankungen, mit einem Durchschnittsalter von 61,9 Jahren. Bei der Unterscheidung nach Gebiet unter Berücksichtigung der demographischen Struktur der Bevölkerung weist der Gesundheitsbezirk Bozen den größten Anteil an chronisch Kranken am Gesamtanteil der Versorgungsberechtigten auf (26,7 %), Bruneck dagegen den geringsten Anteil (22,3 %). 27,2 % der gesamten weiblichen versorgungsberechtigten Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung. Bei den Männern sind es 22,7 %.

Bei der Untersuchung der standardisierten Raten chronisch Kranker (die sich von den realen, unbereinigten Raten unterscheiden, da sie den auf die demographische Struktur der Bezugsbevölkerung zurückzuführenden Effekt aufheben und den Vergleich einer stärkeren oder geringeren Tendenz der Bevölkerung zu Erkrankungen ermöglichen, wobei jedoch stets die Möglichkeit unterschiedlicher Verhaltensweisen bei der Diagnose seitens der einzelnen Ärzte berücksichtigt wird) geht hervor, dass Frauen stärker gefährdet sind als Männer, an mindestens einer chronischen Pathologie zu erkranken.

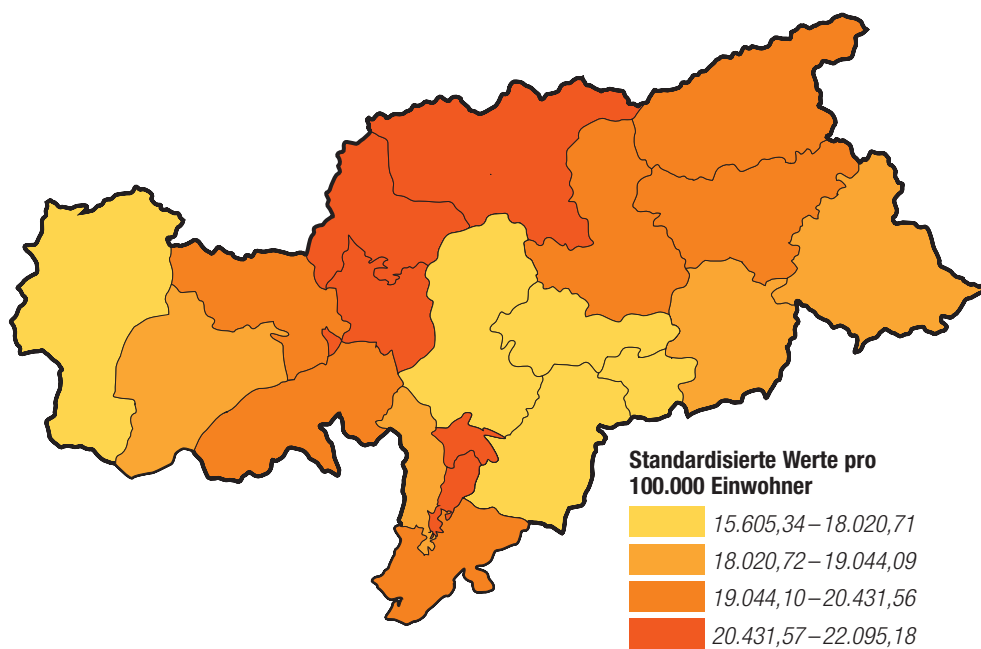
Abbildung 1: Prävalenz der chronisch Kranken in Südtirol – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Aus den standardisierten Raten der einzelnen Sanitätssprengel ergibt sich, dass ländliche Sprengel wie Laifers-Branzoll-Pfatten, das Passeiertal und das Wipptal, Schätzungen chronisch Kranker verzeichnen, die, unerwarteterweise, den beiden städtischen Bezirken Bozen und Meran sehr ähnlich sind.

Abbildung 2: Chronisch Kranke in Südtirol, standardisierte Raten – Jahr 2007



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

**CHRONISCHE
KRANKHEITEN**

Über 14 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie (13,7 % der versorgungsberechtigten Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 69,1 Jahren); es folgen die Herzkranken mit 7,0 % und einem Altersdurchschnitt von 72,8 Jahren und die von Neoplasien Betroffenen mit 4,0 % mit durchschnittlich 66,8 Jahren.

Tabelle 2: Chronische Krankheiten nach betreuenden Gesundheitsbezirk. Südtirol – Jahr 2007
Standardisierte Werte pro 100.000 Einwohner

Chronische Krankheiten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Transplantatträger	104,3	92,8	110,2	71,2	98,0
Niereninsuffizienz	400,2	369,5	459,9	437,7	406,7
HIV und AIDS	80,4	42,4	32,7	22,0	54,7
Neoplasie	3.103,0	3.059,1	3.091,6	2.841,8	3.054,2
Diabetes	2.620,8	2.648,9	2.657,9	2.107,6	2.560,5
Hypertonie	10.248,4	9.659,6	10.493,5	9.414,1	10.022,7
Kardiopathie	4.232,0	5.030,2	4.715,1	5.069,6	4.608,9
Vaskulopathie	977,5	958,4	807,1	960,5	949,7
Bronchopneumopathie	3.071,6	2.560,4	2.315,8	2.169,5	2.694,1
Hepato-Enteropathie	868,5	815,3	634,5	478,0	763,3
MRGE	714,8	793,4	852,9	539,7	729,4
Epilepsie	620,3	792,3	732,6	829,2	709,7
Parkinson	398,9	489,7	704,8	479,6	474,8
Alzheimer	130,2	73,6	48,5	72,8	98,5
Multiple Sklerose	125,5	157,1	101,0	100,1	126,6
Neuromyelitis optica	0,0	1,0	0,0	0,0	0,3
Demenz	103,2	85,1	65,1	64,7	89,1
Rheumatoide Arthritis	327,2	324,3	318,1	367,1	331,4
LES	69,8	44,8	78,3	42,5	60,8
Systemische Sklerose	25,8	18,9	24,4	22,5	23,6
Sjögren-Syndrom	33,5	17,8	18,2	9,4	24,0
Spondylitis ankylosans	39,5	23,7	23,3	21,7	30,5
Myasthenia gravis	11,9	13,5	12,4	9,0	12,0
Hashimoto-Thyreoiditis	824,8	348,2	204,5	264,0	531,5
Hämolytische Anämie	6,3	11,9	8,5	4,7	7,8
Akromegalie	11,0	10,5	4,3	9,1	9,7
Diabetes insipidus	6,7	6,0	18,3	11,4	8,9
Addison-Krankheit	15,0	17,6	11,5	19,6	15,9
Hyper-Hypoparathyreoidismus	37,1	28,5	24,7	52,2	35,3
Hypothyreose	2.445,2	3.434,4	2.638,6	3.324,1	2.840,9
Cushing-Syndrom	5,2	11,0	7,8	6,8	7,4
Basedow-Krankheit	173,1	249,8	201,6	176,2	196,8
Hypophysärer Minderwuchs	54,0	17,7	42,1	34,7	39,1
Dyslipämie	2.666,9	3.459,5	1.995,9	3.066,4	2.841,1
Psychosen	702,7	765,3	1.281,3	1.786,1	957,8

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Standardisierung der Prävalenzraten der verschiedenen chronischen Krankheiten ergibt eine nicht immer homogene Verteilung auf die vier Gesundheitsbezirke: der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet bei einer Analyse der einzelnen, chronischen Krankheiten höhere Anteile an Patienten mit Bronchopneumopathie und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran wird ein höheres Dyslipämie-Risiko registriert. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, in denen die Prävalenzraten niedriger ausfallen, sind höhere Werte für die Parkinson-Krankheit (Brixen) bzw. Schilddrüsenerkrankungen und Psychosen (Bruneck) zu vermerken.

Diese Unterschiede können sowohl aus demographisch-genetischen Gründen der Patienten in den einzelnen Bezirken als auch aufgrund des höheren Interesses und/oder der Diagnosekompetenz für einige Krankheiten im Vergleich zu anderen gerechtfertigt werden.

Tabelle 3: **Chronische Krankheiten nach Geschlecht. Südtirol – Jahr 2007 – Standardisierte Raten pro 100.000 Einwohner**

Chronische Krankheit	Frauen	Männer
Transplantatträger	68,02	128,83
Niereninsuffizienz	268,04	589,94
HIV und AIDS	36,71	72,60
Neoplasie	2.990,18	3.233,16
Diabetes	2.114,77	3.025,38
Hypertonie	9.613,28	10.381,16
Kardiopathie	3.787,13	5.548,82
Vaskulopathie	695,02	1.261,40
Bronchopneumopathie	2.305,57	3.163,60
Hepato-Enteropathie	559,10	975,63
MRGE	650,00	819,85
Epilepsie	645,05	783,27
Parkinson	475,31	477,53
Alzheimer	112,14	76,81
Multiple Sklerose	171,45	81,58
Neuromyelitis optica	0,52	0,00
Demenz	92,12	81,68
Rheumatoide Arthritis	460,52	193,37
LES	99,31	21,68
Systemische Sklerose	38,33	7,81
Sjögren-Syndrom	41,95	4,85
Spondylitis ankylosans	21,62	39,54
Myasthenia gravis	13,61	10,12
Hashimoto-Thyreoiditis	949,27	113,36
Hämolytische Anämie	7,73	7,86
Akromegalie	11,15	8,29
Diabetes insipidus	9,02	8,84
Addison-Krankheit	17,53	13,59
Hyper-Hypoparathyreoidismus	51,73	17,72
Hypothyreose	4.506,13	1.071,39
Cushing-Syndrom	10,88	4,03
Basedow-Krankheit	309,88	84,12
Hypophysärer Minderwuchs	33,68	44,28
Dyslipämie	2.373,27	3.341,28
Psychosen	1.198,81	710,05

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Bei insgesamt 35 untersuchten chronischen Erkrankungen weisen die Frauen in 51 % der Fälle höhere standardisierte Raten auf. Höhere Werte werden vor allem bei den Autoimmunerkrankungen und bei den Endokrinopathien verzeichnet. Deutlich höhere Raten lassen sich für Erkrankungen wie Hashimoto-Thyreoiditis und Hypothyreose feststellen. Bezüglich dieser Erkrankungen bestätigen die Daten die ärztliche Literatur, nach der die chronische Autoimmunthyreoiditis bei den Frauen deutlich häufiger auftritt. Die reale Prävalenz betrug 2007 in Südtirol 968 Fälle pro 100.000 Frauen. Bei den Männern waren es nur 117 Fälle. Diese Krankheit entwickelt sich häufig zur Hypothyreose, bei der ein reales, unbereinigtes Maß von 5.543 Fällen pro 100.000 Einwohner bei den Frauen verzeichnet wurde, gegenüber 1.252 Fällen bei den Männern.

3.2. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar.

RISIKOFAKTOREN

Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die bereits genannte Hypertonie, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit.

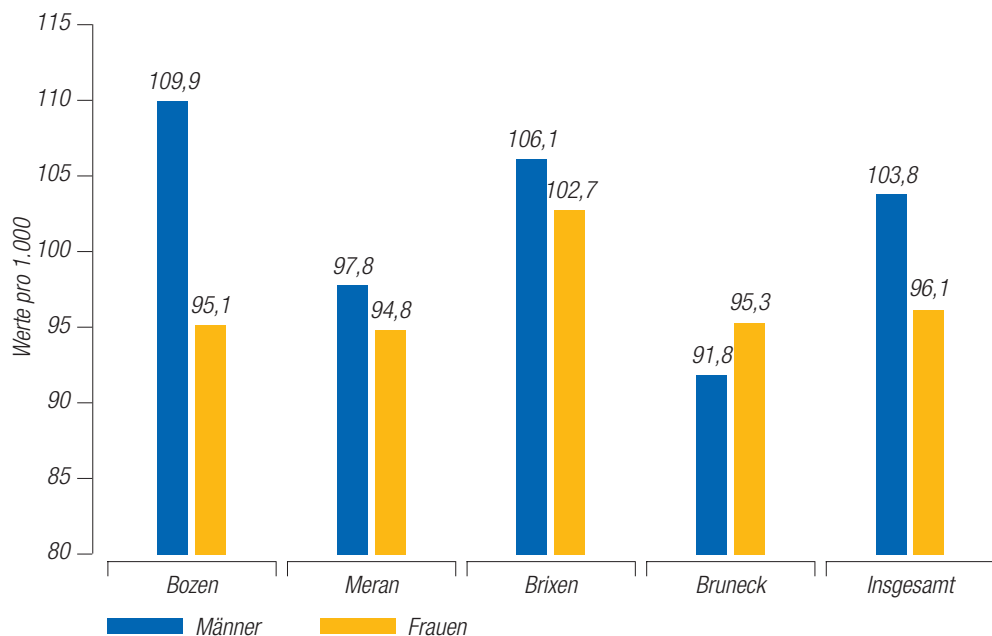
Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, 2 bis 4 mal höher als für eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über 4 mal höher, an einer Ischämie zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert.

Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu Personen mit normaler Cholesterinämie.

Die Prävalenz der Hypertonie beläuft sich 2007 in Südtirol gemäß dem Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten auf 137,1 Fälle pro 1.000 Bewohner (125,9 bei den Männern und 147,9 bei den Frauen). Die Prävalenz ist (in standardisierten Raten) im Gesundheitsbezirk Bruneck geringer (94,1 pro 1.000) und am höchsten im Gesundheitsbezirk Brixen (104,9 pro 1.000). Im Bezirk Bozen sind häufiger die Männer betroffen. Das Durchschnittsalter der Betroffenen beläuft sich auf 66,5 Jahre bei den Männern und auf 71,2 Jahre bei den Frauen.

HYPERTONIE

Abbildung 3: Standardisierte Hypertonie-Prävalenz nach Geschlecht und Gesundheitsbezirk. Jahr 2007

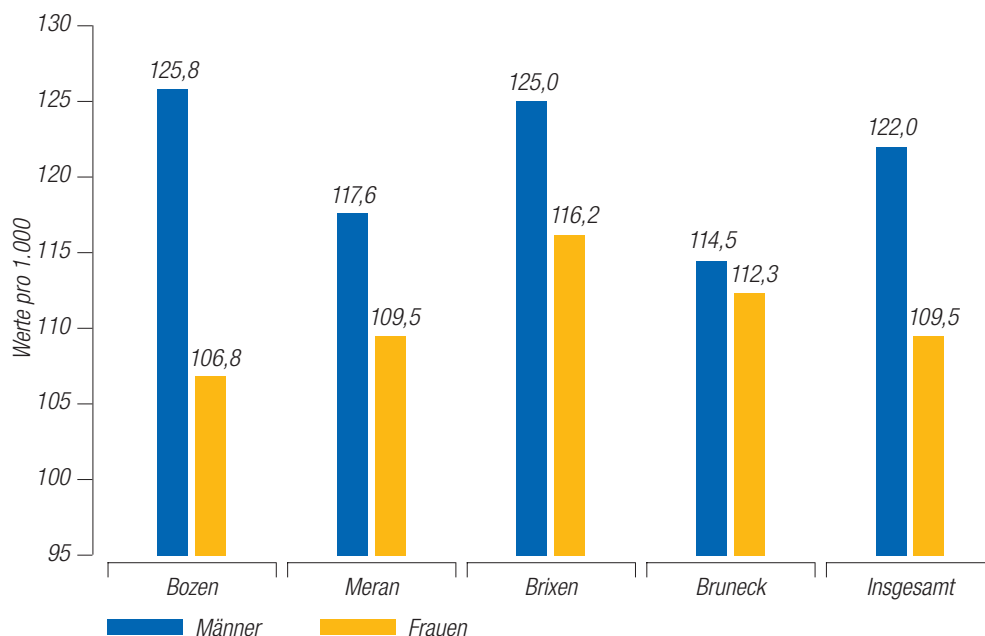


Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

KARDIOPATHIEN

Die Prävalenz der Herzkreislaufkrankheiten entspricht 158,4 pro 1.000 (147,9 pro 1.000 Männer und 168,4 pro 1.000 Frauen). Die standardisierten Raten ergeben bei den Männern im Bezirk Bozen (125,8 pro 100.000) und bei den Frauen im Bezirk Brixen (116,2 pro 100.000) eine höhere Prävalenz. Das Durchschnittsalter der Betroffenen beläuft sich auf 66,2 Jahre bei den Männern und auf 70,9 Jahre bei den Frauen.

Abbildung 4: **Standardisierte Prävalenz von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems nach Geschlecht und Gesundheitsbezirk. Jahr 2007**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Insgesamt wurden 2007 9.217 wohnhafte Bürger aus Landeskrankenhäusern mit einer Erkrankung des Kreislaufsystems als Hauptdiagnose entlassen. Die Hospitalisierungsrate beträgt 2.086,1 pro 100.000 bei den Männern und 1.736,4 pro 100.000 bei den Frauen. Die häufigste Diagnose bei der Aufnahme betrifft Erkrankungen des Lungenkreislaufs (781,8 pro 100.000 bei den Männern, 732,1 bei den Frauen).

Insgesamt wurden 628 Personen (393 Männer und 235 Frauen) wegen akuten Herzinfarkts entlassen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gab es im Vergleich zum Vorjahr weniger Entlassungen wegen Herzinfarkts (29 bzw. 43 weniger).

Die häufigsten Todesursachen bei Erkrankungen des Kreislaufsystems im Jahr 2005 waren ischämische Herzleiden (Infarkt, Angina Pectoris und Ischämie) mit 222 Todesfällen bei den Männern (94,9 pro 100.000) und 273 Todesfällen bei den Frauen (113,0 pro 100.000).

Hoch ist, vor allem bei den Frauen, der Anteil an Gehirnkreislaufstörungen (240 Fälle, 99,3 pro 100.000). Weniger häufig treten diese Erkrankungen bei Männern auf (165 Fälle, 70,5 pro 100.000).

Tabelle 4: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Krankheit des Kreislaufsystems Südtirol – Jahre 2005 und 2007**

	Aufenthalte 2007	Hospita- lisierungs- rate 2007 (pro 100.000)	Todesfälle 2005	Sterblich- keitsrate 2005 (pro 100.000)
MÄNNER				
Akutes Gelenkrheuma und chronische rheumatische Kardiopathien	10	4,2		–
Hypertonie	161	67,9	23	9,8
Ischämische Herzleiden	1.118	471,2	222	94,9
Erkrankungen des Lungenkreislaufs und sonstige Herzkrankheiten	1.855	781,8	120	51,3
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.009	425,2	165	70,5
Andere Kreislauferkrankungen	797	335,9	26	11,1
Insgesamt	4.950	2.086,1	556	237,7
FRAUEN				
Akutes Gelenkrheuma und chronische rheumatische Kardiopathien	13	5,3		–
Hypertonie	249	101,3	70	29,0
Ischämische Herzleiden	540	219,7	273	113,0
Erkrankungen des Lungenkreislaufs und sonstige Herzkrankheiten	1.799	732,1	204	84,4
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.096	446,0	240	99,3
Andere Kreislauferkrankungen	570	232,0	41	17,0
Insgesamt	4.267	1.736,4	828	342,6

Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv, Landessterblichkeitsregister

3.3. INZIDENZ UND STERBLICHKEIT DER BÖSARTIGEN TUMOREN

Das Tumorregister Südtirol wurde mit Landesbeschluss Nr. 2.076/92 eingeführt und begann 1995 mit seiner Tätigkeit. Es wird vom Chefarzt des Dienstes für Pathologische Anatomie geleitet.

Das Tumorregister führt eine ständige Erhebung der neuen Fälle von bösartigen Tumoren (Inzidenz) und der Sterblichkeit aufgrund von Tumorerkrankungen in der Wohnbevölkerung Südtirols und gleichzeitig periodische Qualitätsprüfungen der bereits archivierten Daten durch. Seine institutionellen Aufgaben umfassen die Bereitstellung von Informationen über die Inzidenz und Verbreitung der Tumorerkrankungen, die Erstellung einer Datenbank der möglichen Ursachen sowie die Förderung einer Sozial- und Gesundheitspolitik, die auf die Planung und Bewertung von Präventionsprogrammen und die Planung der Versorgung der an Neoplasien leidenden Patienten ausgerichtet ist.

Was die Klassifikationskriterien betrifft, listet das Tumorregister alle sicher diagnostizierbaren bösartigen Tumore auf, wie sie im ICD IX-Kodex Sektion C00–C96 sowie D09.0, D41.4 und D45–D47 zu finden sind. Die Kodierung erfolgt anfänglich mittels ICD-O 3, wodurch sowohl die Lokalisation als auch die Art der Tumoren erfasst werden können und wird anschließend zu statistischen Zwecken in ICD IX umgewandelt. Fälle mit multipler Tumorentstehung in ein und demselben Subjekt werden entsprechend den Regeln des IARC (Internationales Institut für Krebsforschung – International Agency for Research on Cancer) registriert. Bösartige Tumore, die in paarig angelegten Organen entstehen, wer-

den nur dann als multipel erkannt, wenn sie sich morphologisch unterscheiden. Die Tumoren der Haut sind dem Kodex ICD X C43 (Melanome) und C44 (Hautkarzinome) zugeordnet. Nicht invasive Neoplasien werden zwar registriert, sind aber von der Berechnung der Inzidenzraten ausgenommen. Ausnahmen bilden die Tumoren der Blase inklusive der nicht invasiven Karzinome und der Neoplasien unklarer Dignität.

Die für die Erhebung der Fälle neuer Tumorerkrankungen benutzten Informationsquellen sind:

- Meldung seitens der Ärzte (öffentliche oder private) durch eigenes Formular an das Tumorregister;
- Archiv der anatomisch-pathologischen Befunde des Dienstes für Pathologische Anatomie und des Dienstes für Pathologische Anatomie der Universitätsklinik Innsbruck;
- Landesarchiv der Krankenhausentlassungsbögen (KEB);
- im Landessterblichkeitsregister archivierte Totenscheine der Wohnbevölkerung;
- Archiv der Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz und in der Universitätsklinik Innsbruck;
- Inzidenz-Datenbanken anderer aktiver Tumorregister in Grenzgebieten (Tirol, Autonome Provinz Trient, Venetien).

2001 wurde das Tumorregister Südtirol vom Internationalen Institut für Krebsforschung (IARC) und der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) akkreditiert.

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2000–2004 (auf den Stand vom 31.05.2008, Wert noch nicht bestätigt). Der verfügbare Datenerfassungszeitraum garantiert stabile Raten, deren Werte vor allem für weniger häufig auftretende Tumoren durch die geringe Anzahl der Südtiroler Bevölkerung beeinflusst werden können.

Im Zeitraum 2000–2004 wurden in Südtirol durchschnittlich pro Jahr 1.429 (56 %) neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung und 1.121 (44 %) in der weiblichen Wohnbevölkerung diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X 44) sind für das Jahr 2007 1.530 Fälle pro 100.000 Männer (entsprechend 578,32 Fällen pro 100.000) und 1.160 Fälle pro 100.000 Frauen (entsprechend 443,87 Fällen pro 100.000) zu erwarten. Von diesen wurden bei den Männern 32 Fälle (0,45) in der Altersklasse 0–14 Jahre und 4.616 Fälle (64,6 %) in der Altersklasse über 65 Jahren beobachtet; bei den Frauen zählte man 1 bösartigen Tumor bei 25 Mädchen (0,44 %) unter 15 Jahren und 3.437 Fälle (61,31 %) bei Frauen ab 65 Jahren.

INFORMATIONSQUELLEN DES TUMORREGISTERS SÜDTIROL

DIE INZIDENZ- SCHÄTZUNGEN IM ZEITRAUM 2000–2004

Tabelle 5: **Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung per annum. Südtirol – Jahre 2000–2004, 2007**

ICD X	Lokalisation	BOZ	MER	BRI	BRU	Provinz	2007 †
C00-C10, C12-C14	Mundhöhle und Rachen	29	16	10	9	63	70
C11, C30-C31	Rhinopharynx und Nasenhöhlen	3	2	1	2	8	9
C15	Speiseröhre	9	6	5	4	24	27
C16	Magen	32	19	9	15	75	85
C17	Dünndarm	2	1	1	0	5	6
C18-C20, C26.0	Kolon und Rektum	84	42	22	22	170	194
C21	After	1	1	0	0	2	2
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	25	15	8	6	54	60
C23-C24	Gallenwege	5	4	2	2	14	16
C25	Bauchspeicheldrüse	19	7	4	3	33	37
C32	Kehlkopf	15	6	5	2	28	31
C33-C34	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	76	42	17	13	148	168
C37, C38.0-C38.4	Andere Thoraxorgane	1	1	0	0	2	2
C40-C41	Knochen	1	0	1	0	2	2
C43	Haut, Melanom	18	7	4	4	33	36
C44	Haut, nicht-Melanom	41	14	9	6	71	82
C45	Mesotheliom	2	1	0	0	4	4
C46	Kaposi Sarkom	1	0	0	0	2	2
C47, C49	Weichteile	4	1	1	1	7	7
C48	Retroperitoneum, Peritoneum	1	0	0	0	2	2
C50	Brust	1	1	0	0	2	3
C60, C63	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	1	0	0	0	2	2
C61	Prostata	173	81	38	35	327	368
C62	Hoden	7	5	3	3	18	18
C64	Niere	21	9	6	6	42	47
C65-C68, D09.0, D41.4	Blase, Nierenbecken und andere Harnwege	71	34	12	19	137	157
C69	Auge	0	1	0	0	1	2
C70-C72	Großhirn und ZNS	9	6	1	3	19	21
C73	Schilddrüse	4	2	2	0	9	10
C74-C75	Andere endokrine Drüsen	1	0	0	0	1	1
C81	Hodgkin-Lymphom	3	2	1	1	7	7
C82-C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	19	11	5	5	39	45
C88	Bösartige immunoproliferative Krankheiten	0	1	0	0	1	2
C90.0, C90.2	Multiples Myelom	4	3	2	2	11	12
C90.1, C91-C95	Leukämie	19	8	3	3	33	37
D45-D47	Myeloproliferative Erkrankungen und myelodysplastische Syndrome	5	1	0	1	8	9
	Schlecht def. Lokalisationen *	10	8	4	4	26	29
Alle Lokalisationen		718	359	178	174	1.429	1.612

* umfasst die Kodexe ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97

BOZ = Bozen, MER = Meran, BRI = Brixen, BRU = Bruneck; † = Schätzung 2007

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 6: **Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der weiblichen Wohnbevölkerung per annum. Südtirol – Jahre 2000–2004, 2007**

ICD X	Lokalisation	Boz	Mer	Bri	Bru	Provinz	2007 †
C00-C10, C12-C14	Mundhöhle und Rachen	9	4	3	1	17	18
C11, C30-C31	Rhinopharynx und Nasenhöhlen	0	1	0	1	2	2
C15	Speiseröhre	3	2	0	0	5	6
C16	Magen	27	20	11	9	68	75
C17	Dünndarm	1	1	1	1	3	3
C18-C20, C26.0	Kolon und Rektum	62	38	17	18	134	147
C21	After	1	3	1	2	7	8
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	8	5	1	0	14	16
C23-C24	Gallenwege	12	6	2	4	24	27
C25	Bauchspeicheldrüse	21	9	6	5	41	46
C32	Kehlkopf	3	0	0	0	3	3
C33-C34	Luftröhre, Bronchien, Lungen	28	14	6	5	53	58
C37, C38.0-C38.4	Andere Thoraxorgane	0	0	0	0	1	1
C40-C41	Knochen	0	0	1	0	2	2
C43	Haut, Melanom	21	11	6	4	41	45
C44	Haut, nicht-Melanom	25	12	7	12	56	63
C45	Mesotheliom	1	0	0	0	1	1
C46	Kaposi Sarkom	0	0	0	0	1	1
C47, C49	Weichteile	2	1	1	1	5	6
C48	Retroperitoneum, Peritoneum	1	1	1	0	3	3
C50	Brust	146	75	35	33	288	313
C51-C52, C57.7-C57.9	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	6	1	0	1	8	10
C53	Gebärmutterhals	10	7	4	3	24	26
C54-C55	Gebärmutterkörper und n.a.d.	26	14	7	8	56	60
C56, C57.0-C57.4	Eierstock	21	11	5	6	43	47
C58	Plazenta	0	0	0	0	0	0
C64	Niere	12	8	5	4	29	31
C65-C68, D09.0, D41.4	Blase, Nierenbecken und andere Harnwege	18	10	4	3	36	40
C69	Auge	1	0	1	0	2	2
C70-C72	Gehirn und ZNS	9	3	2	3	17	18
C73	Schilddrüse	12	3	3	2	20	21
C74-C75	Andere endokrine Drüsen	0	0	0	0	1	1
C81	Hodgkin-Lymphom	2	1	1	0	4	4
C82-C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	19	11	4	3	37	39
C88	Bösartige immunoproliferative Krankheiten	0	0	0	0	1	1
C90.0, C90.2	Multiples Myelom	7	4	2	1	13	14
C90.1, C91-C95	Leukämie	14	6	4	4	29	32
D45-D47	Myeloproliferative Erkrankungen und myelodysplastische Syndrome	4	1	0	1	7	8
	Schlecht def. Lokalisationen *	11	7	2	4	24	27
Alle Lokalisationen		544	293	142	141	1.121	1.223

* umfasst die Kodexe ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97
 BOZ = Bozen, MER = Meran, BRI = Brixen, BRU = Bruneck; † = Schätzung 2007

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 7: Durchschnittliche jährliche Inzidenzraten der bösartigen Tumoren nach Geschlecht. Werte pro 100.000. Südtirol – Jahre 2000–2004

ICD X	Lokalisation	Unbereinigte Rate		Std. Rate (EU)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
C00-C10,C12-C14	Mundhöhle und Rachen	27,1	7,0	25,8	5,8
C11,C30-C31	Rhinopharynx und Nasenhöhlen	3,2	0,8	3,1	0,7
C15	Speiseröhre	10,4	2,2	9,6	1,8
C16	Magen	31,8	28,1	28,4	17,4
C17	Dünndarm	2,1	1,3	1,9	1,0
C18-C20,C26.0	Kolon und Rektum	72,1	55,7	65,2	38,3
C21	After	0,9	2,9	0,8	2,0
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	22,9	5,9	21,0	3,8
C23-C24	Gallenwege	6,0	10,2	5,4	6,4
C25	Bauchspeicheldrüse	13,9	17,2	12,7	11,1
C32	Kehlkopf	12,0	1,4	11,4	1,0
C33-C34	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	62,8	22,2	56,1	15,7
C37,C38.0-C38.4	Andere Thoraxorgane	0,9	0,3	0,9	0,2
C40-C41	Knochen	0,9	0,8	0,9	0,8
C43	Haut, Melanom	14,1	17,2	13,2	14,3
C44	Haut, nicht-Melanom	29,9	23,5	26,8	13,3
C45	Mesotheliom	1,6	0,5	1,5	0,3
C46	Kaposisarkom	0,7	0,3	0,6	0,2
C47,C49	Weichteile	2,9	2,2	2,7	1,7
C48	Retroperitoneum, Peritoneum	0,7	1,4	0,7	1,2
C50	Brust	1,0	120,3	0,9	100,2
C51-C52,C57.7-C57.9	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	–	3,5	–	2,1
C53	Gebärmutterhals	–	10,1	–	8,9
C54-C55	Gebärmutterkörper und n.a.d.	–	23,2	–	17,7
C56,C57.0-C57.4	Eierstock	–	17,9	–	14,6
C58	Plazenta	–	0,1	–	0,1
C60,C63	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	1,0	–	0,9	–
C61	Prostata	139,4	–	124,5	–
C62	Hoden	7,7	–	6,8	–
C64	Niere	17,7	12,1	16,2	9,1
C65-C68,D09.0,D41.4	Blase, Nierenbecken und andere Harnwege	58,1	14,9	51,9	9,6
C69	Auge	0,6	0,8	0,6	0,7
C70-C72	Gehirn und ZNS	8,3	7,2	7,7	5,6
C73	Schilddrüse	3,7	8,4	3,5	7,6
C74-C75	Andere endokrine Drüsen	0,4	0,3	0,5	0,3
C81	Hodgkin-Lymphom	3,0	1,8	2,7	1,7
C82-C85,C96	Non-Hodgkin-Lymphom	16,8	15,3	15,4	11,8
C88	Bösartige immunoproliferative Krankheiten	0,6	0,3	0,6	0,2
C90.0,C90.2	Multiples Myelom	4,7	5,3	4,3	3,3
C90.1,C91-C95	Leukämie	14,2	12,0	13,2	8,1
D45-D47	Myeloproliferative Erkrankungen und myelodysplastische Syndrome	3,4	3,1	3,0	1,9
	Schlecht def. Lokalisationen *	11,0	10,1	10,0	5,7
Alle Lokalisationen		608,2	467,4	550,7	346,0

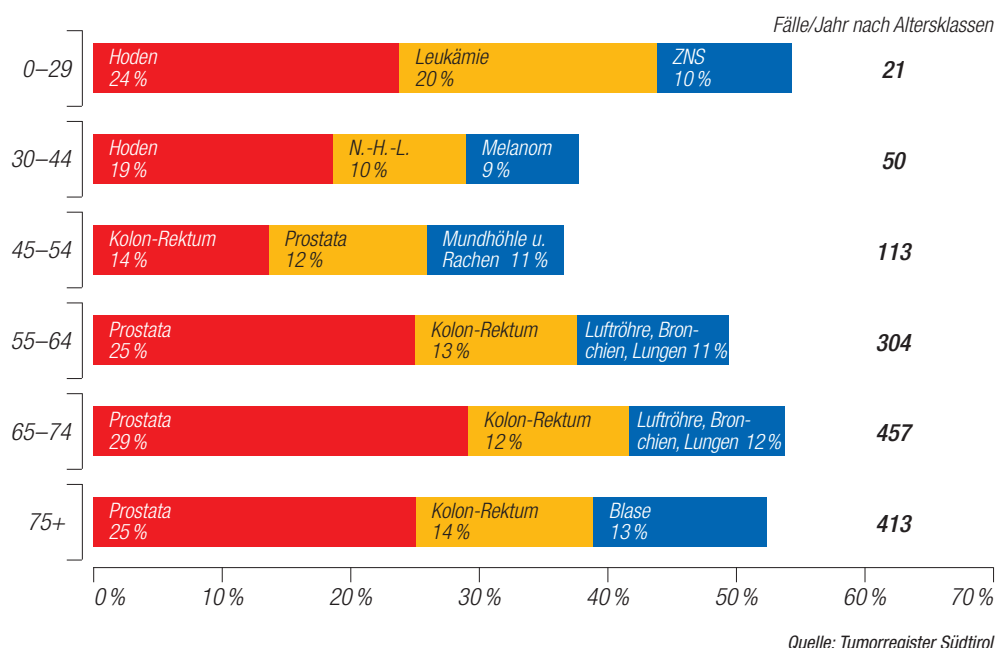
* umfasst die Kodexe ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97

Quelle: Tumorregister Südtirol

AM HÄUFIGSTEN AUFTRETENDE TUMOREN

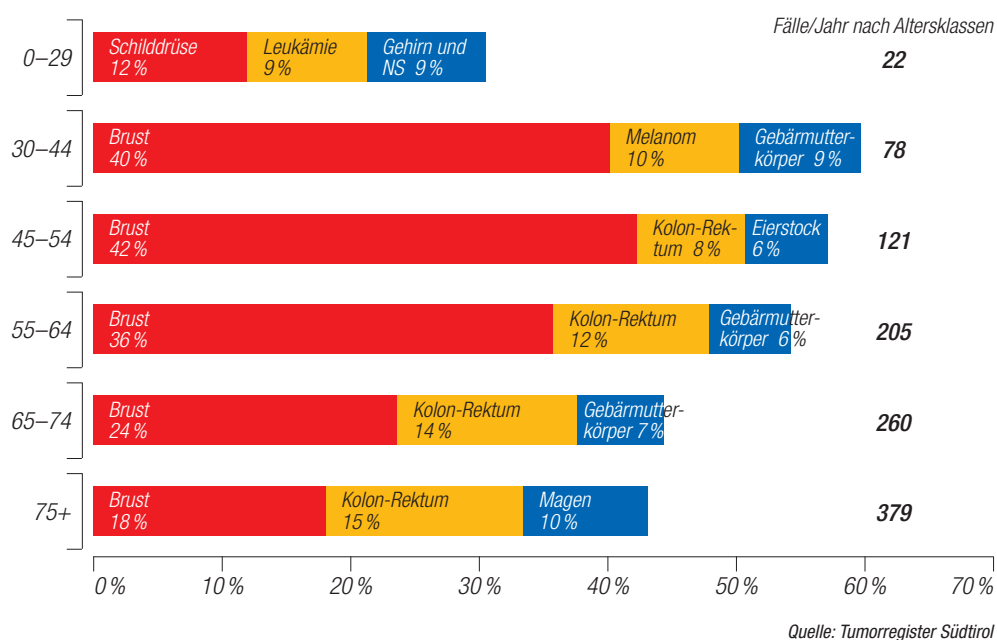
Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (327 Fälle pro Jahr, was 24,1 % entspricht), Kolon-Rektum (170 Fälle pro Jahr, 12,5 %), Lunge (148 Fälle pro Jahr, 10,9 %), Blase (137 Fälle pro Jahr, 10,1 %) und Magen (75 Fälle pro Jahr, 5 %).

Abbildung 5: Die drei häufigsten Lokalisationen nach Altersklassen (ausgeschl. ICD X C44) – Männer. Südtirol – Jahre 2000–2004



Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (288 Fälle pro Jahr, was 27,41 % entspricht) an erster Stelle unter den Neoplasien auf; es folgen das Kolon- und Rektum-Karzinom (134 Fälle pro Jahr, entsprechend 12,6 %), Magenkrebs (68 Fälle pro Jahr, entsprechend 6,4 %), Gebärmutterkarzinom (56 Fälle pro Jahr, 5,2 %) und Lungenkarzinom (53 pro Jahr, 5 %).

Abbildung 6: Die drei häufigsten Lokalisationen nach Altersklassen (ausgeschl. ICD X C44) – Frauen. Südtirol – Jahre 2000–2004

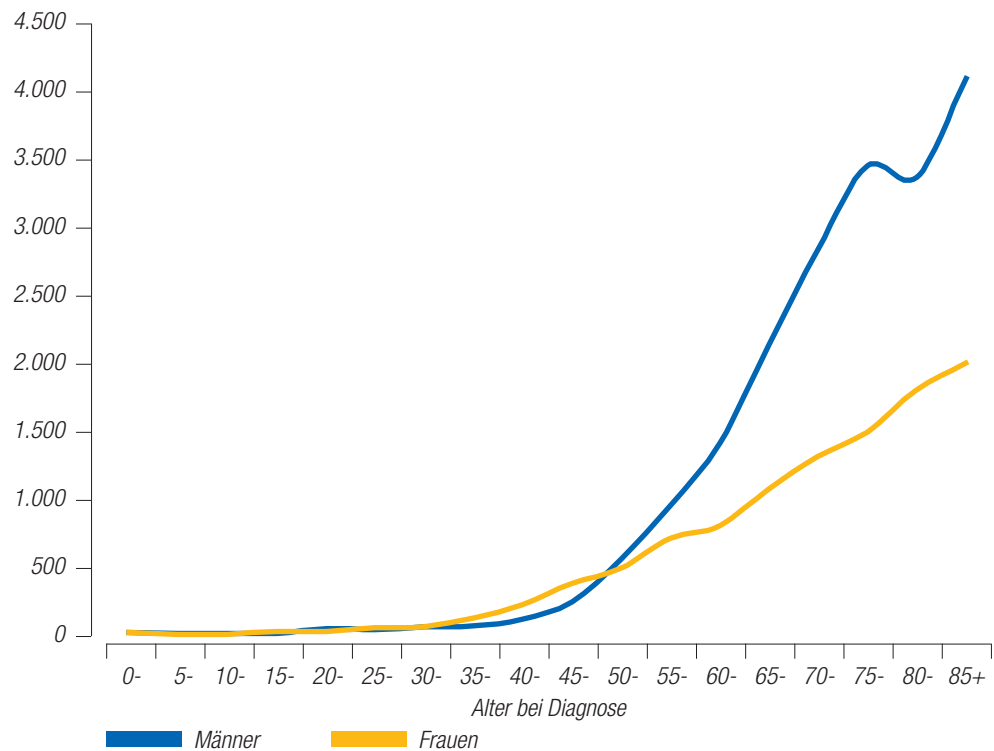


Die Analyse der unbereinigten Inzidenzraten (Anzahl der pro 100.000 Einwohner beobachteten Fälle) an den gesamten Tumorerkrankungen (ausgeschlossen die Hauttumoren) ergibt bei den Männern einen deutlichen Anstieg ab der Altersklasse von 55 Jahren im Ver-

**SPEZIFISCHE
INZIDENZRATEN
NACH ALTER**

gleich zu den Frauen sowie Spitzenwerte im fortgeschrittenen Alter von 4.072 Fällen pro 100.000 Männer gegenüber den 1.982 Fällen pro 100.000 Frauen.

Abbildung 7: **Unbereinigte Inzidenzraten der bösartigen Tumoren (ausgeschl. ICD X C44) nach Geschlecht – Werte pro 100.000. Südtirol – Jahre 2000–2004**



Quelle: Tumorregister Südtirol

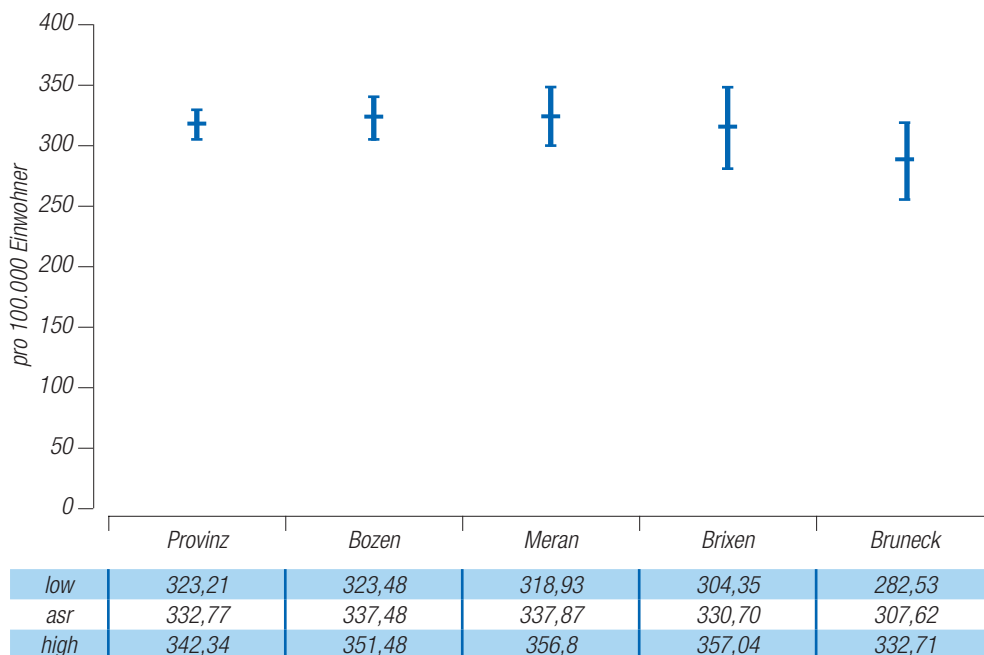
Die Vergleiche zwischen den in den Gesundheitsbezirken festgestellten Inzidenzdaten erfolgten anhand einer Standardisierung der Raten (ASR) unter Verwendung der europäischen Standardbevölkerung. Mit Bezug auf alle bei der männlichen Bevölkerung diagnostizierten Tumoren (ausschließlich Hautkarzinome) bestätigt der Gesundheitsbezirk Bruneck auch für den Zeitraum 2000–2004 eine standardisierte durchschnittliche jährliche Inzidenzrate (469,2 pro 100.000), die deutlich unter dem Landeswert liegt (523,9 pro 100.000). Bei den Frauen ist der Unterschied der jährlichen durchschnittlichen standardisierten Raten zum Landeswert (332,8 pro 100.000) in keinem Gesundheitsbezirk relevant.

Abbildung 8: **Standardisierte Inzidenzraten der bösartigen Tumoren (ausgeschl. ICD X C44) und 95 %-Konfidenzintervall – Männer. Südtirol – Jahre 2000–2004**



Quelle: Tumorregister Südtirol

Abbildung 9: **Standardisierte Inzidenzraten der bösartigen Tumoren (ausgeschl. ICD X C44) und 95 %-Konfidenzintervall – Frauen. Südtirol – Jahre 2000–2004**



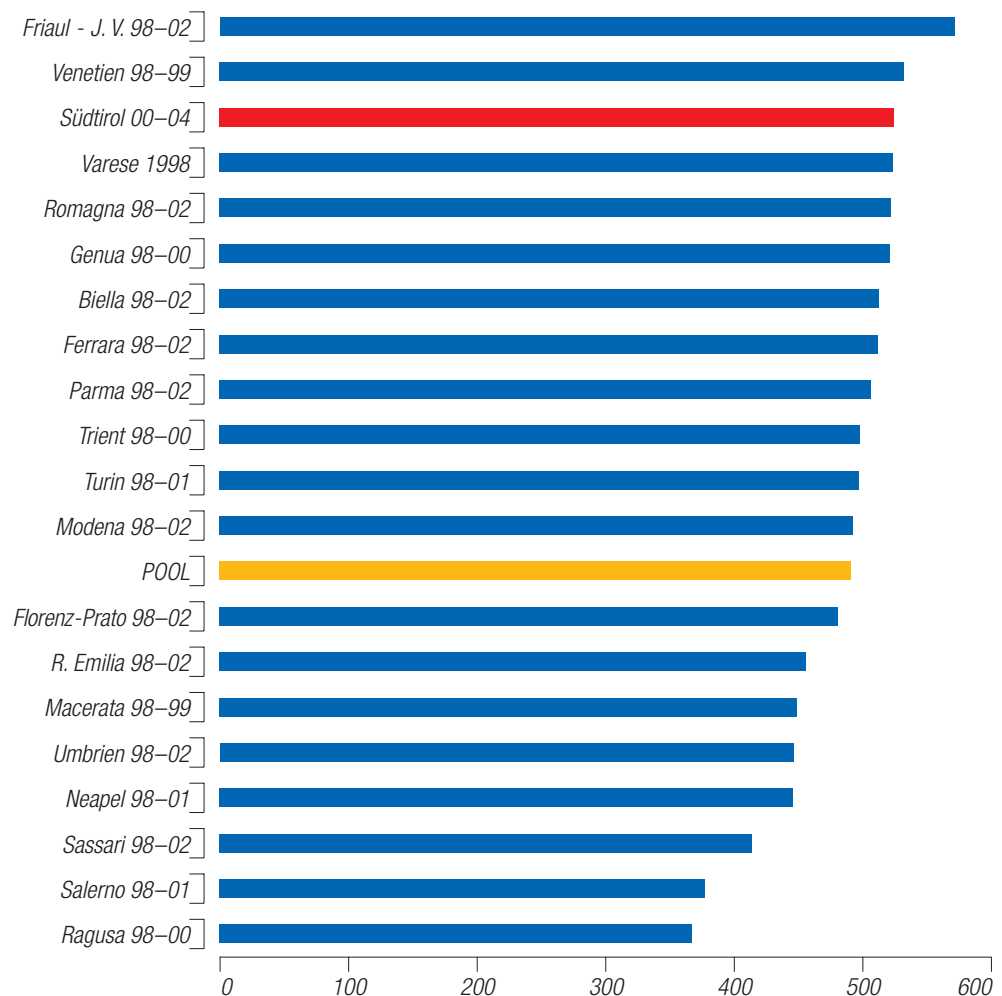
Quelle: Tumorregister Südtirol

Der Vergleich mit den Inzidenzraten auf gesamtstaatlicher Ebene wurde auf der Grundlage der neuesten, zu Beginn des Jahres 2006 von der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) veröffentlichten Daten in „I tumori in Italia – Rapporto 2006: Incidenza, mortalità e stime“ (Die Tumoren in Italien – Bericht 2006: Inzidenz, Mortalität und Schätzungen) gezogen, welche sich auf die im Zeitraum 2000–2004 gesammelten Daten 21 italienischer Tumorregister beziehen und ein Einzugsgebiet von 15 Millionen Italiener abdecken.

Insgesamt platziert die Inzidenzrate der Tumoren (ausgeschlossen die Hautkarzinome) in der männlichen Bevölkerung während des Fünfjahreszeitraums 1999–2003 Südtirol an einer oberen Stellung in der Rangliste der standardisierten Raten hinter Friaul-Julisch Venetien (das in absoluten Zahlen die höchste Inzidenz verzeichnet) und Venetien. Südtirol verzeichnet mit 523,9 pro 100.000 eine Rate, die über den von den italienischen Registern für die Jahre 1998–2002 (490,1 pro 100.000) berechneten Werten liegt. Diese Position ist stark durch die hohe Inzidenz des Prostatakarzinoms bedingt, das rund ein Viertel der neuen diagnostizierten Tumorfälle unter den Südtirolern ausmacht und einen ansteigenden Trend im untersuchten Zeitraum hervorhebt.

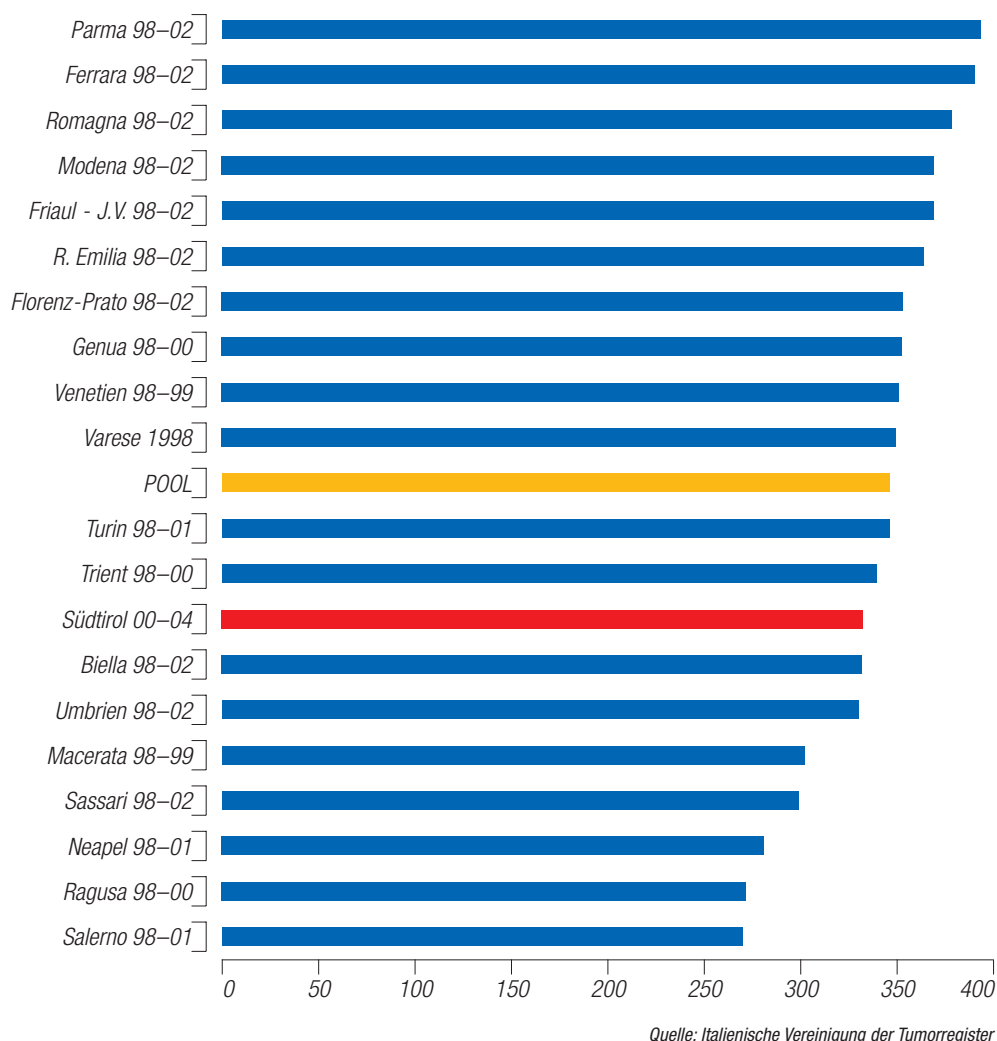
In Bezug auf die Südtiroler Frauen zeigt sich die Lage im Vergleich zu den anderen italienischen Gebieten insgesamt positiver. Die Südtiroler Daten (332,8 pro 100.000, standardisierte Rate) liegen unter dem durchschnittlichen Schätzwert der italienischen Register (346,5 pro 100.000, Jahre 1998–2002), nicht weit entfernt von den süditalienischen Registern (Ragusa, Salerno, Neapel), welche allgemein die niedrigsten, auch für die Männer beobachteten Inzidenzraten bestätigen.

Abbildung 10: **Standardisierte Inzidenzraten der bösartigen Tumoren (ausgeschl. ICD X C44) – Männer, Werte pro 100.000 – Ital. Tumorregister**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 11: **Standardisierte Inzidenzraten der bösartigen Tumoren (ausgeschl. ICD X C44) – Frauen, Werte pro 100.000 – Ital. Tumorregister**



Die Erfassung der Daten über die Sterblichkeit ist eines der wichtigsten Instrumente der epidemiologischen Beobachtung, das den Bediensteten des Gesundheitswesens zur Verfügung steht. Die Analyse der Sterblichkeit gibt Aufschluss über die zeitliche, räumliche und risikogruppenbezogene Entwicklung des Phänomens. Außerdem liefert sie den Forschern genaue Angaben über die Ursachen der Änderungen, die Ursachen bestimmter Krankheiten und die Überprüfung von Verdachtsfällen aus anderen Informationsquellen. Die Sterblichkeitsstatistiken sind ein wichtiges Mittel zur Überwachung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung: sie verleihen einen Gesamtüberblick über die Lebensbedingungen, die Risikofaktoren und die Effizienz der erbrachten Versorgung im Sozial- und Gesundheitsbereich.

Sämtliche Daten über einen Todesfall durch Tumorerkrankung sind für das Tumorregister nötig, um den institutionellen und wissenschaftlichen Aufgaben korrekt nachkommen zu können. Ohne diese Informationen ist das Tumorregister nicht imstande, Sterblichkeits- und Überlebensstudien für jede einzelne Tumorerkrankung (zeitlich und nach verschiedenen Gebietszusammenschlüssen) durchzuführen oder die Qualität und Vollständigkeit der eigenen Datenbank zu kontrollieren, die davon abhängen, ob die Todesfälle aufgrund einer

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND
VON TUMOREN**

**DAS LANDES-
STERBLICHKEITS-
REGISTER**

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND VON
TUMOREN IM ZEITRAUM
2000–2004**

Tumorerkrankung im Moment des Auftretens der Krankheit im Archiv vermerkt wurden (Death Certificate Only – DCO – wichtigster Qualitätsindikator laut der WHO).

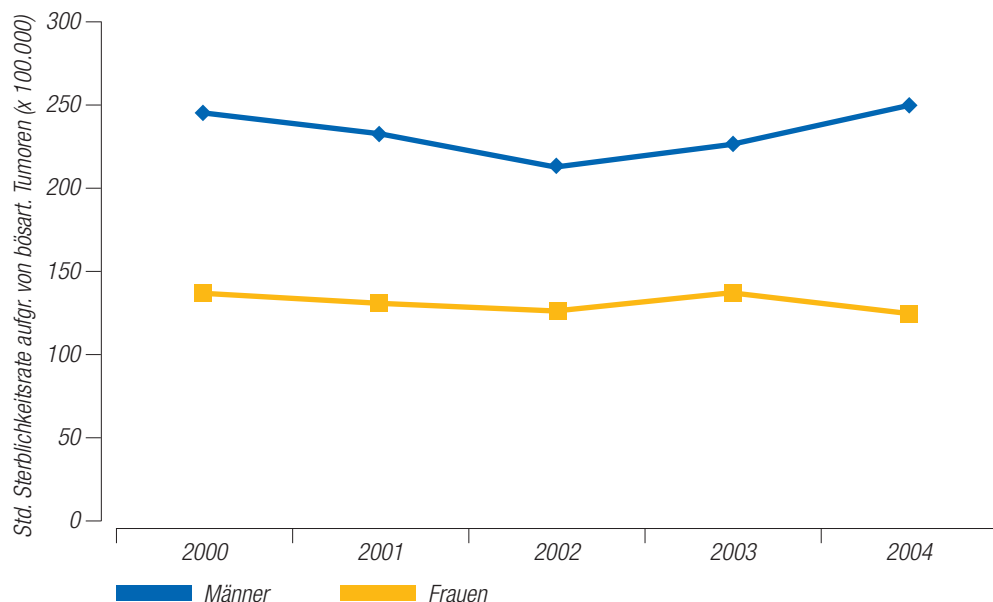
Mit Landesbeschluss Nr. 4.215 vom 13. November 2000 wurde beim Tumorregister Südtirol in enger Zusammenarbeit mit den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke und mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes das Landessterblichkeitsregister eingeführt.

Das Landessterblichkeitsregister überprüft und registriert jede Information der ISTAT-Totenscheine, die vom Personal der vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Landes in die Datenbanken eingefügt werden und weist der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zu. Das Archiv umfasst die Todesfälle ab dem 1. Januar 1995.

In der Folge werden die Werte bezüglich der Todesfälle aufgrund von bösartigen Neoplasien in der Wohnbevölkerung während des Zeitraums 2000–2004 dargelegt: sie beruhen auf der Ausarbeitung der Totenscheine, für welche die Haupttodesursache ein bösartiger Tumor (Kodex ICD X: C00 – C96, D09.0, D41.4, D45 – D47) war. Der Vergleich auf gesamtstaatlicher Ebene erfolgte mittels Standardisierung der Raten in Bezug auf die europäische Standardbevölkerung.

Im Zeitraum 2000–2004 verstarben im Durchschnitt 611 Männer pro Jahr mit einer Rate von 263,8 Todesfällen pro 100.000 Einwohner und 502 Frauen pro Jahr mit einer Rate von 211 Todesfällen pro 100.000 Frauen aufgrund von Tumorerkrankungen. Für das Jahr 2007 können somit für Südtirol insgesamt 1.249 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 697 unter den Männern und 552 unter den Frauen.

Abbildung 12: **Standardisierte Sterblichkeitsraten aufgrund von bösartigen Tumoren nach Geschlecht. Werte pro 100.000. Südtirol – Jahre 2000–2004**

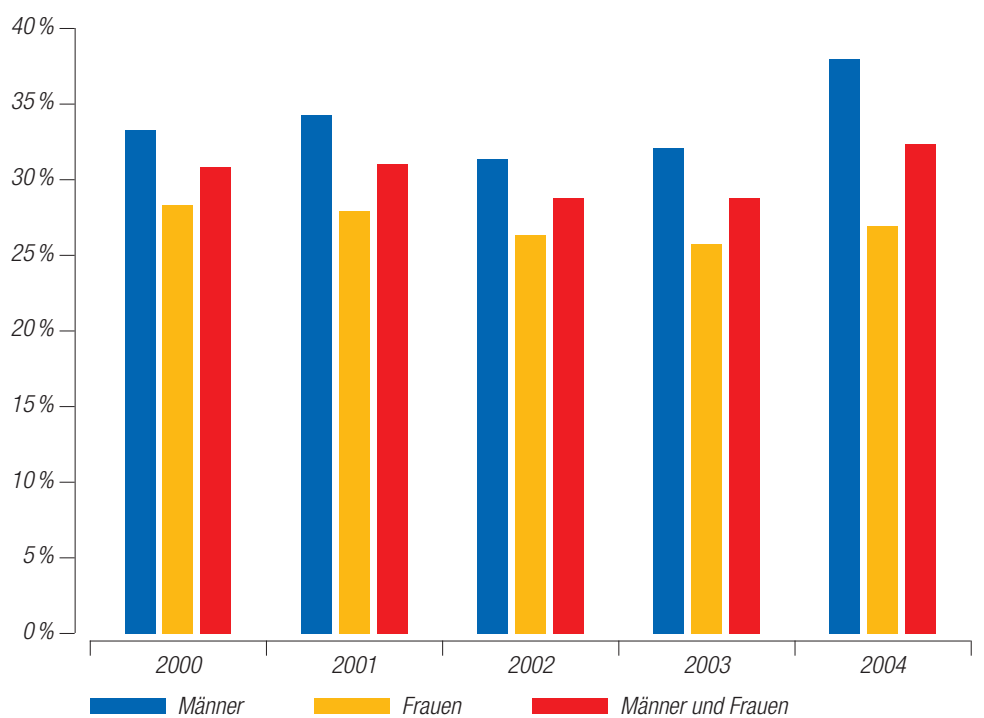


Quelle: Landessterblichkeitsregister

Der Verlauf der standardisierten Sterblichkeitsrate unter den Männern hebt im Zeitraum 2000–2004 einen rückläufigen Trend ab 2000 hervor, der sich 2003 jedoch brüsk umgekehrt hat (225,2 Todesfälle pro 100.000 gegenüber 211,3 pro 100.000 im Vorjahr). Bei den Frauen zeigt sich das Phänomen im berücksichtigten Zeitraum konstanter, wobei ein Anstieg im Jahr 2003, jedoch ein Rückgang im Jahr 2004 bestätigt werden. Das Verhält-

nis zwischen der Anzahl der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren und allen Todesfällen ist zeitlich sehr stabil, stieg jedoch von 28,8 % (2002 und 2003) auf 32,4 % (2004). Diese Erhöhung ist vor allem auf die Männer zurückzuführen, bei denen im Durchschnitt jährlich zirka ein Drittel der Todesfälle (33,8 %) durch einen bösartigen Tumor hervorgerufen wird. 2004 betrug dieser Anteil jedoch 38 % gegenüber 32,1 % des Vorjahrs. Bei den Frauen sinkt dagegen die durchschnittliche Todesrate wegen Tumoren auf 27 %.

Abbildung 13: Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren an allen Todesfällen.
Südtirol – Jahre 2000–2004



Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 8: **Jährliche Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung. Südtirol – Jahre 2000–2004**

ICD X	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate	Std. Rate (EU)	2007 †
C00-C10, C12-C14	Mundhöhle und Rachen	27	11,8	11,1	31
C11, C30-C31	Rhinopharynx und Nasenhöhlen	2	0,9	0,9	2
C15	Speiseröhre	20	8,7	7,6	23
C16	Magen	48	20,7	18,1	56
C17	Dünndarm	2	1,0	0,8	2
C18-C20, C26.0	Kolon und Rektum	70	30,2	26,5	81
C21	After	1	0,4	0,4	1
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	38	16,4	14,6	43
C23-C24	Gallenwege	13	5,4	4,8	14
C25	Bauchspeicheldrüse	29	12,5	11,2	33
C32	Kehlkopf	9	3,8	3,3	10
C33-C34	Luftröhre, Bronchien, Lungen	124	53,7	46,6	144
C37, C38.0-C38.4	Andere Thoraxorgane	2	0,7	0,7	2
C40-C41	Knochen	1	0,5	0,6	1
C43	Haut, Melanom	5	2,1	1,9	5
C44	Haut, nicht-Melanom	2	0,7	0,7	2
C45	Mesotheliom	4	1,6	1,5	4
C46	Kaposi Sarkom	0	0,1	0,1	0
C47, C49	Weichteile	2	0,8	0,6	2
C48	Retroperitoneum, Peritoneum	2	0,9	0,8	2
C50	Brust (Mann)	1	0,4	0,3	1
C60, C63	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	0	0,2	0,2	0
C61	Prostata	69	30,0	26,3	83
C62	Hoden	1	0,3	0,3	1
C64	Niere	13	5,5	4,9	15
C65-C68, D09.0, D41.4	Blase, Nierenbecken und andere Harnwege	33	14,1	12,5	38
C69	Auge	0	0,2	0,1	0
C70-C72	Gehirn und ZNS	17	7,2	6,4	19
C73	Schilddrüse	2	1,0	0,9	3
C74-C75	Andere endokrine Drüsen	1	0,4	0,4	1
C81	Hodgkin-Lymphom	1	0,4	0,3	1
C82-C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	14	6,2	5,5	17
C88	Bösartige immunoproliferative Krankheiten	1	0,6	0,5	2
C90.0, C90.2	Multiples Myelom	8	3,3	2,8	9
C90.1, C91-C95	Leukämie	21	9,2	8,0	24
D45-D47	Myeloproliferative Erkrankungen und myelodysplastische Syndrome	3	1,5	1,2	4
	Schlecht def. Lokalisationen *	24	10,5	9,2	28
Alle Lokalisationen		611	263,8	232,4	705

* umfasst die Kodexe ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97. † = Schätzung für das Jahr 2007

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 9: **Jährliche Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der weiblichen Wohnbevölkerung. Südtirol – Jahre 2000–2004**

ICD X	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate	Std. Rate (EU)	2007 †
C00-C10, C12-C14	Mundhöhle und Rachen	7	2,8	2,1	7
C11, C30-C31	Rhinopharynx und Nasenhöhlen	1	0,4	0,3	1
C15	Speiseröhre	4	1,8	1,2	5
C16	Magen	42	17,7	9,9	47
C17	Dünndarm	1	0,5	0,3	1
C18-C20, C26.0	Kolon und Rektum	61	25,7	15,1	68
C21	After	3	1,4	0,8	4
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	13	5,6	3,4	15
C23-C24	Gallenwege	20	8,3	5,1	22
C25	Bauchspeicheldrüse	40	16,7	10,1	44
C32	Kehlkopf	1	0,5	0,4	1
C33-C34	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	46	19,4	12,8	50
C37, C38.0-C38.4	Andere Thoraxorgane	1	0,3	0,3	1
C40-C41	Knochen	0	0,2	0,2	0
C43	Haut, Melanom	6	2,6	1,7	7
C44	Haut, nicht-Melanom	4	1,5	0,6	4
C45	Mesotheliom	1	0,3	0,2	1
C46	Kaposi Sarkom	0	0,2	0,1	0
C47, C49	Weichteile	2	0,7	0,4	2
C48	Retroperitoneum, Peritoneum	3	1,4	0,9	3
C50	Brust	83	34,8	23,8	90
C51-C52, C57.7-C57.9	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	5	2,0	1,0	6
C53	Gebärmutterhals	5	2,2	1,5	6
C54-C55	Gebärmutterkörper und n.a.d.	15	6,5	3,6	17
C56, C57.0-C57.4	Eierstock	26	10,9	7,3	28
C58	Plazenta	0	0,0	0,0	0
C64	Niere	8	3,5	1,9	9
C65-C68, D09.0, D41.4	Blase, Nierenbecken und andere Harnwege	13	5,5	3,1	15
C69	Auge	1	0,4	0,3	1
C70-C72	Großhirn und ZNS	15	6,2	4,3	16
C73	Schilddrüse	3	1,2	0,6	3
C74-C75	Andere endokrine Drüsen	0	0,2	0,1	0
C81	Hodgkin-Lymphom	1	0,4	0,3	1
C82-C85, C96	Non-Hodgkin-Lymphom	14	5,9	3,5	15
C88	Bösartige immunoproliferative Krankheiten	2	0,7	0,3	2
C90.0, C90.2	Multipler Myelom	9	3,9	2,3	10
C90.1, C91-C95	Leukämie	19	7,8	4,3	21
D45-D47	Myeloproliferative Erkrankungen und myelodysplastische Syndrome	3	1,4	0,7	4
	Schlecht def. Lokalisationen *	23	9,7	5,2	26
Alle Lokalisationen		502	211,0	129,5	555

* umfasst die Kodexe ICD X: C26.1-C26.9, C38.8, C39, C76-C80, C97. † = Schätzung für das Jahr 2007

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (124 Todesfälle pro Jahr, was 20,4 % der gesamten Todesfälle aufgrund von Neoplasien entspricht), das Kolon-Rektum-Karzinom (70 Todesfälle pro Jahr, 11,5 %), das Prostatakarzinom (69 Todesfälle pro Jahr, 11,4 %), das Magenkarzinom (48 Todesfälle pro Jahr, 7,9 %) und das Leberkarzinom (38 Todesfälle pro Jahr, 6,2 %). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom die häufigste Todesursache aufgrund von Neoplasien (83 Todesfälle pro Jahr, 16,5 %), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (61 Todesfälle pro Jahr, 12,2 %), vom

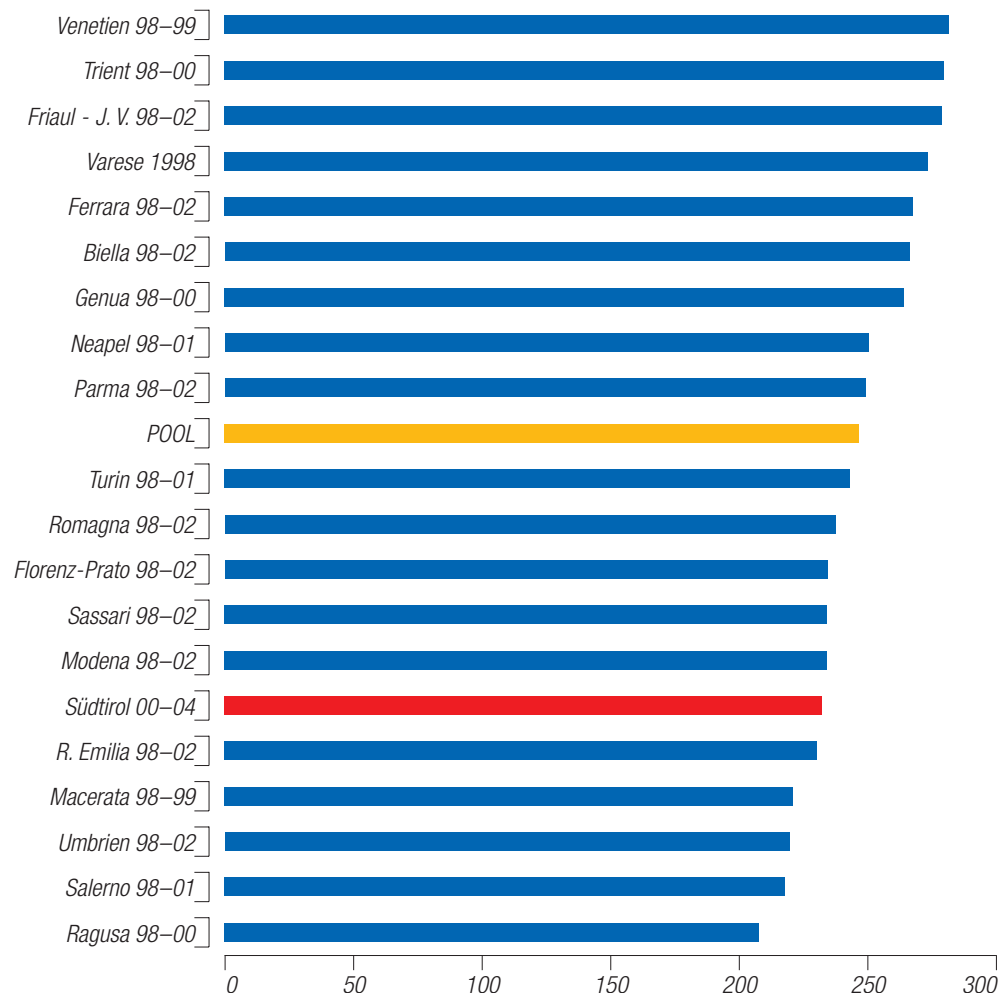
**HÄUFIGSTE TODES-
URSACHEN AUFGRUND
VON TUMOREN**

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND
ALLER TUMOREN**

Lungenkarzinom (46 Todesfälle pro Jahr, 9,2%), vom Magenkarzinom (42 Todesfälle pro Jahr, 8,5%) und vom Pankreaskarzinom (40 Todesfälle pro Jahr, 7,9%).

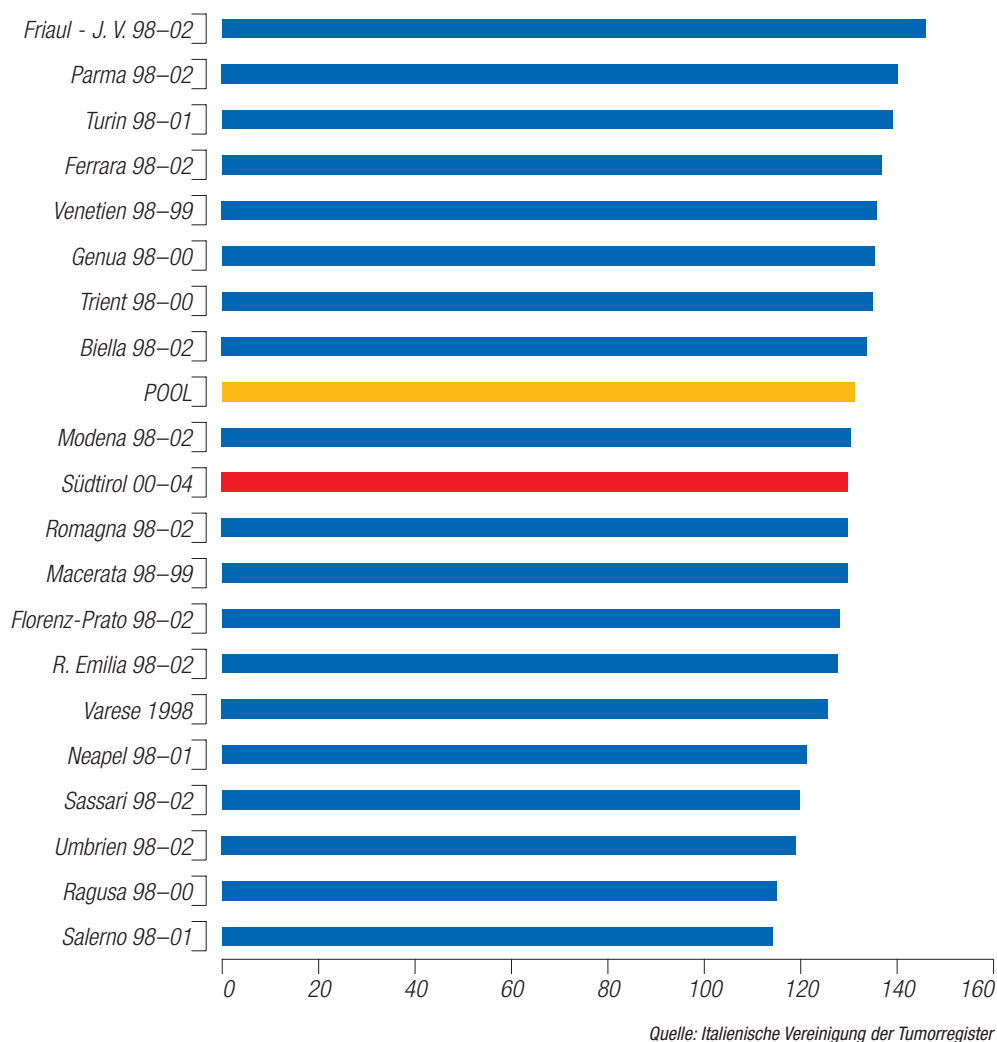
Insgesamt verweist die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren in der männlichen Bevölkerung Südtirol in den Jahren 2000–2004 (232,4 Todesfälle pro 100.000) an eine untere Stelle in der Rangliste der standardisierten Raten der italienischen Tumorregister. Auf gesamtstaatlicher Ebene schwanken die standardisierten Raten für die Männer zwischen 281,7 pro 100.000 (Venetien) und 207,8 pro 100.000 (Ragusa). Im Vergleich der Sterblichkeitsraten bei Frauen liegt Südtirol mit 129,5 Todesfällen pro 100.000 an einer zentralen Stelle der italienischen Rangliste und nur knapp unter dem gewichteten Durchschnitt (130,9). Die Sterblichkeitsraten aufgrund von Tumoren nehmen bei den Frauen niedrigere Werte als bei den Männern an und schwanken zwischen 114,0 pro 100.000 (Salerno) und 145,6 pro 100.000 (Friaul-Julisch Venetien).

Abbildung 14: **Standardisierte Sterblichkeitsraten aufgrund von Tumoren. Männer, Werte pro 100.000 – Ital. Tumorregister**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 15: **Standardisierte Sterblichkeitsraten aufgrund von Tumoren. Frauen, Werte pro 100.000 – Ital. Tumorregister**



3.4. ATEMWEGERKRANKUNGEN

Die Atemwegerkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache.

Die Risikofaktoren für die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie können umweltbedingten (Tabakkonsum, Luftverschmutzung, Atemwegsinfektionen im Kindesalter) oder individuellen genetischen Ursprungs sein.

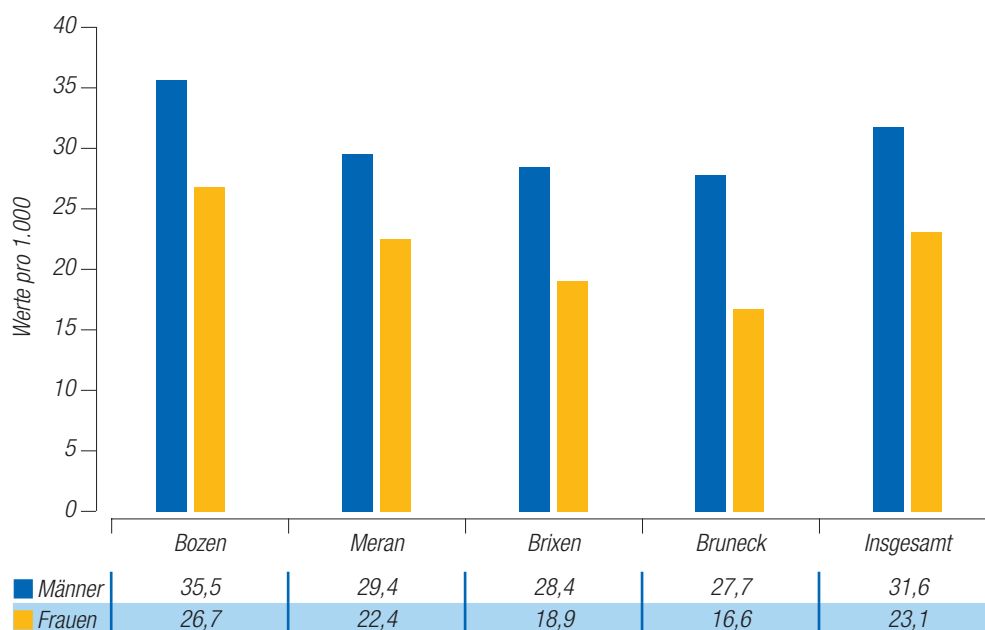
Rauchen ist der wichtigste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15–20 % der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz.

Die Prävalenz der in Südtirol aus dem Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten hervorgehenden chronischen Bronchopathien des Jahres 2007 entspricht 31,1 Fällen pro 1.000 Einwohner (34,7 unter den Männern und 27,5 unter den Frauen), mit einem Altersdurchschnitt der Kranken von 52,3 Jahren für die Männer und 54,9 Jahren für die Frauen. Die Prävalenz fällt im Bezirk Bruneck niedriger aus, in Bozen höher.

RISIKOFAKTOREN

CHRONISCHE BRONCHOPATHIEN

Abbildung 16: **Standardisierte Prävalenz der chronischen Bronchopatie nach Geschlecht und Gesundheitsbezirk – Jahr 2007**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2007 insgesamt auf 6.007, mit einer Hospitalisierungsrate von 1.479,7 pro 100.000 Männer und 1.015,7 pro 100.000 Frauen. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen sind Pneumonie und Grippe sowohl unter den Männern (1.027 Aufenthalte) als auch unter den Frauen (767 Aufenthalte).

Tabelle 10: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Atemwegerkrankung. Südtirol – Jahre 2005 und 2007**

	Aufenthalte 2007	Hospitali- sierungsrate 2007 (x 100.000)	Todesfälle 2005	Sterblich- keitsrate 2005 (x 100.000)
MÄNNER				
Akute Infektionen der oberen Atemwege	624	263,0	3	1,3
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	835	351,9	1	0,4
Pneumonie und Grippe	1.027	432,8	39	16,7
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	509	214,5	82	35,1
Pneumokoniosen	69	29,1	7	3,0
Sonstige Atemwegerkrankungen	447	188,4	13	5,6
Insgesamt	3.511	1.479,7	145	62,0
FRAUEN				
Akute Infektionen der oberen Atemwege	528	214,9	1	0,4
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	564	229,5	0	0
Pneumonie und Grippe	767	312,1	56	23,2
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	332	135,1	38	15,7
Pneumokoniosen	69	28,1	6	2,5
Sonstige Atemwegerkrankungen	236	96,0	11	4,6
Insgesamt	2.496	1.015,7	112	46,3

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv, Landessterblichkeitsregister

Die chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten sind die zweithäufigste Todesursache, vor allem für die Männer, (35,1 pro 100.000), während bei den Frauen die Todesfälle wegen Lungenentzündung und Grippe überwiegen (23,2 pro 100.000).

3.5. DIABETES

Diabetes mellitus ist die häufigste Stoffwechselerkrankung und zeichnet sich durch Hyperglykämie, das heißt eine Überzuckerung des Blutes, aus. Der Blutzuckerspiegel wird durch das Insulin geregelt, ein von der Bauchspeicheldrüse produziertes Hormon. Dank der Wirkung des Insulins beträgt der Blutzuckerspiegel bei leerem Magen normalerweise höchstens 110 mg/dl und nach den Mahlzeiten 140 mg/dl. Wenn wenig oder kein Insulin vorhanden ist oder wenn dieses nicht wirksam funktioniert, kommt es zu Diabetes.

Diabetes mellitus ist mit den entsprechenden Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer und seine Prävalenz steigt ständig an, auch aufgrund der zunehmenden Fettleibigkeit und des erhöhten Bewegungsmangels. Die Prävalenz wird in der Literatur auf ungefähr 4,5 % der allgemeinen Bevölkerung geschätzt (ISTAT 2006), wobei jedoch weitere 3 % an nicht erkanntem bzw. nicht diagnostiziertem Diabetes vorliegen.

Es gibt zwei Hauptformen von Diabetes mellitus:

- Diabetes Typ 1 (zirka 8 % der Fälle) – eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss und durch eine Wechselwirkung zwischen genetischer Anlage und noch nicht klaren umgebungsbedingten Ursachen entsteht.
- Diabetes Typ 2 (über 90 % der Fälle) – tritt charakteristisch im Erwachsenen- oder Greisenalter auf und kann häufig jahrelang mit Diät, körperlicher Betätigung und/oder oralen Antidiabetika unter Kontrolle gehalten werden.

Aus der Analyse der Daten² geht hervor, dass in Südtirol im Jahr 2007 17.162 Diabetiker (16.760 in durchlebten Jahren) zu verzeichnen waren, mit einer Prävalenz an der versorgungsberechtigten Bevölkerung insgesamt von 3,4 %. Es handelt sich um dem Landesgesundheitsdienst bekannte Diabetiker, da diese im Lauf des Jahres 2007 die Ticketbefreiung aufgrund von Diabetes beantragten und/oder spezifische Arzneimittel konsumierten (Insulin, orale Antidiabetika) und/oder sich im Krankenhaus mit einer Diabetes-Diagnose aufhielten und/oder therapeutische diagnostische Ausstattungen erhielten (Lanzetten, Teststreifen für Glukosegehalt und Blutzuckerspiegel, Insulinspritzen usw.).

Die Prävalenz der Krankheit ist nicht besonders gleichmäßig auf dem Landesgebiet verteilt. Die Gesundheitsbezirk Bozen, Meran und Leifers (die großen Stadtzentren) verzeichnen Prävalenzraten in durchlebten Jahren, die über dem Landesdurchschnitt liegen (3,4 %): jeweils 4,7 % (Bozen), 4,4 % (Meran) und 3,9 % (Leifers). Diese drei Sanitäts-sprengel sind durch die höchsten Prävalenzen gekennzeichnet (jeweils 2,8 %, 3,0 % und 3,1 %), auch wenn man den Effekt der unterschiedlichen Struktur nach Alter der Bevölkerung aufhebt (standardisierte Raten). Dies bedeutet, dass der höchste Wert der Raten nicht auf eine ältere Bevölkerung zurückzuführen ist, sondern dass die Diabetiker in höherem Maße auf das Landesgesundheitssystem zurückgreifen.

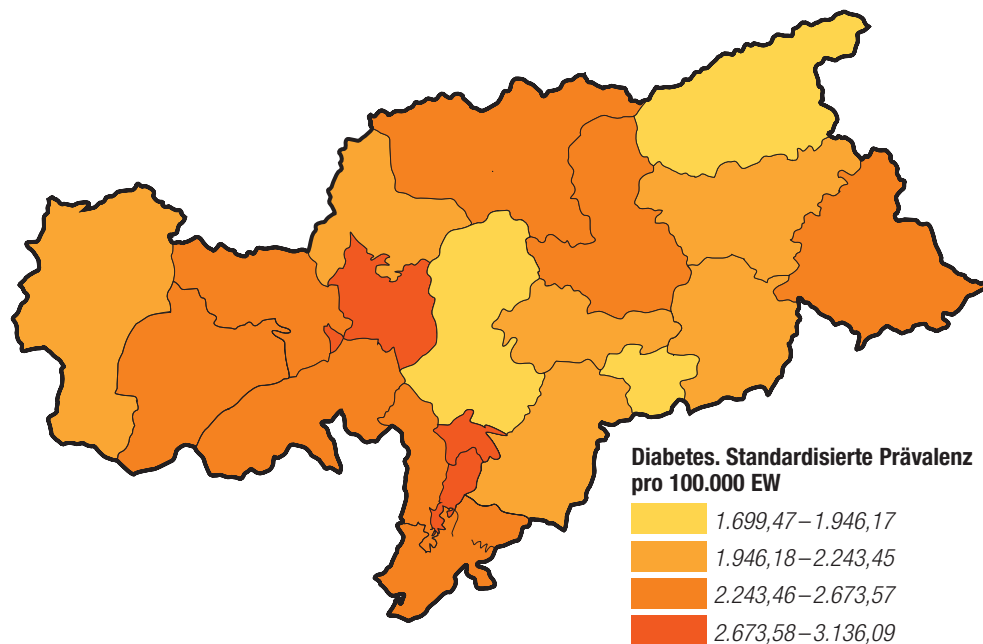
Im Gegensatz dazu werden in einigen Sprengeln wie im Grödnertal, im Tauferer Ahrntal und in Salten-Sarntal-Ritten deutlich geringere Prävalenzen an Diabetikern zwischen 1,7 % und 1,9 % (standardisierte Werte) verzeichnet.

ALLGEMEINE HINWEISE

EINIGE DATEN

² Mapping-Projekt
(siehe Teil 1,
Abschnitt 3.2)

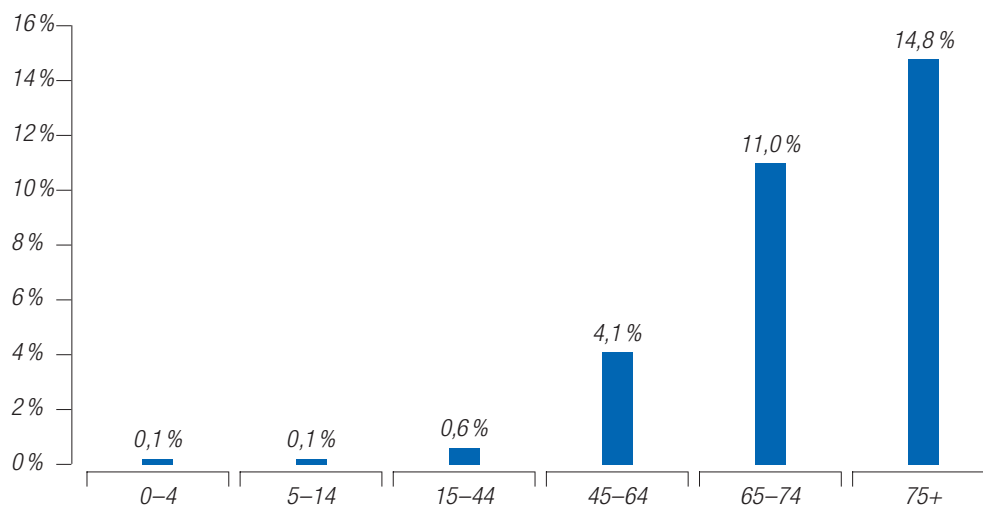
Abbildung 17: Standardisierte Raten der Diabetiker. Südtirol – Jahr 2007



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Prävalenz der Kranken nimmt mit fortschreitendem Alter zu, steigt zwischen 65 und 74 Jahren auf 11 % und erreicht 15 % nach 75 Jahren.

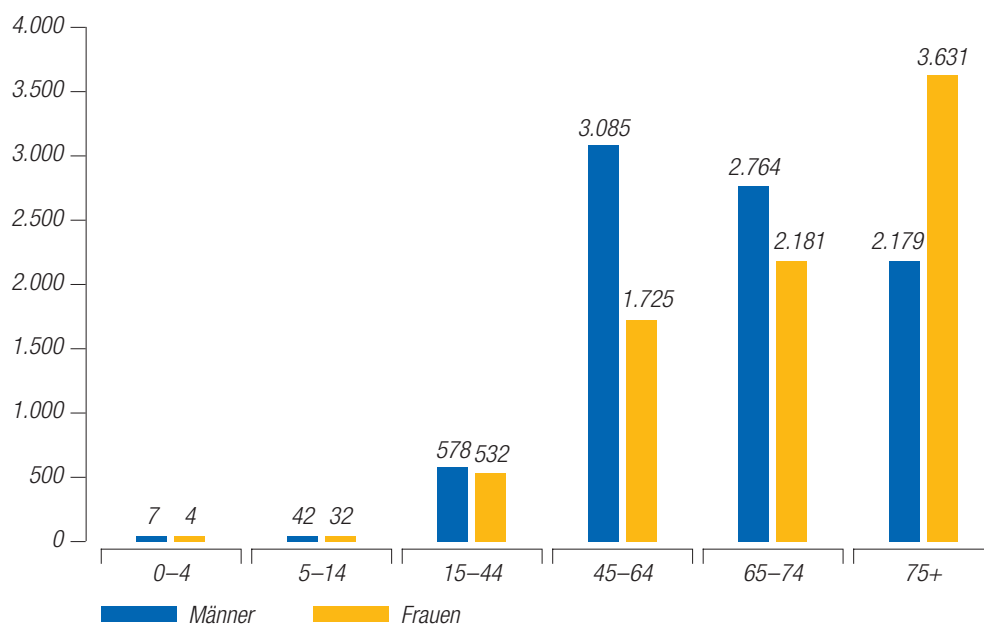
Abbildung 18: Prävalenz der diabetischen Patienten nach Altersklassen – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Bei der Analyse der Südtiroler Diabetikerbevölkerung nach Altersklassen geht hervor, dass über 11.000 Diabetiker (66 %) über 65 Jahre und ein Drittel insgesamt über 75 Jahre alt ist. Das Durchschnittsalter der Diabetikerbevölkerung beträgt 68 Jahre. Im Hinblick auf die Verteilung nach Geschlecht ist der Anteil an Männern etwas höher (51,6 %) als der an Frauen, vor allem in der Altersklasse zwischen 45 und 74 Jahren.

Abbildung 19: Verteilung der diabetischen Patienten nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Zur Behandlung einer Diabetesform müssen unabhängig vom jeweiligen Typus eine angemessene Diät sowie eine korrekte Therapie und ein korrektes Kontrollschema zur Verhütung chronischer Komplikationen befolgt werden.

Die häufigsten Diabeteskomplikationen betreffen die Blutgefäße. Dies betrifft sowohl die großen Blutgefäße, die Herz, Gehirn und Glieder versorgen (Makroangiopathie) als auch die kleinen Blutgefäße, die die Augennetzhaut, die Nerven und die Niere versorgen (Mikroangiopathie).

Fast Dreiviertel der Diabetiker leiden auf Landesebene auch an einer Herz-Kreislauferkrankung. Die kardiovaskulären Krankheiten sind weltweit die häufigsten Todesursachen sowohl für Diabetiker als auch für Nicht-Diabetiker.

Diabetes ist zudem ziemlich häufig mit anderen Zuständen wie Fettleibigkeit und Dyslipidämie verbunden, die zusammen mit Hypertonie das so genannte „Stoffwechselsyndrom“ bewirken (das seinerseits mit einer ausgeprägten Erhöhung des kardiovaskulären Risikos verbunden ist). 72 % der Diabetiker in Südtirol leiden an einem möglichen Stoffwechselsyndrom (leider sind keine Daten über die Fettleibigkeit der Patienten verfügbar).

Zwei Drittel der Diabetikerbevölkerung sind von hohem Blutdruck betroffen. Die Hypertonie kann die Entwicklung von Komplikationen für die Nieren und die Netzhaut begünstigen und zusätzlich verschlimmern.

Diabetes kann außerdem verschiedene Veränderungen des Nervensystems herbeiführen. Diabetiker mit Neuropathien (6,5 %) leiden an Gefühlsstörungen, Schmerzen an den unteren Gliedmaßen oder den Händen, langsamer Verdauung oder Verdauungsstörungen sowie unter Karpaltunnelsyndrom.

Diabetes ist auch eine der häufigsten Ursachen für Niereninsuffizienz, die Dialysebehandlungen notwendig macht. In Bozen leiden 4,5 % der Diabetiker unter schwerer Niereninsuffizienz.

Tabelle 11: Comorbidität der diabetischen Patienten – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)

Diagnose	% der diabetischen Bevölkerung
Diabetiker mit einer Herz-Kreislaufkrankheit	72,6%
Diabetiker mit metabolischem Syndrom	71,6%
Diabetiker mit Hypertonie	67,0%
Diabetiker mit Kardiopathie	39,9%
Diabetiker mit Dyslipidämie	29,0%
Diabetiker mit Bronchopneumopathie	8,1%
Diabetiker mit Vaskulopathie	7,7%
Diabetiker mit Neuropathie	6,5%
Diabetiker mit schwerer Niereninsuffizienz	4,5%

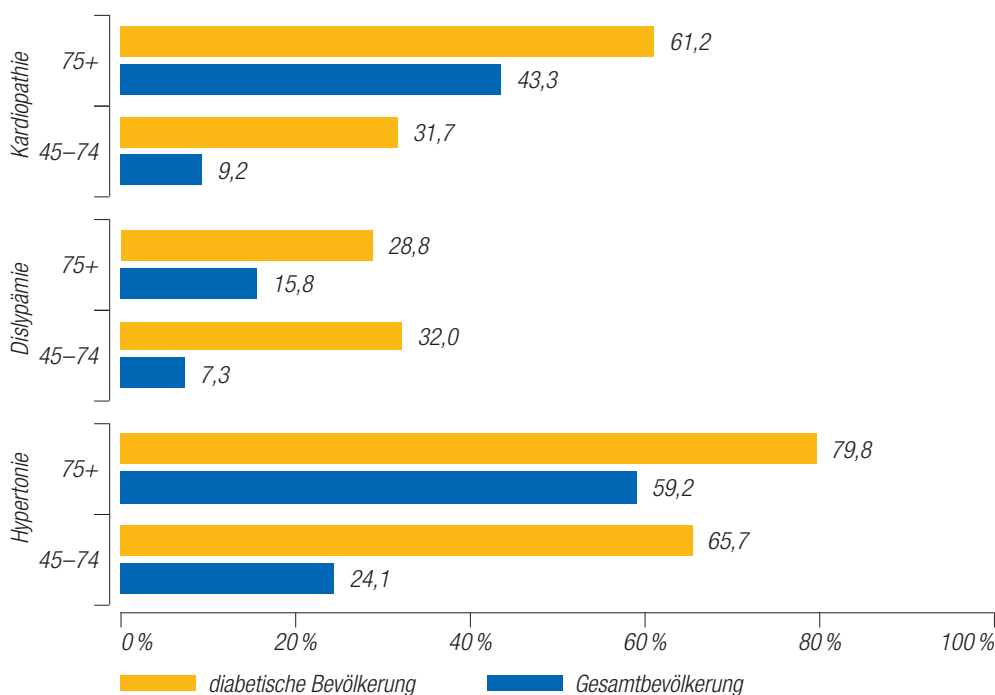
* die Daten über das Übergewicht sind nicht enthalten, da nicht verfügbar

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Verbreitung des Diabetes und die Schwere seiner Komplikationen haben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit. Laut Gesundheitsministerium werden für diese Erkrankung derzeit 15 bis 20 % der gesamten Gesundheitsausgaben verwendet, und die Pro-Kopf-Kosten eines Diabetikers sind 3 Mal so hoch wie die eines Nicht-Diabetikers.

Diabetiker sind insbesondere in der Altersklasse zwischen 45 und 74 Jahren 3 Mal so hoch gefährdet, an Herzproblemen zu sterben wie Personen, die nicht an Diabetes leiden. Auch beträgt das Risiko in Bezug auf Dyslipidämie oder Hypertonie für einen Diabetiker zwischen 45 und 74 Jahren das 4- bzw. 5-fache im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Abbildung 20: Verteilung der Komplikationen unter der diabetischen und der Gesamtbevölkerung ≥ 45 Jahre – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)

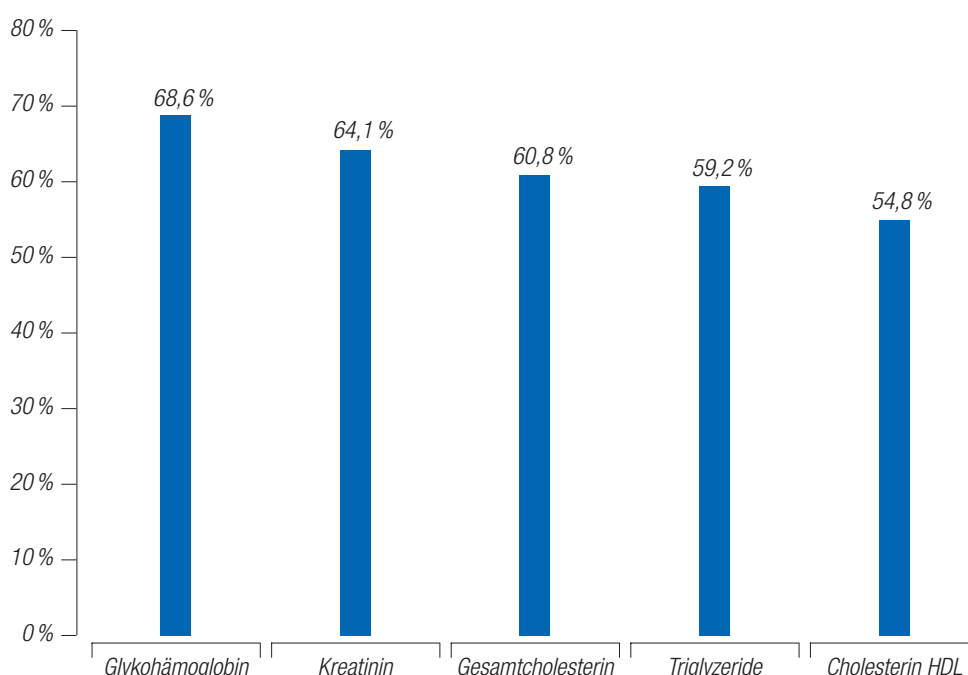


Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die gesamtstaatlichen Leitlinien der Associazione Medici Diabetologici (AMD – Verband italienischer Diabetesärzte) sehen Prozessindikatoren zur Überwachung der Qualität der Versorgung von Patienten, die unter Diabetes mellitus leiden, vor. Mit diesen Indikatoren wird gemessen, wie oft die Kontrolluntersuchungen in einem Jahr durchgeführt werden (Glykohämoglobin, Kreatinin, Cholesterin, Triglyzeride).

69 % der Südtiroler Diabetiker prüfen das Glykohämoglobin mindestens einmal pro Jahr (der Bezugswert beträgt 84 %, Studie AMD 2007). 2007 unterzogen sich die Diabetiker durchschnittlich 2 Mal dieser Untersuchung.

Abbildung 21: **Prozentsatz der von der diabetischen Bevölkerung durchgeführten Diagnoseuntersuchungen – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol zirka 150 Einweisungen pro 100.000 Einwohner (*siehe auch Teil 2, Krankenhausversorgung*).

Wenn nur die ordentlichen Einweisungen wegen Diabetes mit langfristigen Komplikationen berücksichtigt werden, sinkt die Hospitalisierungsrate auf 65 pro 100.000 Einwohner, was 43 % der Einweisungen wegen Diabetes insgesamt entspricht. Berücksichtigt wurden Komplikationen in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, sowie auf das periphere Kreislaufsystem, oder andere spezifizierte und nicht spezifizierte Komplikationen (Kodes ICD9-CM 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x).

Hinsichtlich der pharmakologischen Therapie der Diabetiker wird festgestellt, dass 65 % mindestens ein orales Antidiabetikum eingenommen haben, 36 % mindestens ein Antiaggregationsmittel, 34 % einen Lipidsenker und 18 % Insulin. Die pharmakologische Behandlung von Diabetes sieht in den meisten Fällen die Kombination mehrerer Arzneimittel vor.

DIAGNOSTISCHE FESTSTELLUNGEN

KRANKENHAUS- AUFENTHALTE AUFGRUND VON DIABETES

PHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG

**MELDUNG DER
INFEKTIONSKRANKHEITEN**

3.6. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Die Infektionskrankheiten werden aufgrund der Meldepflicht seitens der Ärzte in vier Klassen unterteilt.

Die Klasse I umfasst sämtliche Krankheiten, die unmittelbar gemeldet werden müssen (Cholera, Gelbfieber, epidemisches Rekurrenzfieber, virales hämorrhagisches Fieber, Pest, Poliomyelitis, Flecktyphus, Botulismus, Diphtherie, Grippe mit viraler Isolation, Tollwut, Tetanus und Trichinose).

Zur Klasse II gehören Krankheiten, die aufgrund ihrer Häufigkeit und/oder der erforderlichen Kontrollmaßnahmen relevant sind (Blennorrhagie, Brucellose, nicht durch Salmonellen verursachte infektiöse Diarrhöe, Virushepatitis A, B, NANB und eines nicht näher bestimmten Typs, Typhusfieber, Legionellose, Haut- und Darmleishmaniose, Leptospirose, Listeriose, Meningitis und Enzephalitis und akute virale Enzephalitis, Meningokokkenmeningitis, Masern, Mumps, Keuchhusten, Rickettsiose (jedoch nicht Exanthemtyphus), Röteln, nicht typhusartige Salmonellose, Scharlach, Syphilis, Tularämie und Windpocken).

Unter die Klasse III fallen jene Krankheiten, für die eine besondere Dokumentation verlangt wird (AIDS, Lepra, Malaria, nicht-tuberkulöse Mykobakteriose und Tuberkulose).

Bei den Krankheiten der Klasse IV muss nach der Meldung des Einzelfalls durch den Arzt die Meldung des Sanitätsbetriebs nur bei Auftreten epidemischer Herde erfolgen (Hautmykose (Schorf), Infektionen, Toxinschädigungen und Verseuchungen durch Lebensmittel, Pedikulose und Skabies).

Die Infektionskrankheiten und Seuchen, die beim Sanitätsbetrieb gemeldet werden, die Zoonosen und die nicht genannten Krankheiten gehören der Klasse V an.

Die im Jahr 2007 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 2.822 Fällen, was einer Inzidenz von 584,2 pro 100.000 Einwohner entspricht.

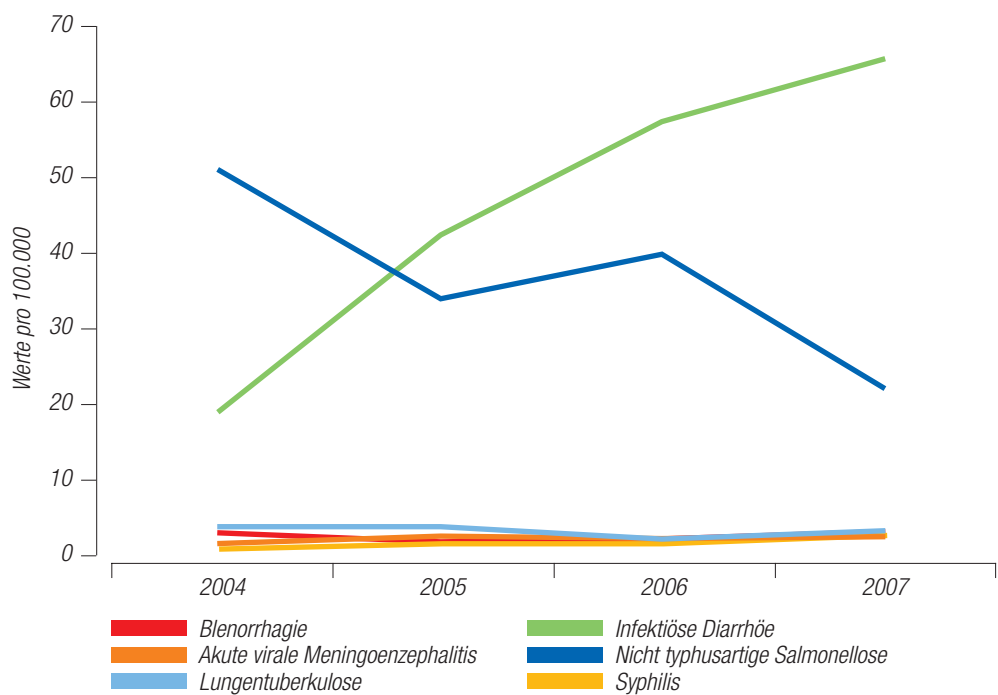
Tabelle 12: **Melderaten für einige Infektionskrankheiten. Südtirol. Jahr 2007**

	<i>Meldungen</i>	<i>Meldungen pro 100.000</i>
<i>Blennorrhagie</i>	14	2,9
<i>Infektiöse Diarrhöe</i>	316	65,4
<i>Virushepatitis A</i>	3	0,6
<i>Virushepatitis B</i>	3	0,6
<i>Virushepatitis C</i>	1	0,2
<i>Virushepatitis E</i>	2	0,4
<i>Typhusfieber</i>	1	0,2
<i>Legionellose</i>	5	1,0
<i>Leptospirose</i>	1	0,2
<i>Meningokokkenmeningitis</i>	3	0,6
<i>Akute virale Meningoenzephalitis</i>	11	2,3
<i>Masern</i>	5	1,0
<i>Epidemischer Mumps</i>	34	7,0
<i>Keuchhusten</i>	55	11,4
<i>Röteln</i>	445	92,1
<i>Nicht typhusartige Salmonellose</i>	107	22,2
<i>Scharlach</i>	598	123,8
<i>Syphilis</i>	13	2,7
<i>Windpocken</i>	2.822	584,2
Insgesamt Klasse II	4.439	919,0
<i>Lungentuberkulose</i>	15	3,1
<i>Extrapulmonäre Tuberkulose</i>	1	0,2
Insgesamt Klasse III	16	3,3

Quelle: SIMI

Nach den epidemischen Spitzenwerten der Jahre 1997 und 1999 wurden in Südtirol keine Masernepidemien mehr verzeichnet, was auch den in den letzten Jahren durchgeführten Impfkampagnen zu verdanken ist. Dasselbe gilt für den Mumps nach der Mumpsepidemie des Jahres 2000. Die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit war die nicht typhusartige Salmonellose, die jedoch eine rückläufige Tendenz verzeichnet. Im Anstieg sind hingegen die Meldungen der infektiösen Diarrhöe.

Abbildung 22: **Melderaten für einige Infektionskrankheiten – Jahre 2004–2007**



Quelle: SIMI

Tabelle 13: Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Infektionskrankheiten. Südtirol – Jahre 2005 und 2007

	Aufenthalte 2007	Hospitalisie- rungsrate 2007 (pro 100.000)	Todesfälle 2007	Sterblich- keitsrate 2005 (pro 100.000)
MÄNNER				
Darminfektionen	418	86,5	3	0,6
Tuberkulose	23	4,8	1	0,2
Von Tieren übertragene bakterielle Erkrankungen	1	0,2	–	–
Sonstige bakterielle Erkrankungen	261	54,0	10	2,1
HIV	8	1,7	2	0,4
Poliomyelitis und andere virale Krankheiten des zentralen Nervensystems	–	–	–	–
Virale Krankheiten mit Exanthem	82	17,0	–	–
Viruskrankheiten durch Arthropoden	1	0,2	–	–
Andere Virus- und Chlamydia-Krankheiten	50	10,4	2	0,4
Rickettsiose und andere Krankheiten durch Arthropoden	5	1,0	–	–
Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten	3	0,6	–	–
Andere Krankheiten durch Spirochäten	2	0,4	–	–
Mykosen	8	1,7	–	–
Helminthiasen	2	0,4	–	–
Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	16	3,3	1	0,2
Folgeerscheinungen von Infektions- und parasitären Krankheiten	3	0,6	–	–
Insgesamt	883	182,8	19	4,0
FRAUEN				
Darminfektionen	456	94,4	8	1,7
Tuberkulose	11	2,3	–	–
Von Tieren übertragene bakterielle Erkrankungen	–	–	–	–
Sonstige bakterielle Erkrankungen	275	56,9	16	3,4
HIV	7	1,4	–	–
Poliomyelitis und andere virale Krankheiten des zentralen Nervensystems	–	–	1	0,2
Virale Krankheiten mit Exanthem	92	19,0	–	–
Viruskrankheiten durch Arthropoden	2	0,4	–	–
Andere Virus- und Chlamydia-Krankheiten	51	10,6	1	0,2
Rickettsiose und andere Krankheiten durch Arthropoden	3	0,6	–	–
Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten	2	0,4	1	0,2
Andere Krankheiten durch Spirochäten	–	–	–	–
Mykosen	8	1,7	–	–
Helminthiasen	2	0,4	–	–
Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	13	2,7	–	–
Folgeerscheinungen von Infektions- und parasitären Krankheiten	1	0,2	1	0,2
Insgesamt	923	191,1	28	5,9

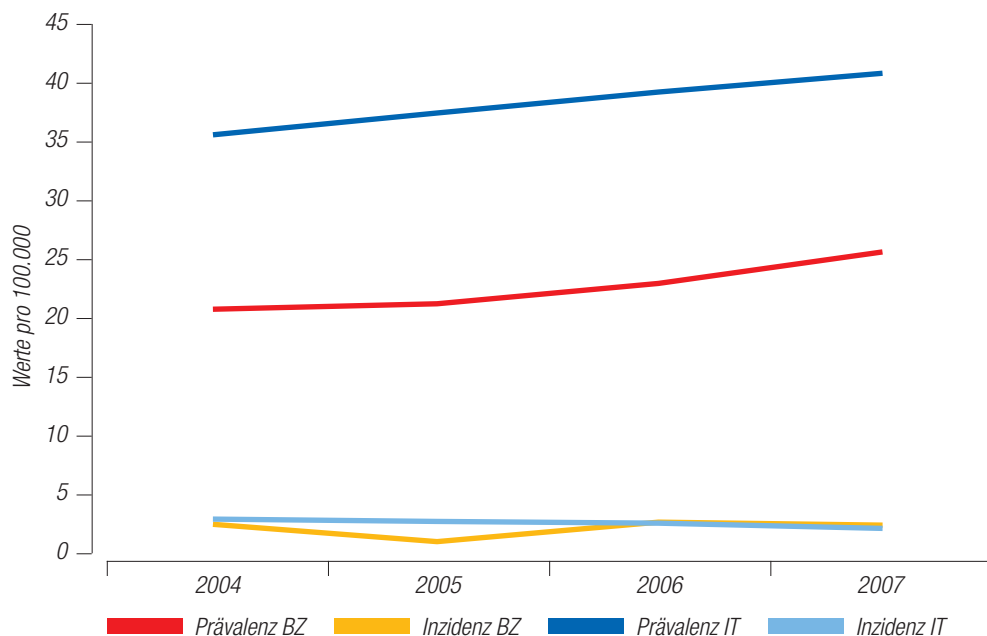
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv, Landessterblichkeitsregister

AIDS

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2006 wurden in Südtirol 261 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der neuen AIDS-Fälle, die im Jahr 2007 gemeldet wurden, betrug 11, d.h. 2,3 pro 100.000 Einwohner. In Italien wurden 1.144 neue Fälle gemeldet; dies entspricht einer Inzidenz von 1,9 Fällen pro 100.000 Einwohner. Den gesamtstaatlichen Daten zufolge nimmt das Durchschnittsalter bei der Diagnose von 29 Jahren im Jahr 1987 auf 43 Jahre im Jahr 2007 unter den Männern und von 26 Jahren auf 40 Jahre unter den Frauen zu. Ansteigend ist außerdem der Anteil der Fälle, die heterosexuellen Kontakten zuzuschreiben sind, welche seit 2002 die häufigste Übertra-

gungsmodalität darstellen (43,9 % der Fälle im Zweijahreszeitraum 2006–2007), gefolgt von der Risikogruppe der Drogenabhängigen (26,7 %) und Homo-/Bisexuellen (21,8 %). Die neuen HIV-Infektionen machten 2006 in Südtirol einen Anteil von 4,7 pro 100.000 Einwohner aus (3,7 im Jahr 2005).

Abbildung 23: Inzidenz- und Prävalenzraten von AIDS. Südtirol und Italien – Jahre 2004–2007



Quelle: ISS

3.7. SELTENE KRANKHEITEN

Die seltenen Krankheiten werden auf der Grundlage einer niedrigen Prävalenz in der Bevölkerung definiert; ihre Anzahl wird von der Weltgesundheitsorganisation auf rund 5.000 geschätzt. Die Inzidenz in der Bevölkerung, einziges Element bei der Festlegung der Bedingung ihrer „Seltenheit“, verläuft in den verschiedenen Ländern unterschiedlich: das Europäische Parlament legt die Prävalenzgrenze auf nicht über 5 Fälle pro 10.000 Einwohner fest.

Von der Seltenheit dieser Krankheiten hängen zum Teil die Schwierigkeiten der Patienten ab, eine angemessene und rechtzeitige Diagnose sowie eine geeignete Behandlung zu erhalten. Die Patienten und deren Familienangehörige erfahren eine zweifach schmerzhaft Erfahrung: jene der Krankheit selbst und jene des Sich-Selbst-Überlassenseins, was auf die wenigen verfügbaren wissenschaftlichen Daten zurückzuführen ist („über die Krankheit ist wenig bekannt“).

Diese Krankheiten, die meistens genetisch bedingt sind, bedürfen einer besonderen fachärztlichen Versorgung, da ein über die reine Theorie hinausgehendes Wissen nötig ist (einige seltene Krankheiten werden nicht einmal in der Fachliteratur erwähnt).

Unter Einhaltung der Vorschriften laut MD Nr. 279 vom 18.05.2001 und in Durchführung der 2004 zwischen den Regionen Veneto und Friaul-Julisch-Venetien sowie den Autonomen Provinzen Trient und Bozen geschlossenen Vereinbarung arbeitete eine gemeinsame Gruppe klinischer und technischer Vertreter aller vier Verwaltungen daran, die objektiven und messbaren Indikatoren für die Akkreditierung der für das Versorgungsnetz auszuwäh-

WAS SIND SELTENE
KRANKHEITEN

VERSORGUNGSNETZ

lenden Einrichtungen festzulegen. In der Autonomen Provinz Bozen wurde das Zentral-krankenhaus Bozen als Bezugszentrum für einige seltene Krankheiten mit 12 Abteilungen ausgewählt (Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Augenheilkunde, Urologie, Neurologie, Pädiatrie, Hämatologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Neurochirurgie, HNO). Die Aufgaben des Bezugszentrums betreffen die Bescheinigung der Diagnosen als Voraussetzung, um spezifische Begünstigungen je nach erstellter Diagnose einer seltenen Krankheit zu bekommen, sowie die Abfassung eines persönlichen Therapieplans. Zusätzlich zu den nach den Regelungen zur Freistellung von der Kostenbeteiligung durchführbaren Therapien kann der persönliche Therapieplan auch Behandlungen und Eingriffe festlegen, die zur Verbesserung des klinischen Zustands, der Lebensqualität und der Entwicklung der Symptome der seltenen Erkrankung, an welcher der Patient leidet, nützlich sind. Daher stellt der Plan ein Verbindungsmittel zwischen dem Zentrum und den territorialen Diensten, den frei gewählten Allgemeinärzten und Kinderärzten sowie den anderen Fachleuten und Fachärzten des Servicenetzwerks dar. Zudem wurde beim Genetischen Beratungsdienst das Landeskoordinierungszentrum für den Zugriff auf das interregionale Netzwerk der seltenen Krankheiten eingerichtet, das zusätzlich zur Diagnostik, Beratungsleistungen in Bezug auf Bescheinigung, Freistellung und Registrierung von Patienten mit seltenen Krankheiten bietet.

Im Hinblick auf die pharmazeutische Betreuung wurden die nachfolgenden Maßnahmen zugunsten von Patienten mit seltenen Krankheiten eingeführt:

- Abschaffung der Kostenbeteiligung (Ticket) für Arzneimittel der Klasse A und für Rezepturarzneien.
- Kostenlose Ausgabe einiger wesentlicher Arzneimittel der Klasse C für Patienten mit seltenen neurologischen oder Stoffwechselerkrankungen, die das Nervensystem betreffen.

EINIGE DATEN

Anhand der Untersuchung der KEB von 2002 bis 2004 konnte die Anzahl der von seltenen Krankheiten betroffenen Patienten in Südtirol auf rund 2.600 geschätzt werden. 2007 zählten die aktiven Ticket-Befreiungen aufgrund seltener Krankheiten knapp unter 1.600 Personen für insgesamt über 100 verschiedene Krankheiten, was beweist, dass nicht alle von diesen Krankheiten betroffenen Patienten um die Ticket-Befreiung ansuchen. Die häufigste Ticket-Befreiung aufgrund einer seltenen Krankheit war im Jahr 2007 in Südtirol jene für Keratokonus (Verwölbung der Hornhaut). Auch die Ticket-Befreiungen für die zöliakische Sprue nahmen in den letzten Jahren ständig zu, weshalb das Gesundheitsministerium beschloss, mit einem spezifischen Gesetz einzugreifen und sie nicht mehr in die seltenen Krankheiten einzustufen.

In Bezug auf die in den Landesarchiven registrierten Ticket-Befreiungen bleiben jedoch alle neuromuskulären Krankheiten sowie alle Chromosomenkrankheiten ausgeschlossen, die durch eine erhebliche Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen geprägt sind.

Tabelle 14: **Häufigste Ticket-Befreiungen aufgrund von seltenen Krankheiten in Südtirol – Jahr 2007 (durchlebte Jahre)**

Seltene Krankheit	Männer	Frauen	Insgesamt	Durchschn. Alter
Angeborene Alterationen des Eisenstoffwechsels	112	24	136	52,1
Vererbte Anämien	21	19	40	36,5
Angeborener Mangel an Alpha-1-Antitrypsin	31	35	66	29,6
Keratokonius	132	77	209	38,0
Nicht differenzierte Konnektivitis	7	71	78	50,6
Dermatomyositis	12	18	30	51,5
Vererbte Koagulopathien	49	30	79	38,2
Netzhaut-Dystrophien	28	30	58	46,6
Primäre Immuninsuffizienzen	19	22	41	35,6
Neurofibromatose	19	27	46	36,0
Dysplastischer Nävuszellnävus	61	60	121	36,6
Angeborene adrenogenitale Syndrome	17	27	44	26,7
Sonstige Befreiungen aufgrund seltener Krankheiten	284	354	638	38,9
Insgesamt	792	794	1.586	39,8

Quelle: Ticket-Befreiungen

3.8. PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Das psychiatrische Betreuungsnetz umfasst alle Einrichtungen für psychisch Kranke, die direkt den Psychiatrischen Diensten des Sanitätsbetriebs unterstehen, und sogenannte sozio-psychiatrische Einrichtungen, die von den Sozialdiensten getragen werden und den Psychiatrischen Diensten fachlich zugeordnet sind.

Das psychiatrische Betreuungsnetz garantiert ganzheitliche, nämlich auf medizinischer, psychologischer und sozialer Ebene erfolgende Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen. Zu diesem Zweck vernetzt es therapeutisch und organisatorisch verschiedene Einrichtungen und Institutionen. Diese komplexe, von den Psychiatrischen Diensten gesteuerte Vorgangsweise hat das Ziel, eine möglichst flexible, umfassende und den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Betreuung zu garantieren, die auf vollständige Heilung und bestmögliche Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft ausgerichtet ist.

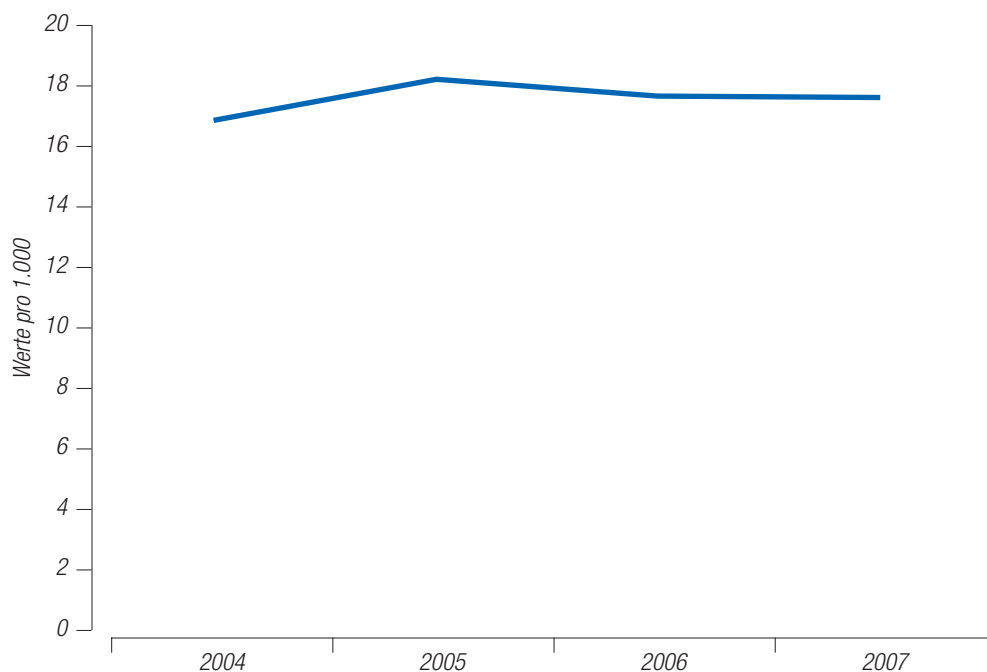
Nach ihrer Funktion unterscheidet man folgende Einrichtungen des psychiatrischen Betreuungsnetzes:

Die dem Sanitätsbetrieb unterstellten Einrichtungen der Psychiatrischen Dienste sind die Zentren Psychischer Gesundheit (ZPG), die Psychiatrischen Abteilungen, die Day-and-Night Hospitals, die Rehabilitationszentren und verschiedene Formen Psychiatrischer Wohnheime.

2007 wurden 8.491 Personen von den Zentren Psychischer Gesundheit des Landes versorgt, was 1,76 Prozent der Bevölkerung entspricht.

**VON DEN ZPG
BETREUTE PATIENTEN**

Abbildung 24: Von den ZPG versorgte Patienten. Südtirol – Jahre 2004–2007



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Südtiroler Sanitätsbetrieb – ZPG

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

2007 wurden insgesamt 3.297 Patienten mit psychiatrischer Primärdiagnose aus Landeskrankenanstalten entlassen, was 6,826 Prozent der Südtiroler Bevölkerung entspricht.

Bei den Entlassungsdiagnosen überwiegen bei den Männern Alkoholabhängigkeit (22,3 %) und affektive Psychosen (18,6 %), bei den Frauen dagegen affektive Psychosen (37,6 %), gefolgt von neurotischen Störungen (14,1 %), schizophrenen Psychosen (11,8 %) und senilen organischen Psychosen (11,7 %).

Tabelle 15: Krankenhausentlassungen nach psychiatrischen Diagnosen – Jahr 2007

	Männer		Frauen	
	Fälle	Rate pro 100.000	Fälle	Rate pro 100.000
Organische senile und präsenile psychotische Zustände (290)	75	31,6	179	72,8
Alkoholpsychosen (291)	76	32,0	13	5,3
Medikamentenpsychosen (292)	20	8,4	11	4,5
Vorübergehende organische psychotische Zustände (293)	27	11,4	29	11,8
Sonstige organische psychotische Zustände (294)	12	5,1	17	6,9
Schizophrene Psychosen (295)	148	62,4	181	73,7
Affektive Psychosen (296)	285	120,1	576	234,4
Wahnsinnszustände (297)	11	4,6	10	4,1
Sonstige, nicht organische Psychosen (298)	60	25,3	77	31,3
Psychosen mit spezifischem Ursprung in der Kindheit (299)	4	1,7	0	0,0
Neurotische Störungen (300)	100	42,1	216	87,9
Persönlichkeitsstörungen (301)	43	18,1	68	27,7
Abweichendes Sexualverhalten und sexuelle Störungen (302)		0,0		0,0
Alkoholabhängigkeitssyndrom (303)	341	143,7	128	52,1
Medikamentensucht (304)	27	11,4	8	3,3
Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit (305)	167	70,4	72	29,3
Somatische Funktionsstörungen (306)	19	8,0	27	11,0
Besondere Symptome oder Syndrome (307)	21	8,9	48	19,5
Akute Reaktion auf Stresssituationen (308)	10	4,2	17	6,9
Anpassungsreaktionen (309)	44	18,5	61	24,8
Spezifische psychische Störungen (310)	6	2,5	5	2,0
Nicht klassifizierte depressive Störungen (311)	6	2,5	9	3,7
Verhaltensstörungen (312)	13	5,5	2	0,8
Emotivitätsstörungen (313)	1	0,4	2	0,8
Kindliches Hyperkinesesyndrom (314)	1	0,4	0	0,0
Spezifische Retardierung der Entwicklung (315)	1	0,4	0	0,0
Mit sonstigen, anderswo klassifizierten Krankheiten zusammenhängende psychische Faktoren (316)		0,0		0,0
Leichte Oligophrenie (317)	3	1,3	3	1,2
Sonstige spezifizierte Oligophrenien (318)	6	2,5	6	2,4
Nicht spezifizierte Oligophrenien (319)	5	2,1	0	0,0
Insgesamt	1.532	645,6	1.765	718,3

Quelle: Sanitätsbetrieb – Zentren für psychische Gesundheit

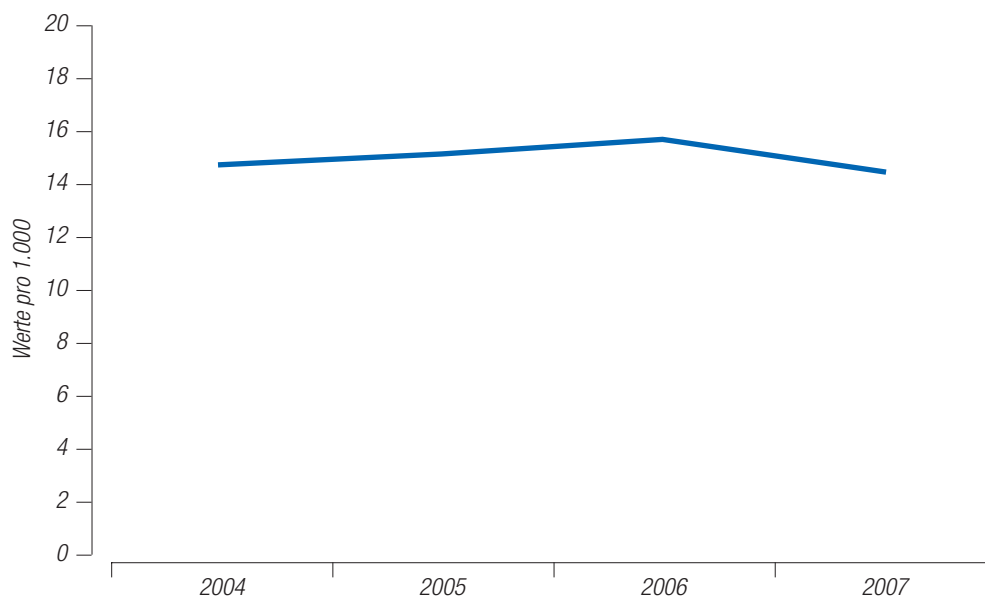
Im Jahr 2007 wurden von den Psychologischen Diensten 6.981 Patienten versorgt; das entspricht 1,45 Prozent der Bevölkerung Südtirols. 40,4 % davon waren neue Patienten. 1.678 Nutzer wurden vom Dienst für Verkehrspsychologie betreut.

Die Psychologischen Dienste erbrachten im Laufe des Jahres 53.411 Leistungen, durchschnittlich 7,7 pro Nutzer. Die häufigsten Leistungen waren psychologische Beratungen (32,3 %) und diagnostische Bewertungen (31,2 %). 9.063 Psychotherapien (17,0 % der Leistungen) und 6.058 (11,3 %) fachübergreifende Fallbesprechungen wurden durchgeführt. 8,2 % der Leistungen betrafen Prävention, Projektvorbereitung und Tutoring.

**VON DEN
PSYCHOLOGISCHEN
DIENSTEN BETREUTE
PATIENTEN**

SELBSTMORD

Abbildung 25: Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten. Südtirol – Jahre 2004–2007

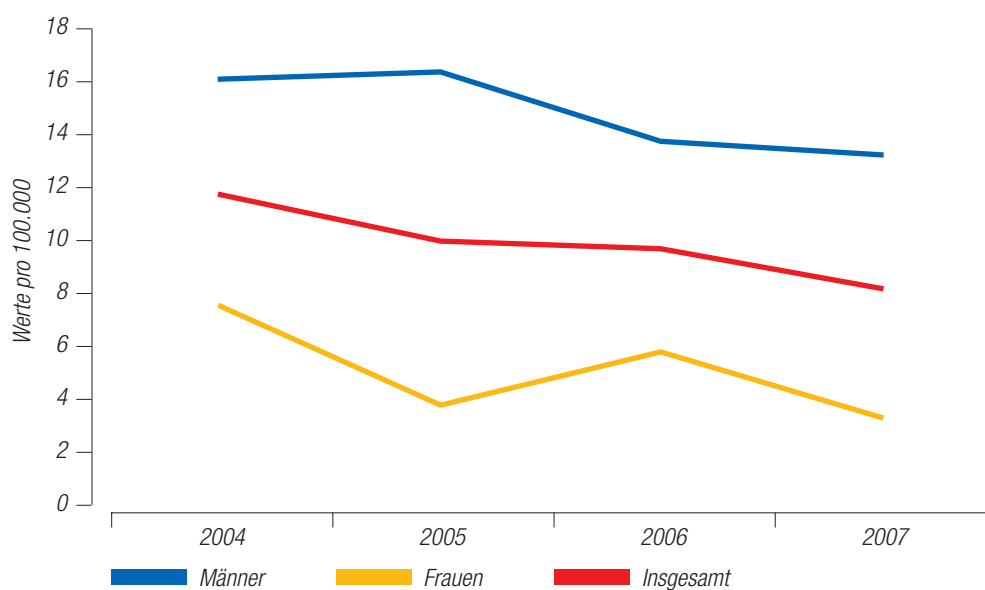


Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Psychologische Dienste

Im Zehnjahreszeitraum 1998–2007 gab es in Südtirol 525 Selbsttötungen. Dies entspricht 52,5 Fällen pro Jahr. Seit 2005 liegt die Anzahl der in Südtirol verzeichneten Suizide unter 50 pro Jahr (47 im Jahr 2005, 46 im Jahr 2006 und 39 im Jahr 2007). Das Phänomen ist seit den 90er Jahren mit ihren Spitzenwerten ständig, wenn auch schwankend, rückläufig. Die Häufigkeit von Suiziden misst man weltweit mit der Suizidrate, das ist die Anzahl der Selbsttötungen pro Jahr auf 100.000 Einwohner.

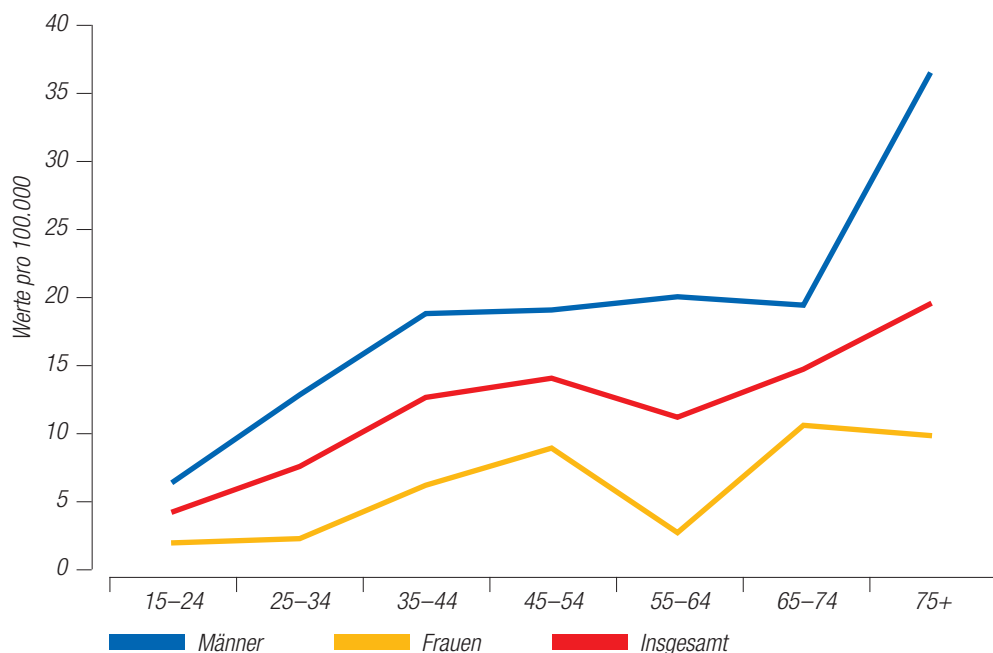
Männer sind gefährdeter als Frauen, die entsprechende Suizidrate (unbereinigt) ist 4 Mal höher und beträgt im Jahr 2007 13,1 gegenüber 3,3. Insgesamt scheint das Phänomen jedoch rückläufig zu sein (Südtiroler Suizidrate 2007: 8,1).

Abbildung 26: Selbstmordrate nach Geschlecht. Südtirol – Jahre 2004–2007



Quelle: Landessterblichkeitsregister

Abbildung 27: Selbstmordrate nach Altersklassen. Südtirol – Jahre 2004–2007



Quelle: Landessterblichkeitsregister

3.9. UNFÄLLE

3.9.1. Verkehrsunfälle

2006 ereigneten sich in Südtirol 1.255 Verkehrsunfälle, in denen 53 Menschen ums Leben kamen und 1.641 verletzt wurden. In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Zahl der Verkehrsunfälle um 13,4 % gegenüber 2005 und um 39,1 % in den letzten 5 Jahren gesunken. Auch die Zahl der Toten und Verletzten ist rückläufig: die Zahl der Toten um 24,3 % gegenüber 2005 und um 39,8 % in den letzten 5 Jahren, die Zahl der Verletzten um 12,0 % gegenüber 2005 und um 38,6 % in den letzten 5 Jahren. Die meisten Unfälle spielten sich auf Staatstraßen (39,9 %) und Gemeindestraßen (38,2 %) ab.

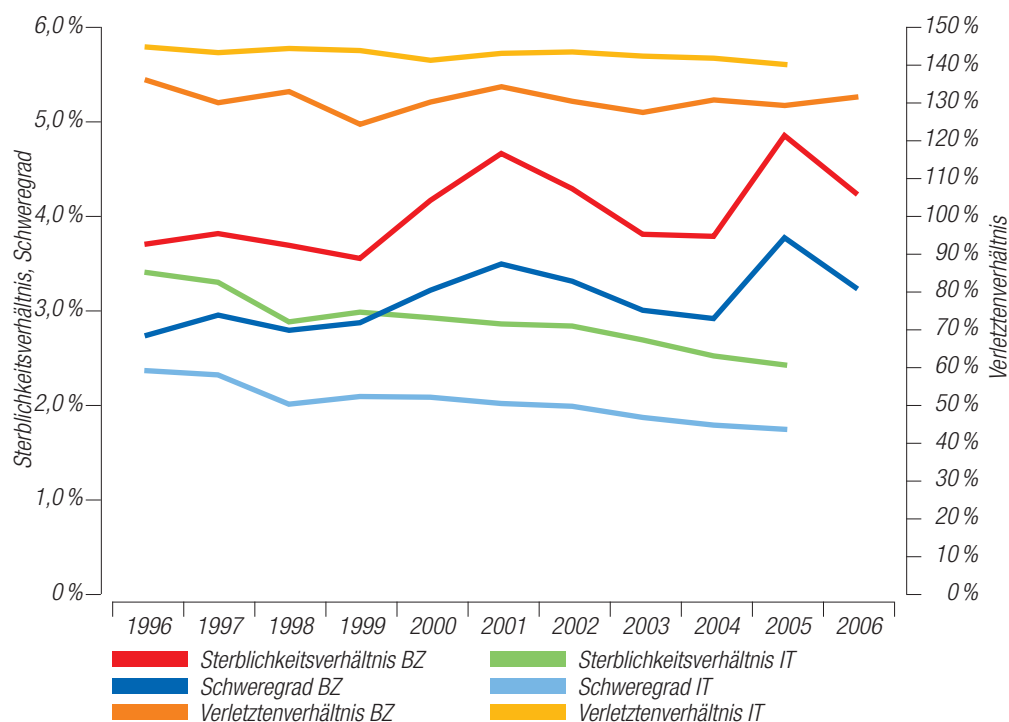
Die Ausgänge der Verkehrsunfälle unterscheiden sich je nach Art der Straße. 45,3 % der Todesfälle ereigneten sich auf Staatstraßen, 20,8 % auf Landesstraßen und 18,9 % auf Gemeindestraßen. 45,1 % der Verletzten waren in einen Unfall auf Staatsstraßen, 32,1 % auf Gemeindestraßen und 13,8 % auf Landesstraßen verwickelt.

Das Schwereverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Verletzten) ist höher auf Gemeindestraßen außerhalb der Stadtzentren (8,5 %) und geringer in Stadtzentren (1,9 %). Eine analoge Situation ergibt sich für das Sterblichkeitsverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Unfälle), das höher für die Unfälle auf Straßen außerhalb der Stadtzentren (9,4 %) und geringer auf Straßen in Stadtzentren (2,2 %) ausfällt. Das Verletztenverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Verletzten und der Zahl der Unfälle) ist höher auf der Autobahn (147,5 %) und geringer auf den Gemeindestraßen (116,6 %).

Das Schwere- und Sterblichkeitsverhältnis liegt konstant über dem nationalen Durchschnitt, während das Verletztenverhältnis unter den gesamtstaatlichen Durchschnittswerten bleibt.

AUSGÄNGE DER VERKEHRSunFÄLLE

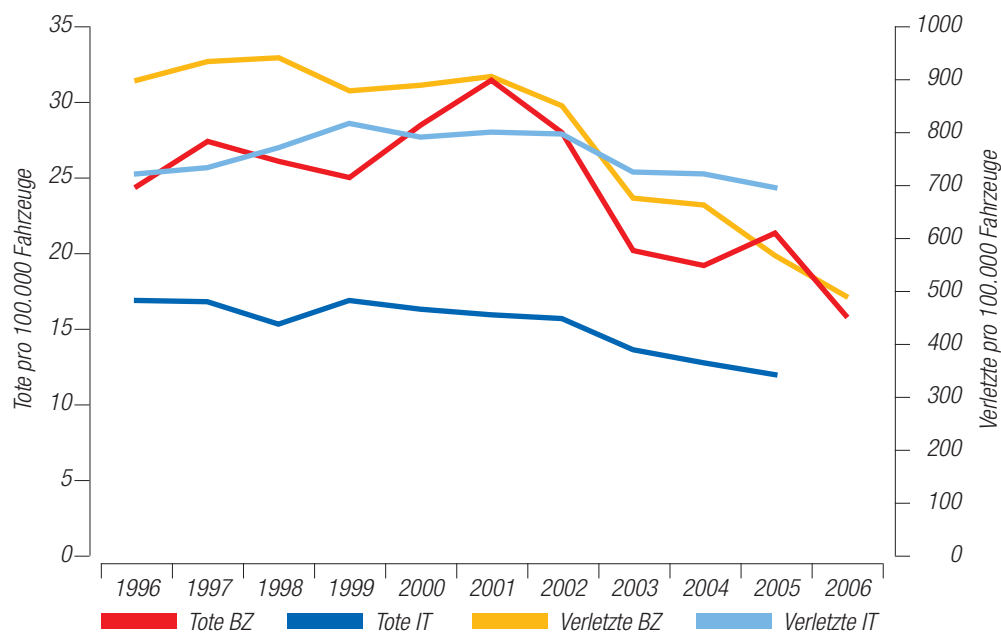
Abbildung 28: **Sterblichkeits-, Schwere- und Verletztenverhältnis der Verkehrsunfälle.**
Südtirol und Italien – Jahre 1996–2006



Quelle: ISTAT, ASTAT

Die Zahl der Todesfälle, bezogen auf den Fahrzeugbestand des Jahres 2006, betrug 15,9 pro 100.000 Fahrzeuge, während sich die Verletztenzahl auf 491,2 pro 100.000 Fahrzeuge belief. Der Indikator liegt im Vergleich zu jenem der Toten über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (Jahr 2005), der Indikator der Verletzten für das Jahr 2005 hingegen darunter.

Abbildung 29: **Tote und Verletzte pro Verkehrsunfall in Bezug auf den Fahrzeugbestand.**
Südtirol und Italien – Jahre 1996–2006



Quelle: ISTAT, ASTAT

Einer Schätzung der sozialen Ausgaben aufgrund von Verkehrsunfällen, bei der die menschlichen und sanitären Kosten, der Verlust der Produktionsleistung sowie die materiellen Schäden berücksichtigt werden, ergibt für jede verstorbene Person 1,28 Millionen Euro und für jede bei einem Verkehrsunfall verletzte Person 24.700 Euro. In Bezug auf die Verkehrsunfälle 2006 gelangt man daher zu einer Gesamtschätzung der sozialen Ausgaben in Südtirol in Höhe von 108,5 Millionen Euro, davon 40,6 Millionen aufgrund von Verletzungen bei Verkehrsunfällen und 67,9 aufgrund von Todesfällen. Für jeden Bürger können die Kosten der Verkehrsunfälle 2006 auf 224,4 Euro geschätzt werden.

3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

2007 wurden insgesamt 17.650 Arbeitsunfälle gemeldet (+0,4% gegenüber 2006), 17 davon mit tödlichem Ausgang (5 Fälle mehr als 2006), sowie 316 Berufskrankheiten (eine mehr als 2006).

85,1 % der Arbeitsunfälle und 10 der 17 tödlichen Unfälle (entsprechend 58,8 %) ereigneten sich im produzierenden Gewerbe, die restlichen 4 Todesfälle in der Landwirtschaft.

Vergleicht man für den Dreijahreszeitraum 2003–05 die Südtiroler Daten mit jenen der anderen Regionen Italiens, so stellt man fest, dass in Südtirol die relative Häufigkeit der entschädigten Vorfälle gegenüber der Zahl der Meldungen (38,4 pro 1.000) über den gesamtstaatlichen Mittelwerten liegt (30,8 pro 1.000).

Das Schwereverhältnis erfasst das Verhältnis zwischen den Folgen der Verletzungen und der Anzahl der gemeldeten Fälle. Die Folgen der Verletzungen kommen durch die Zahl der effektiv durch den Arbeitsunfall verlorenen Arbeitstage zum Ausdruck.

Im Jahresdurchschnitt verlor auf Landesebene jeder Arbeitnehmer im Dreijahreszeitraum 2003–05 infolge eines Arbeitsunfalls 3,21 Arbeitstage. Der Schweregrad der in Südtirol gemeldeten Arbeitsunfälle liegt über den nationalen Durchschnittswerten (2,96).



Zweiter Teil

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Kollektive Gesundheitsversorgung im Lebens- und Arbeitsumfeld“ vor. Das Ziel dieses Bereichs besteht darin, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch die Gewährleistung folgender Leistungen zu fördern:

- A. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten;
- B. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebensumfeld, auch mit Bezug auf die durch die Umweltverschmutzung verursachten Auswirkungen auf die Gesundheit;
- C. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Unfall- und Gesundheitsrisiken im Arbeitsumfeld;
- D. Öffentliches Veterinärwesen;
- E. Hygienisch-sanitärer Lebensmittelschutz;
- F. Rechtsmedizinische Tätigkeiten.

Diese Versorgungsbereiche werden durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Rechtsmedizin, Sportmedizin, die betrieblichen Dienste für Arbeitsmedizin, durch den Tierärztlichen Dienst und den Dienst für Pneumologie gewährleistet; sie werden dabei von einer Vielzahl von Personen unterstützt, die in gesundheitlichen und sonstigen Einrichtungen tätig sind.

1.1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die Provinz förderte und finanzierte über das Landesassessorat für Gesundheit, in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitssprengeln, der Schule und anderen Trägern, Initiativen zur Gesundheitsförderung und -erziehung und gab dabei folgenden Themen Vorrang: gesunde Ernährung, Prävention von Suchtmitteln, körperliche Bewegung, psychische Gesundheit, Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und besonderer Risikogruppen.

Aufgrund der Ressourcenknappheit und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen müssen die Schwerpunkte auf einige prioritäre Bereiche konzentriert werden. Dies erfordert eine bestmögliche Koordination zwischen den verschiedenen Berufsbildern und eine effiziente Zusammenarbeit zwischen allen zuständigen Einrichtungen.

Prioritäre Bereiche der Projekte zur Gesundheitsförderung und -erziehung sind solche, in denen verhaltensbezogene oder organisatorisch-strukturelle Änderungen notwendig sind, um das Risiko einer Erkrankung oder mehrerer, an bestimmte Faktoren gebundener Krankheiten zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Dazu gehören:

- Gesunde Ernährung;
- Körperliche Bewegung;
- Prävention von Suchtmitteln mit besonderem Augenmerk auf Nikotin und Alkohol;

- Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und aller risikobehafteten Bevölkerungsgruppen (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Berufsgruppen, Einwanderer);
- Schutz der psychischen Gesundheit.

Um die Qualität der durchgeführten Initiativen zu garantieren, wurden die Projekte anhand von epidemiologischen Qualitätsdaten und auf der Grundlage spezifischer Leitlinien des Landes ausgearbeitet.

1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Die Tätigkeit des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit konzentrierte sich im Jahr 2007 in den Bereichen Gesundheitsförderung und -erziehung auf folgende Initiativen:

- Fortsetzung der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) zum Thema „Gesundheitszustand und Lebensstil der Jugendlichen im Schulalter, Schuljahr 2005/2006“ in Zusammenarbeit mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle.
- Veranstaltungsreihe „Mini Med Studium“ 2007 in Form von zehn abendlichen Vorträgen zu Gesundheitsthemen seitens führender Ärzte der Universitätsklinik und der Gesundheitsbezirken.
- Fortsetzung der Initiativen für den „Gesundheitsschutz der Nicht-Raucher“:
 - Koordination der Landesgruppe Nikotinsucht.
 - Teilnahme am „Gesamtstaatlichen Bildungsplan über Nikotinsucht“.
 - Bewertung des internationalen Preiswettbewerbs, um Nichtraucher/in zu werden „Quit&Win 2006“ auf gesamtstaatlicher Ebene.
- Verwaltungstätigkeiten zur Finanzierung der Weiterführung des Pilotprojekts zur Prävention der Nikotinsucht Jugendlicher „Free your mind“ und der Pilotphase des Projekts zur Realisierung spezifischer Module für Jugendliche, um mit dem Rauchen aufzuhören (Publikation des Programms – Unterstützungsmodelle für jugendliche Raucher/innen – und der Ergebnisse der Bewertung).
- Untersuchung: Beachtung des LG 3/2003 in öffentlichen Lokalen und an Arbeitsplätzen.
- Zusammenarbeit im Rahmen der Alkoholprävention und Bezugspunkt für die zweite Phase der Landeskampagne über den bewussten Alkoholgenuss mit dem Slogan „Alles klar?“ (Medienkampagne und Start des Ideenwettbewerbs zum Thema „Alkohol in unserer Gesellschaft“).
- Initiativen im Rahmen der Weltgesundheitstage.
- Publikation verschiedener Infomaterialien: Neugeborenen-Screening, Läuse, HIV-AIDS-Prävention, Alkoholprävention, Impfungen.
- Initiativen zur Weiterbildung und Informationstätigkeiten im Bereich Infektionskrankheiten und für die Förderung der Akzeptanz der Impfungen:
 - Pilotprojekt „Weiterbildungszyklus für Gesundheitspersonal – Impfungen im Kindesalter, europäische Impfwache 2007“.
 - Presseartikel und Antworten auf Anfragen von den Eltern und den Gegnern der Impfungen.
 - Studie über die Teilnahme an den Impfungen im Entwicklungsalter bei den Südtiroler Eltern.
- Ausarbeitung des Landesepidemieplans.

- Teilnahme an der 19. Weltkonferenz über die Gesundheitsförderung und -erziehung vom 10. bis zum 15. Juni 2007 in Vancouver (Kanada) mit einem Kongressbeitrag mit dem Titel „Promoting health in new born infants: activities and experiences in the Autonomous Province of South Tyrol“.
- Gesundheitsinformationen und Werbebotschaften zur Förderung der Gesundheit über verschiedene Kommunikationsmittel (Pressemitteilungen, Pressekonferenzen, Annoncen, Medienarbeit, Werbematerial, gedrucktes Infomaterial, Fernsehen, Radio, Infoveranstaltungen, Internet).
- Fernseh-Info-Sendungen in deutscher Sprache im Bereich der Gesundheitserziehung und Prävention („Gesundheitsmagazin“), übertragen vom RAI Sender Bozen.
- Rundfunksendungen zur Medizin, Gesundheit und Gesundheitserziehung in italienischer Sprache („Punto e a capo“), übertragen von Radio RAI.
- Fernsehprogramm für Kinder „Karamela“ des RAI Sender Bozen mit Themen rund um die Gesundheitsförderung.

TÄTIGKEITEN IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN MEDIEN

1.1.2. Vom Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit finanzierte Initiativen und Einrichtungen (Finanzierung von Projekten und Beiträgen)

Über das Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit förderte das Assessorat spezifische von den Gesundheitsbezirken durchgeführte Projekte zur Gesundheitsförderung und -erziehung; all diese Projekte wurden mit den zuständigen Stellen der Landesverwaltung, der Schule oder den anderen beteiligten Einrichtungen abgesprochen, und dies ermöglichte, parallel laufende, sich überlappende oder gegensätzliche Initiativen zu vermeiden. Auch innerhalb jedes Gesundheitsbezirks wurden die Projekte auf integrierte Art und Weise unter Beteiligung aller betroffenen Dienste durchgeführt.

Gesundheitsbezirk Bozen	Projekte
Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	➤ Initiativen zur Prävention gegen die Übertragung von Infektionskrankheiten durch Zecken in den Gebieten Überetsch und Unterland
Dienst für Pneumologie	➤ Mutter und Kinder in rauchfreier Umgebung
Soziosanitzäre Dienste Leifers, Branzoll, Pfatten	➤ Bewegen wir uns mit Genuss
Gesundheitssprengel Don Bosco	➤ Prävention von Hausunfällen von älteren Menschen (über 65 Jahre)
Gesundheitssprengel Grödnertal	➤ Mehr Genuss mit der richtigen Ernährung
Tierärztlicher Dienst	➤ Kurs über die Hygiene von Nahrungsmitteln tierischen Ursprungs für die Geschäftsaufnahme und die Geschäftsführung von islamischen Metzgereien ➤ Das Etikett von Lebensmittelprodukten lesen können ➤ Kurs über die Prüfung gejagten Wilds
Dienst für Diät und klinische Ernährung	➤ Sich gut ernähren mit der Pension ➤ Prävention von Ernährungsstörungen und Tumoren ➤ Die korrekte Ernährung der übergewichtigen Frau in der Schwangerschaft ➤ Fettleibigkeit und Bewegung

BEITRÄGE AN
VEREINIGUNGEN

Gesundheitsbezirk Meran	
Dienst für Basismedizin	➤ <i>Gesunde Lebensstile</i>
Dienst für Diät und klinische Ernährung	➤ <i>Erfolgreich in der Gruppe abnehmen: Beobachten-Ändern-Stabilisieren. Ein Trainingsprogramm für Mütter mit Übergewicht</i>
Dienst für Psychologie	➤ <i>Prävention der postpartalen Depression</i>
Gesundheitssprengel Lana	➤ <i>Fit und gesund im Alltag</i>
Gesundheitsbezirk Brixen	
Dienst für Diät und klinische Ernährung	➤ <i>Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen</i>
Dienst für Psychologie	➤ <i>Prävention von Verkehrsunfällen</i>
Dienst für Basismedizin	➤ <i>Sturzprävention bei Senioren</i>
Gesundheitsbezirk Bruneck	
Dienst für Diät und klinische Ernährung	➤ <i>„Rundum fit“ – Beratungsgruppe für übergewichtige und fettleibige Kinder</i>

Neben den in der Tabelle angeführten Projekten wurden von den verschiedenen Gesundheitsbezirken auch andere Initiativen zur Gesundheitsförderung und -erziehung durchgeführt.

Die einzelnen Gesundheitsbezirke führten im Laufe des Jahres 2007 Initiativen in den Kindergärten, Grund- und Mittelschulen über die „Sexual- und Beziehungserziehung“, die „Ernährungserziehung“ sowie „Gesundheit und Hygiene des Körpers“ mit besonderem Bezug auf die Vorbeugung von Karies und PedikULOse durch. Sonstige Förder- und Erziehungsinitiativen im Bereich Gesundheit wurden von den verschiedenen Gesundheitsbezirken über spezifische Themen gefördert: Die manuelle Bewegung der Lasten auf den Südtiroler Baustellen, die korrekte Verwendung von Zytostatika, Geburtsvorbereitungskurse, Stillberatung, Kurse über Neugeborenenmassage, Sturzprävention bei Senioren und Prävention von Dekubitalgeschwüren, Hitzereitungen von Senioren, Hauttmoren bei Patienten mit Transplantationen, Sportphysiologie, Schule und Psychiatrie.

Außerdem stellte das Landesamt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Jahr 2007 18 Südtiroler Non-Profit-Vereinigungen auf dem gesamten Landesgebiet Beiträge für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung zur Verfügung. Insbesondere betreffen die finanzierten Projekte folgende Themen: Prävention und Bekämpfung von Tumoren; Prävention und Bekämpfung von Suchtkrankheiten (Drogen, Alkohol, Nikotin, Pharmaka, Glücksspiel, Doping); Prävention und Verminderung des Schadens bei chronischen und zu Invalidität führenden Pathologien (Diabetes, Zöliakie, Herz-Kreislaufkrankungen, Tumoren, Fettsucht); Schutz der Gesundheit älterer Personen (über 65); Prävention der psychischen Verhaltensstörungen mit besonderem Hinblick auf die Risikogruppen; Prävention und Verminderung der Erkrankungen im Zusammenhang mit der Ernährung und Förderung einer gesunden Ernährung; Prävention von Problemen in Verbindung mit der Schwangerschaft, der Entbindung und bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. Zugelassen wurden nur die Bewegungstätigkeiten, die besonderen Personengruppen vorbehalten waren, wie Patienten mit kardiovaskulären Problemen, schwangeren Frauen oder Frauen nach der Schwangerschaft, Personen über 65, Krebspatienten und stark fettleibigen Personen. Ausgeschlossen von diesen Finanzierungen waren Sport (Profi- und Amateursport) sowie therapeutische Aktivitäten.

Projekte der „STIFTUNG VITAL“

Das Landesassessorat für Gesundheit finanzierte über das Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit und die Abteilung für Sozialwesen die Tätigkeiten der Stiftung „Vital“ mit spezifischen Gesundheitsförderungsprojekten.

Nach dem viel versprechenden Start 2006 wurde das Projekt „Gesunde Unternehmen 2007“ in fünf Pilotunternehmen weitergeführt, davon drei öffentlichen und zwei aus der Privatwirtschaft, unter der Beteiligung von fast tausend Personen. Auch dank der Mitarbeit verschiedener Experten aus der Schweiz und Österreich wurden in dieser ersten Pilotphase Informationen, Kontakte, Kompetenzen und Erfahrungen zusammengetragen und die Grundsteine für eine zukünftige Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung in Unternehmen gelegt. Das vom europäischen Sozialfonds kofinanzierte Projekt wurde mit der Tagung „Gesundheit als Wirtschaftsfaktor – Gesunde Mitarbeiter in gesunden Betrieben“, die im November in Bozen stattfand, beendet.

Auch das Projekt „Gesunde Gemeinde“ wurde 2007 mit der Teilnahme der Pilotgemeinden Plaus, Kurtatsch und Bruneck weitergeführt, die in einer im November vom Landesrat Richard Theiner veranstalteten Pressekonferenz mit dem Titel „gesunde Gemeinden“ ausgezeichnet wurden. Dieses Projekt hat eine fünfjährige Laufzeit und wird in den betreffenden Gemeinden auch in den nächsten Jahren weitergeführt.

Die Stiftung startete auch die Veröffentlichung eines Vademekums mit der Bezeichnung „Gesund essen, um gesund zu leben“, das die grundlegenden Prinzipien einer gesunden Ernährung enthält. Dieses Vademekum gilt als Maßstab für alle zukünftigen Projekte der Stiftung im Bereich Ernährung und geht davon aus, dass eine gesunde Ernährung nicht nur durch die Zubereitung von Speisen erfolgt, sondern auch die Auswahl und den Einkauf der Zutaten betrifft. Anlässlich des Welternährungstags organisierte die Stiftung in Zusammenarbeit mit Ernährungsexperten diverser öffentlicher und privater Einrichtungen verschiedene Beratungstage für die Verbraucher mit dem Titel „Food-Check“, die direkt an den Verkaufsstellen der Supermärkte veranstaltet wurden.

In den Bereich Ernährung fallen zudem verschiedene weitere Initiativen der Stiftung 2007, darunter ein Abend im Waltherhaus in Bozen mit dem Titel „Gesundheit kommt durch Essen“: Dabei handelte es sich um die erste in Südtirol organisierte Veranstaltung über gesundes Essen.

Ein weiterer Themenbereich, der der Stiftung Vital am Herzen liegt, ist die Bedeutung der körperlichen Bewegung für die Gesundheit, mit dem Ziel, auch jene Personen, die tendenziell unспортlich sind, dazu zu veranlassen, sich körperlich mehr zu betätigen. Unter diesen Voraussetzungen startete im Mai 2007 die Initiative „Gesund wandern“, die sofort großes Interesse verbuchen konnte. Von Mai bis November kamen jeden Freitag um 18.00 Uhr auf den Talferwiesen in Bozen 140 bis 160 Personen zum Wandern zusammen.

Am 16. September organisierte die Stiftung in Bruneck zum zweiten Mal den „Gesundheitswandertag“, der vor allem darauf ausgerichtet ist, die Bevölkerung zu sensibilisieren und der in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Bruneck und der aktiven Beteiligung von über 50 privaten Vereinigungen und öffentlichen Körperschaften veranstaltet wird. Am Gesundheitswandertag nahmen über tausend Personen aller Altersklassen teil.

Die Absicht, die Bevölkerung zu informieren und zu sensibilisieren und hierbei auch den Schwerpunkt auf Emotionen und Spaß zu legen, veranlasste die Stiftung dazu, in Meran das erste Südtiroler Gesundheitsfest zu veranstalten. Diese Initiative wurde zusammen mit der Therme Meran, der Gemeinde, dem Gesundheitsbezirk, den Meraner Kaufleuten

**PROJEKT „GESUNDE
UNTERNEHMEN“**

**PROJEKT
„GESUNDE GEMEINDE“**

GESUNDE ERNÄHRUNG

**FÖRDERUNG DER
KÖRPERLICHEN
BEWEGUNG**

und dem Tourismusverband organisiert. Aktiv teilgenommen haben über 30 verschiedene Vereinigungen und Einrichtungen, und über tausend Besucher hatten die Gelegenheit, sich über die verschiedenen Vorschläge an den Ständen zu informieren.

Schließlich war die TV-Rubrik in deutscher Sprache „TV-Vital – Mehr vom Leben“, die vom Sitz der RAI in Bozen achtmal ausgestrahlt wurde, ein ziemlich wirksamer Medienkanal, um die Südtiroler Bevölkerung über die Initiativen und die Projekte der Stiftung Vital, aber auch über die konkreten Möglichkeiten einer gesünderen Ernährung und eines aktiveren Lebensstils zu informieren.

1.1.3. Gesundheitserziehung und Förderung der Gesundheit an den Schulen

Das Landesassessorat für Gesundheit finanzierte über das Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit verschiedene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung (durchgeführt von den Diensten der drei Schulämter) und nahm an der schulischen Planung der Gesundheitserziehung teil.

Dienst für Gesundheitsförderung und Beratung des deutschen Schulamtes

Im Rahmen der Gesundheitsförderung verfolgt der Dienst das Ziel, Kindergärten und Schulen als Bereiche mit Schwerpunkt Gesundheit heranzubilden und unterstützt zu diesem Zweck Arbeitsansätze, die auf Setting und Lebenskompetenz ausgerichtet sind.

Im Jahr 2007 lag der Fokus auf der „Bewegung“ als physischem, psychischem und sozialem Faktor für das Wohlbefinden.

Die Organisation der Kindergärten und Schulen als Lern-, Arbeits- und Lebensbereich mit Schwerpunkt Gesundheit

Im Arbeitsjahr 2007 wurde das Zweijahresprojekt „Schule und Gesundheit“ (mit der Teilnahme von vier Schuldirektionen) abgeschlossen, und die Ergebnisse wurden allen Schulen präsentiert. Die Planung eines weiteren Projektzyklus wurde bereits aufgenommen.

Durchführung von didaktischen Programmen und Projekten zur Entwicklung von Lebenskompetenzen für Schüler und Schülerinnen

In den Kindergärten und Schulen wurden neue unterschiedliche didaktische Programme mit allgemeinen und spezifischen Präventionszielen eingeführt. Besonderes Augenmerk galt den Bereichen des sozialen Lernens, der Prävention von Suchtkrankheiten, der Sexualerziehung sowie dem Management von Krisensituationen und der Ersten Hilfe.

Qualifikation von pädagogischem Personal für die Arbeit zur Gesundheitsförderung

Pädagogisches Personal (Lehrer/innen, Erzieher/innen, Mitarbeiter/innen für die Integration) wurden dazu befugt, Gesundheitsthemen mit den Kindern und Jugendlichen auszuarbeiten und mit den Eltern wirksam zusammenzuarbeiten, um Projekte zur Förderung der Gesundheit nach Managementkriterien mit der Möglichkeit einer langfristigen Wirksamkeitsbewertung, durchzuführen. 2007 wurden 53 Weiterbildungsinitiativen durchgeführt (Tagungen, Seminare, Nachmittagskurse), an denen 1050 Personen teilnahmen.

Beratung und Unterstützung von Initiativen und schulischen Projekten

Im Rahmen der Gesundheitsförderung unterstützen die Mitarbeiter/innen das Personal der Kindergärten und Schulen bei der Eingliederung der Gesundheitsförderung und -erziehung in die Lehrpläne. Zudem bieten sie Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Initiativen und Projekten zur Gesundheitsförderung.

Finanzielle Unterstützung von Projekten und schulischen Initiativen

Im Jahr 2007 wurden 137 Projekte zu folgenden Themen finanziert: Ernährung (22 %), Körperhaltung und Bewegung (12 %), soziales Lernen und Prävention von Gewalt (16 %), Prävention von Suchtkrankheiten (2 %), Sexualerziehung (2 %), Persönlichkeitsbildung (9 %), Wahrnehmung (1 %), Erste Hilfe (5 %), kombinierte Projekte (28 %), Sonstiges (3 %).

Zusammenarbeit zur Durchführung von Projekten für die Gesundheitsförderung

Auf Landes- und lokaler Ebene wurde, zusammen mit Kooperationspartnern, an der Durchführung zahlreicher Projekte und Kampagnen gearbeitet (Kariesvorbeugung im Entwicklungsalter, Prävention des Alkoholkonsums, Free your mind – Prävention der Nikotinsucht, HBSC-Studie, die Themen in Bezug auf den Gesundheitszustand und den Lebensstil von Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren betrifft).

Initiativen an den italienischen Schulen

Die vom Dienst für die Gesundheitserziehung des italienischen Schulamtes durchgeführten Initiativen entsprachen den von der WHO angegebenen Gesundheitsprioritäten im Bereich Ernährung und Bewegungserziehung, die vom Staat und auf lokaler Ebene aufgenommen wurden.

Parallel dazu förderte der Dienst Bildungstätigkeiten zu Problematiken im Bereich Gesundheit und Soziales, die sich in den territorialen Diensten und in den einzelnen Einrichtungen ergaben, wie z. B. die Prävention von Suchtkrankheiten, Jugendgewalt und Lernstörungen.

1. Ernährung und Bewegung

Die Bildungsprojekte im Bereich Ernährung und Bewegung richteten sich an die Dozenten aller Schultypen unter der Beteiligung von Schülern, Lehrern und Eltern in Zusammenarbeit mit dem Dienst für Diät und klinische Ernährung und den Freizeitverbänden.

- „Ernährung – Bewegung und Gesundheit“: 3 Kindergärten – 50 Lehrer.
- „Schulstunden und Zeiten der Kinder“: 14 Kindergärten – 30 Lehrer an Ganztagschulen.
- „Schulkantine“: 3 Kindergärten – 1 Schulsprengel – 45 Lehrer – 100 Schüler – 100 Familien.
- Begegnungen für Schüler der Oberschulen: 8 Schulen – 15 Klassen – 300 Schüler.

2. Bildungskurse zum Thema Prävention der Legasthenie und Lernstörungen

In Zusammenarbeit mit dem Dienst für schulische Integration und Beratung, dem psychologischen Dienst und dem Dienst für pädiatrische Neuropsychiatrie: 12 Kindergärten – 120 Lehrer.

3. Prävention von Suchtkrankheiten

- Begegnungen für Schüler an den Mittelschulen zur Prävention der Nikotinsucht mit den Psychologen der Zentren für psychologische Beratung und Orientierung bei den sozio-sanitären Diensten in Zusammenarbeit mit dem Forum für die Prävention von Sucht-krankheiten und der italienischen Krebsliga: 17 Schulsprengel – 50 Klassen.
- Begegnungen für Schüler der Oberschulen zur Prävention von Alkohol, Nikotin, Drogen und andere Zwangsgewohnheiten: 14 Schulen – 38 Klassen.

4. Prävention des Unbehagens

- „Parliamone“ – Schalter für psychologische Beratung und für orientierende Beratung über die soziosanitären Dienste im Lande: 90 beteiligte Schulen – 35 Schalter – 1.735 Teilnehmer – 144 den Diensten übermittelte Fälle.
- „Die Beziehungsdynamik in einer Gruppe“: 2 Kindergärten – 40 Lehrer.
- „Star bene a scuola“ – Fortbildungskurs über die Prävention von Jugendgewalt: 2 Lernrichtungen – 60 Lehrer.
- „Conoscere se stessi per crescere insieme“: Workshop für Lehrer und Schüler zur Förderung der Beziehungs- und Sozialkompetenzen: 1 Oberschule – 15 Lehrer – 88 Schüler.

Initiativen an den ladinischen Schulen

Das Programm des Dienstes für Gesundheitserziehung an den ladinischen Schulen berücksichtigt einerseits die Bedürfnisse einer spezifischen Weiterbildung des Lehrpersonals und andererseits die Unterstützung für konkrete Initiativen mit den Schülern. Im Jahr 2007 wurden zwei Grundthemen zur Gesundheitsförderung und -erziehung angeboten: „Gesundheit bedeutet auch psychophysisches und soziales Gleichgewicht“ für das Schuljahr 2006/07 und „Wertvolle und bedeutende Kräfte finden und einsetzen“ für das Schuljahr 2007/08.

Im Brennpunkt stand das Wohlbefinden an der Schule als Möglichkeit, alle Formen von Gewalt und Aggressivität zu vermeiden und einen positiven Ansatz an sich selbst und die Schulkameraden zu finden. In Angriff genommen wurden zudem die spezifischsten Themen der Prävention, das heißt körperliche Bewegung und Ernährung.

1. Weiterbildungskurse für Lehrer

- Vierteiliger Kurse, um die verschiedenen Formen der Gewalt und des Missbrauchs an und von Kindern zu erkennen und zu verhüten. Teilgenommen haben 40 Lehrer von Kindergärten und Grundschulen.
- 1-tägiger Kurs für Lehrer eines Schulsprengels über das Thema der Stärkung der Lebenskompetenzen.
- Das Lehrerkollegium einer Grundschule vertiefte den Entwicklungsweg „vom ich zum du zum wir“, um ihn in den einzelnen Klassen vorzuschlagen.
- Praktischer Erste-Hilfe-Kurs (PBLs) vom Weißen Kreuz mit der Teilnahme von 40 Lehrern an Kindergärten.

2. Projektinitiativen einzelner Schulen

Auch wenn in den Jahresprogrammen bereits Themen in Bezug auf die Gesundheitserziehung vorgesehen sind, wiesen zahlreiche Schulen den spezifischen Argumenten über Pro-

jekte, Arbeitsgruppen, Diskussionen und figurative Darstellungen eine weitere Bedeutung zu. In einzelnen Fällen waren auch die Eltern beteiligt, um jenes Verhältnis herzustellen, für das erzieherische Engagement erforderlich ist und das sowohl die Schule als auch die Familie betrifft.

Außerdem besteht eine gute Zusammenarbeit des Dienstes für Gesundheitserziehung an den ladinischen Schulen mit dem Jugendamt und dem Gesundheitssprengel Gadertal, insbesondere bei der Organisation von Treffen mit Debatten über die Themen „Ich und meine Kinder“ und bei der Beteiligung an der Präventionsgruppe „Odëi la vita“. Für die wichtigen Erziehungsthemen sind immer beide betroffenen Parteien erforderlich, und auch die Schule erkennt daher ihre aktive Rolle an, im Netzwerk zu arbeiten, um langfristige Ergebnisse leichter zu erreichen.

Der Dienst für Gesundheitserziehung wird auch an den verschiedenen Landesprojekten beteiligt, wie zum Beispiel der Kariesvorbeugung und der HBSC-Studie, die Themen in Bezug auf den Gesundheitszustand und den Lebensstil von Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren betrifft.

1.1.4. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel

Das Amt für Gesundheitssprengel förderte im Rahmen der Gesundheitsförderung und -erziehung 2007 folgende Initiativen:

- Zusammenarbeit an der Realisierung der zweiten Phase der Medienkampagne „Alles im Griff?“ Für das Jahr 2007 wurde das Thema „Alkohol in unserer Gesellschaft“ mit dem Slogan „Alles klar?“ gewählt, und ein Preiswettbewerb für die Bevölkerung mit dem Thema „Persönliche Überlegungen zum Thema Alkohol“ wurde organisiert, der sich an drei Bereiche richtete:
 - Alkohol und die Festkultur
 - Alkohol und die Generationen
 - Rausch, Kick & Flow, auf der Suche nach ...?
- Förderung der psychischen Gesundheit durch das europäische Projekt „Europäische Allianz gegen Depression“ mit dem Ziel einer besseren Betreuung von Personen, die unter Depressionen leiden, dank der Information und der Sensibilisierung und anhand der Förderung des Volontariats und der Zusammenarbeit mit Fachleuten. Die Initiative 2007 wurde durch Artikel in der lokalen Presse, die Verteilung von Infoheften und Flyern, die Organisation von Konferenzen für die Bevölkerung, die Organisation einer Tagung über die Psychotherapie der Depression, die Ausbildung der sog. Multiplikatoren (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Altenpfleger, Psychologen, Lehrer, Geistliche und Polizeikräfte), die Förderung von Volontariatsinitiativen sowie die Einrichtung von Selbsthilfegruppen unterstützt.
- Auch während des Schuljahrs 2006/2007 wurde das Projekt „Vorbeugung von Karies im Entwicklungsalter“ in allen 3. Klassen der Grundschule und in allen 2. Klassen der Südtiroler Mittelschulen erfolgreich durchgeführt. Über 100 selbstständige Zahnärzte informierten 8.751 Kinder über die korrekte Mundhygiene und nahmen Kontrolluntersuchungen vor. 61,3 % aller untersuchten Kinder wiesen keine Karies auf.

1.1.5. Vom Amt für Gesundheitssprengel finanzierte Initiativen, öffentliche Körperschaften und Organisationen

Das Landesassessorat für Gesundheit finanzierte über das Amt für Gesundheitssprengel die Förderung und Durchführung von Initiativen und Projekten zur Prävention von Suchtkrankheiten sowie die damit zusammenhängenden Forschungstätigkeiten, die von öffentlichen Körperschaften und konventionierten privaten Organisationen durchgeführt wurden. Insbesondere wurden die Projekte der Vereine „La Strada – Der Weg“, „Hands“ und „Präventionsforum“ sowie der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der Gesundheitsbezirke finanziert.

Präventionsforum und Infes

Das Präventionsforum ist das Kompetenzzentrum für die Prävention von Suchtkrankheiten und die Gesundheitsförderung in Südtirol. Es bietet seine Zusammenarbeit all denjenigen, die spezifische Maßnahmen in diesen Bereichen ergreifen möchten.

Zentrale Punkte der 2007 durchgeführten Tätigkeiten betreffen Themen im Zusammenhang mit der Familie, den Jugendlichen und der Präventionsarbeit auf Gemeindeebene. Das Zentrum setzt zudem als wichtigen Fokus seiner Arbeit auf die Ausarbeitung theoretischer Konzepte im Bereich Prävention; es beschäftigt sich mit der Durchführung von Maßnahmen an den Schulen und in den Unternehmen sowie mit der Förderung von Präventionstätigkeiten in Verbindung mit Sport und körperlicher Betätigung. Bereits seit einigen Jahren wurde die Gewaltprävention ausführlich behandelt und zu einem der grundlegenden Punkte der Präventionsarbeit.

2007 arbeitete das Präventionsforum sowohl als Förderer als auch als Projektpartner an 53 verschiedenen Initiativen zur Prävention von Suchtkrankheiten und zur Förderung der Gesundheit. Im Bereich der Präventionsarbeit ist der direkte Kontakt mit den Zielgruppen (Eltern, Lehrer, Fachmitarbeiter/innen, Jugendliche und Studenten, Multiplikatoren) grundlegend. In diesem Rahmen wurden 2007 277 Veranstaltungen mit 7.513 Teilnehmern organisiert.

Die Bibliothek des Präventionsforums stellt ein wichtiges Dokumentations- und Informationszentrum dar und ermöglicht die Konsultation von über 1.750 Publikationen zu Themen wie legalen und illegalen Substanzen, Abhängigkeiten, die nicht mit Substanzen zusammenhängen, Prävention von Suchtkrankheiten, Gewaltprävention, Welt der Jugendlichen, Bildung der Eltern und andere Argumente.

Seit 2007 verwaltet die Vereinigung Präventionsforum auch das Fachzentrum Infes für Ernährungsstörungen. Das Informationszentrum für Ernährungsstörungen entstand auf Initiative von Personen mit solchen Problemen und entwickelte sich in 15 Jahren zu einem professionell aktiven Zentrum im gesamten Landesgebiet, dessen Angebote bei der Bevölkerung großen Zuspruch fanden.

Infes bietet Personen mit Ernährungsstörungen, den Familienangehörigen aber auch den Lehrern eine erste Beratung. Das Zentrum beschäftigt sich zudem mit der Prävention von Ernährungsstörungen, der Führung von Selbsthilfegruppen, der Planung neuer Studien/ Maßnahmen und der Kontakte mit den klinischen Fachdiensten.

Im Rahmen der Präventionsarbeit wurden 2007 insgesamt 60 Veranstaltungen zum Thema „Ernährungsstörungen“ organisiert. Ausgearbeitet wurden außerdem 4 neue Projekte im Bereich „Ernährungsstörungen“ und 2 Projekte in Bezug auf die Aspekte der Selbsthilfe und Beratung.

PRÄVENTIONSFORUM

BIBLIOTHEK

INFES

La Strada – Der Weg

Die Vereinigung „La Strada – Der Weg“ ist auf Landesebene mit Präventionsvorhaben und Begleitungs- und Wiedereingliederungsdiensten für Personen in benachteiligten Situationen mit besonderem Augenmerk auf Drogensuchtprobleme tätig. Die Vereinigung ist mit der Provinz und den Gesundheitsbezirken für die Leitung von stationären Einrichtungen für Drogenabhängige konventioniert.

Sie verwaltet das „Suchtprojekt“ über die Therapiegemeinschaft „Josefsberg“ und die Orientierungsgemeinschaft für schwere Drogenabhängige „St. Isidor“.

Die Vereinigung führte das für die soziosanitäre Integration im Land bedeutungsvolle Projekt für Geschützte Übergangswohnungen in Konvention mit dem Betrieb für Sozialdienste Bozen weiter. Weitergeführt wurde außerdem während des ganzen Jahres das Projekt „Sekundärprävention“ durch die Einrichtung eines aus zwei Psychologen bestehenden Teams.

Hands

Die Vereinigung Hands ist eine Anlaufstelle für Personen mit Alkoholproblemen, die Behandlung, Rehabilitation und soziale und berufliche Wiedereingliederung auf lokaler und nationaler Ebene anbietet. Sie ist mit dem Land und dem Gesundheitsbezirk Bozen für ambulante und rehabilitative Tätigkeiten und Maßnahmen sowie mit dem Betrieb für Sozialdienste Bozen und den Bezirksgemeinschaften für sozialrelevante Tätigkeiten konventioniert. Die Vereinigung verwaltet auch eine Vollzeit- und eine Tagedestherapiegemeinschaft. Im Rahmen der Prävention organisierte die Vereinigung 2007 verschiedene Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung über den verantwortungsbewussten Alkoholenuss.

1.2. ORGANISIERTE PROGRAMME ZUR FRÜHERKENNUNG UND KOLLEKTIVPRÄVENTION

Die Teilnahme rate am Pap-Test auf Einladung beträgt 31,2 %.

Der Pap-Test verlief in 95 % der Fälle negativ. Bei 77 Fällen wurde eine Dysplasie diagnostiziert (0,7 %) und in zwei Fällen ein Karzinom (0,02 %).

41,0 % der weiblichen Bevölkerung im Alter zwischen 23 und 65 Jahren ließen 2007 mindestens einen Pap-Test machen.

Die Teilnahme rate am Mammographie-Screening beträgt 85 %.

Diagnostiziert wurden 25 neue Tumorfälle, was einer Erkennungsrate von 1,7 pro Tausend bedeutet.

1.2.1. Programm für frühzeitige Tumorerkennung am Gebärmutterhals

Seit Februar 2001 gibt es in Durchführung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4034 vom 20.09.1999 das Landesprogramm zur Potenzierung der frühzeitigen Tumorerkennung am Gebärmutterhals. Ein erheblicher Anteil der Südtiroler Frauen nimmt spontan Prävention vor und lässt regelmäßig einen Pap-Test machen. Die Zielbevölkerung dieses Programms betrifft somit alle in Südtirol ansässigen Frauen im Alter von 23 bis 65 Jahren, die in den vergangenen drei Jahren keine Untersuchung in einer Gesundheitsstruktur des Landes vornehmen ließen.

Insgesamt wurden 37.699 Frauen im Jahr 2007 zur Teilnahme am Screening-Programm aufgefordert. 20.479 Frauen (54,3 %) haben lediglich eine Aufforderung erhalten, während die restlichen 17.220 (45,7 %) auch die erste und/oder zweite Mahnung bekommen haben.

Tabelle 1: Zielbevölkerung, eingeladene Frauen (Anzahl und %), teilnehmende Frauen (Anzahl und %), nach Altersklasse. Südtirol – Jahr 2007

Altersklasse	Zielbevölkerung	Eingeladene Frauen	% Einladungen/ Zielbevölkerung	Teilnehmende Frauen	% Teilnahme/ Einladungen
23–24	5.265	1.933	36,7 %	664	34,4 %
25–29	14.670	3.404	23,2 %	1.208	35,5 %
30–34	17.179	4.105	23,9 %	1.410	34,3 %
35–39	20.282	4.737	23,4 %	1.651	34,9 %
40–44	20.428	4.983	24,4 %	1.623	32,6 %
45–49	17.575	4.283	24,4 %	1.276	29,8 %
50–54	14.578	3.751	25,7 %	1.035	27,6 %
55–59	13.459	4.289	31,9 %	1.224	28,5 %
60–64	13.410	4.870	36,3 %	1.376	28,3 %
65	2.859	1.344	47,0 %	281	20,9 %
Insgesamt	139.706	37.699	27,0 %	11.748	31,2 %

Quelle: Betrieblicher Dienst für pathologische Anatomie

Die 2007 aufgeforderten Frauen stellen 27,0 % der Zielbevölkerung des Programms dar. Die Teilnahme wurde zum 15. April 2008 geprüft, um den Frauen, die die Aufforderung Ende 2007 erhielten, Zeit zu geben, am Programm teilzunehmen. 31,2 % der im Jahr 2007 aufgeforderten Frauen ließen das Screening bis zum 15. April 2008 vornehmen. Die höchste Teilnahmequote ist bei den jüngeren Frauen zu verzeichnen (35,5 % in der Alters-

klasse 25 bis 29 Jahre) und nimmt mit zunehmendem Alter ab (20,9 % bei den Frauen im Alter von 65).

In 95 % der Fälle verlief das Ergebnis des Screenings negativ. Bei 77 Frauen (0,7 %) wurde eine Dysplasie diagnostiziert, in zwei Fällen ein Karzinom.

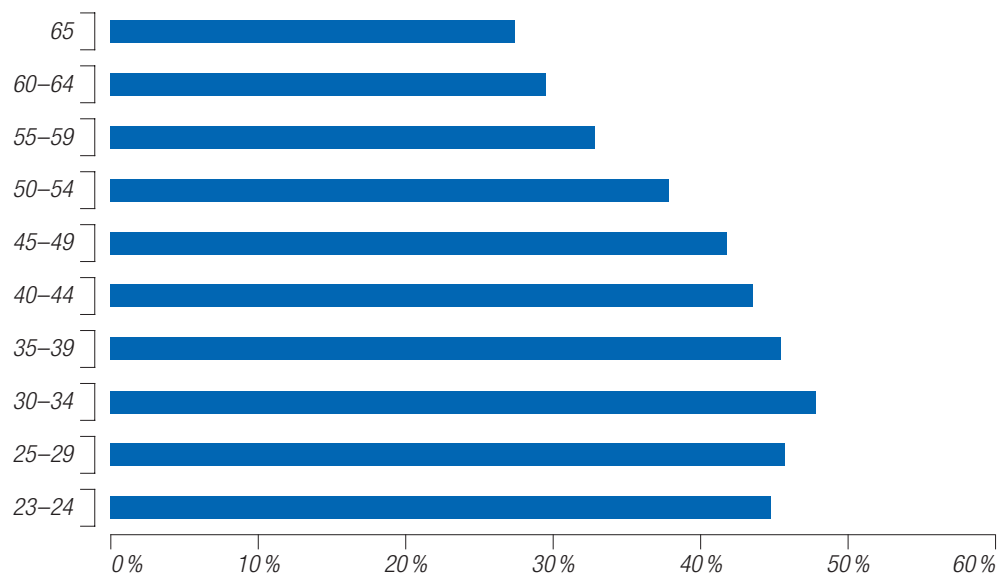
Tabelle 2: **Verteilung der Paptests der teilnehmenden Frauen nach Ergebnis. Südtirol – Jahr 2007**

Ergebnisse	Absolutwert	% Wert
Ungenügend	251	2,1 %
Negativ	11.157	95,0 %
ASCUS/ASCH/AGUS	261	2,2 %
LSIL	30	0,26 %
HSIL	47	0,40 %
Karzinom	2	0,02 %
Insgesamt	11.748	100,0 %

Quelle: Betrieblicher Dienst für pathologische Anatomie

57.439 wohnhafte Frauen haben im Jahr 2007 unabhängig von der Aufforderung mindestens einen Pap-Test durchgeführt. Dies entspricht einer Deckung im Verhältnis zur Zielbevölkerung von 41,0 %. Die Altersklasse mit der höchsten Deckung war die der 30- bis 34-Jährigen (47,8 %). Die geringste Teilnahme war bei den 65-Jährigen (27,4 %) zu verzeichnen.

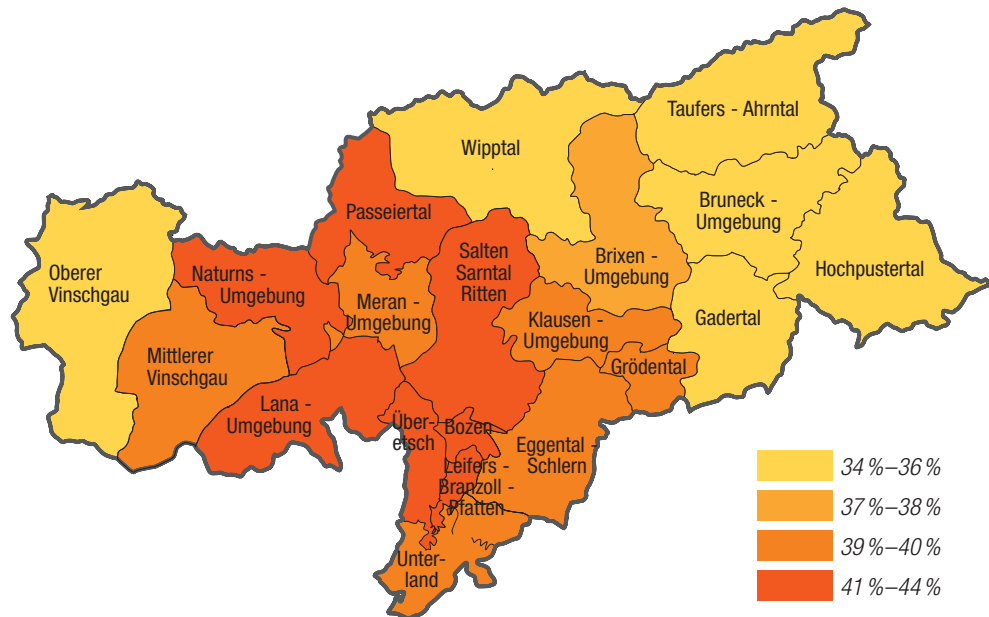
Abbildung 1: **Paptest-Teilnahme pro Altersklasse in Südtirol – Jahr 2007**



Quelle: Betrieblicher Dienst für pathologische Anatomie

Die territoriale Verteilung des Pap-Tests nach Wohnsitz-Sprengel zeigt eine geringere Deckung im östlichen Teil des Landes, die zur Mitte und zum Süden hin ansteigt.

Abbildung 2: **Paptest-Teilnahme seitens der weiblichen Bevölkerung im Alter von 23 bis 65 Jahren pro Wohnsitz-Sprengel. Südtirol – Jahr 2007**



Quelle: Betrieblicher Dienst für pathologische Anatomie

1.2.2. Programm für frühzeitige Brustkrebserkennung

Das Screening zur Brustkrebserkennung in Südtirol ist im Programm zur Prävention und Bekämpfung der neoplastischen Erkrankungen beinhaltet, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2076 vom 27.04.1992 verabschiedet wurde. Die spätere Stärkung und Vereinheitlichung des Mammographie-Screening-Programms erfolgte mit dem nachfolgenden Beschluss der Landesregierung Nr. 4033 vom 20.09.1999 „Brustkrebsfrüherkennung: Stärkung und Vereinheitlichung des Mammographie-Screenings“, der auf Landesebene die grundlegenden Variablen des Früherkennungsprogramms, die Altersklassen der zu untersuchenden Frauen, das Management der Aufforderungen, die Durchführung und Befundung der Mammographieuntersuchungen, die Durchführung der diagnostischen Vertiefungsuntersuchungen sowie die Erhebung und Archivierung der notwendigen Informationen für die Erstellung der Bewertungsindikatoren des Programms standardisiert.

Insgesamt wurden 18.097 Frauen im Jahr 2007 zur Teilnahme am Screening-Programm aufgefordert. 7.790 Frauen (43,0 %) haben lediglich die Aufforderung erhalten, während die restlichen 10.307 (57,0 %) auch die erste und/oder zweite Mahneinladung bekommen haben.

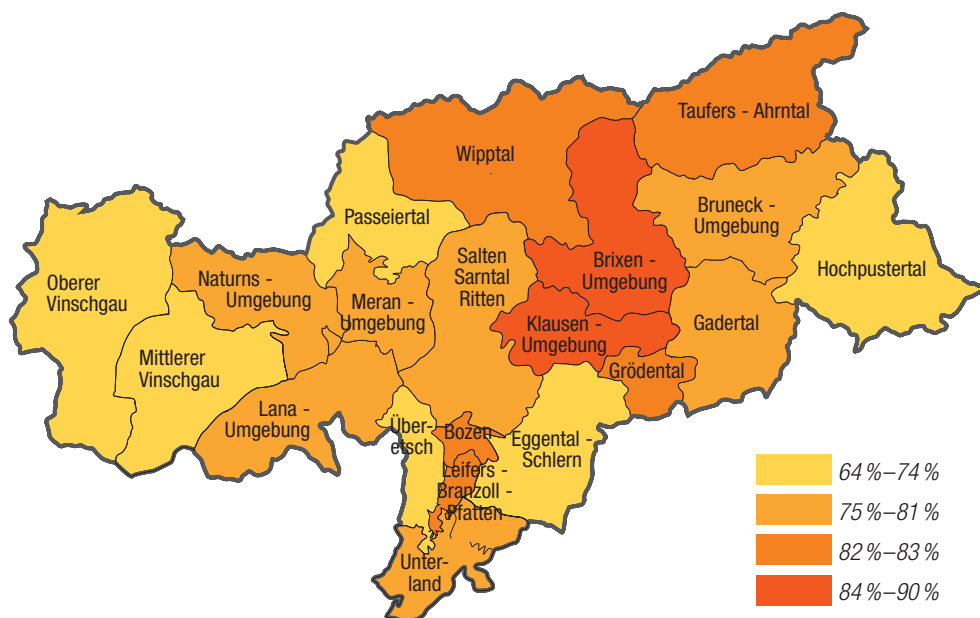
Tabelle 3: Zielbevölkerung, eingeladene Frauen (Anzahl und %), teilnehmende Frauen (Anzahl und %), nach Altersklasse. Südtirol – Jahr 2007

Altersklasse	Zielbevölkerung	Eingeladene Frauen	% Einladungen/ Zielbevölkerung	Teilnehmende Frauen	% Teilnahme/ Einladungen
48–49	5.394	3.699	68,6 %	2.181	59,0 %
50–54	13.474	4.048	30,0 %	3.370	83,3 %
55–59	13.618	3.703	27,2 %	3.309	89,4 %
60–64	13.037	3.518	27,0 %	3.149	89,5 %
65–69	11.789	3.085	26,2 %	2.376	77,0 %
70–71	506	44	8,7 %	39	88,6 %
Insgesamt	57.818	18.097	31,3 %	14.424	79,7 %
Insgesamt 50–69	51.918	14.354	27,6 %	12.204	85,0 %

Quelle: Tumregister Südtirol

Die 2007 aufgeforderten Frauen stellen 27,6% der Zielbevölkerung des Programms dar (für die Altersklasse 50–69 Jahre). Die Teilnahme wurde zum 30. April 2008 geprüft, um den Frauen, die die Aufforderung Ende 2007 erhielten, Zeit zu geben, am Programm teilzunehmen. 85 % der im Jahr 2007 aufgeforderten Frauen (im Alter von 50 bis 69 Jahren) ließen das Screening bis zum 30. April 2008 vornehmen, mit einer Teilnahmequote nach Altersklasse zwischen 59,0 % (48–49 Jahre) und 89,5 % (60–64 Jahre). Die Deckung nach Gesundheitssprengel geht von 64,0 % in Innichen bis 90,3 % in Klausen gemäß den auf der Karte dargestellten Verteilungen nach Quartilen.

Abbildung 3: Teilnahme an das Mammographie-Screening der weiblichen Bevölkerung im Alter von 48 bis 71 Jahren pro Wohnsitz-Sprengel. Südtirol – Jahr 2007



Quelle: Tumregister Südtirol

Insgesamt wurde in 25 Fällen ein bösartiger Brusttumor diagnostiziert und auf histologischer Basis bestätigt. Für diese Gruppe an Aufgeforderten beläuft sich die bereinigte Erkennungsrate (beschränkt auf die Diagnosen mit positiver Histologie) auf 1,7 pro 1000.

1.2.3. Programm für frühzeitige Erkennung des Kolon-Rektum-Karzinoms

Das Screening von Kolon-Rektum ermöglicht die Früherkennung der invasiven Formen von Tumoren an Kolon und Rektum sowie die Erkennung und Beseitigung möglicher Vorläufer wie adenomatöser Polypen.

Die Screening-Programme sind generell auf zwei Ebenen strukturiert: Der Test der ersten Ebene besteht in der Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl oder in der Rectosigmoidoskopie; wenn die Ergebnisse des Tests der ersten Ebene positiv sind, wird eine Koloskopie als diagnostische Untersuchung der zweiten Ebene durchgeführt.

Die Koloskopie ist ein diagnostisches Verfahren bei der Überwachung von stark gefährdeten Personen wie zum Beispiel den Angehörigen von Patienten, die unter einem Kolon-Rektum-Karzinom leiden. Die Anwendung der Koloskopie als Test der ersten Ebene ist nur Bewertungsbereichen und Pilotstudien vorbehalten, wie jener, die 2002 in der Stadt Bozen durchgeführt wurde.

In Gang sind verschiedene Studien, um neue diagnostische Strategien zu entwickeln, wie die Suche nach Molekularmarkern (insbesondere DNA) im Stuhl und die virtuelle Koloskopie.

Für das Screening von Kolon-Rektum besteht keine Einigkeit hinsichtlich der Anwendung und auf lokaler und regionaler Ebene kommen verschiedene Strategien zum Einsatz. In der Toskana und der Emilia Romagna wird die Suche nach verborgenem Blut als Untersuchung der ersten Ebene angeboten, im Veneto werden beide Tests angeboten, im Piemont besteht der Test der ersten Ebene aus der Sigmoidoskopie, mit der Möglichkeit, sich für die Suche nach verborgenem Blut zu entscheiden. Im Latium wird die Suche nach verborgenem Blut im Stuhl für das Screening der Bevölkerung mit allgemeinem Risiko angeboten und die Koloskopie für das Screening der stark gefährdeten Bevölkerung (Familienangehörige von an Neoplasie erkrankten Patienten).

Die theoretische Ausdehnung des Screening-Programms Kolon-Rektum in Italien beläuft sich im Jahr 2006 auf 44,3 %. 6,2 Millionen der 14,1 Millionen Personen, die in Gebieten wohnen, in denen ein Screening-Programm durchgeführt wird, sind von den Programmen betroffen. 11 Regionen verfügen über mindestens ein Screening-Programm für Kolon-Rektum, wobei sich diese vorwiegend auf den Norden (es fehlen Trentino-Südtirol und Friaul-Julisch-Venetien) und Mittelitalien konzentrieren.

Die Durchführung eines Screening-Programms für Kolon-Rektum gehört zu den Zielsetzungen des vom Gesundheitsministeriums vorgeschlagenen Screening-Plans.

BIBLIOGRAPHIE

Nationale Screening-Beobachtungsstelle. Sechster Bericht. 2007

ASSR. Leitlinien für „Screenings, Frühdiagnose und multidisziplinäre Behandlung des Kolon-Rektum-Karzinoms. 2002

Gesundheitsministerium. Onkologische Screenings. 2006

Gesundheitsministerium. Onkologische Screenings, Vademecum. 2006

1.3. VORBEUGUNG VON INFektions- UND PARASITENERKRANKUNGEN

Im Lauf des Jahres wurden in Südtirol bei der Bevölkerung unter 18 Jahren 98.899 empfohlene Impfungen vorgenommen, 54,4% (53.785) davon bezogen sich auf die gesetzlichen Pflichtimpfungen.

Die Landesdienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit führten 2.806 Gesundheitsberatungen und Informationstätigkeiten für Reisende durch, die sich ins Ausland begeben. Außerdem wurden 443 Eingriffe zur Desinfektion und Ungeziefervernichtung durchgeführt.

1.3.1. Vorbeugungs- und Erziehungsmaßnahmen, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu vermeiden und die Infektionsherde einzudämmen

In der nachfolgenden Tabelle ist der Landesimpfkalender angeführt, der mit Beschluss Nr. 2923 vom 10.08.2005 genehmigt wurde. Er sieht die Harmonisierung aller von der Weltgesundheitsorganisation und vom gesamtstaatlichen Impfplan 2005–2007 angegebenen Impfungen für Kinder in einem einzigen Schema vor.

IMPFKALENDER

Tabelle 4: Impfkalender für das Jahr 2007

Impfung	3. Monat	5. Monat	11. Monat	12. Monat	15. Monat	5–6 Jahre	11–15 Jahre
Dtp	DTaP	DTaP	DTaP			DTaP	dTaP ¹
Kinderlähmung	IPV	IPV	IPV			IPV	
Hepatitis B ²	HB	HB	HB				
Hib	Hib	Hib	Hib				
MMR ³				MMR 1		MMR 1/2 *	MMR 1/2 **
Pneumokokken				PVC ⁴		Windpocken ⁵	

Die blau verlaufenden Felder bezeichnen die akzeptable Zeitspanne für die Verabreichung der Impfstoffe

DTaP: Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten

dTaP: Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten für Erwachsene

IPV: Impfstoff mit inaktivierten Viren gegen Kinderlähmung (SALK) – Injektion

HB: Impfung gegen Hepatitis B

Hib: Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ B (Grippe)

MMR: Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln

PVC: Impfung gegen Pneumokokken

Windpocken: Impfung gegen Windpocken

1 Die Impfung DTaP wird bis zum Alter von 5 bis 6 Jahren verabreicht, anschließend wird die Impfung dTaP (Dosis für Erwachsene) verwendet. Es wird eine Nachimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten im Alter von 5 bis 6 Jahren und von 11 bis 15 Jahren empfohlen. Anschließend wird eine Nachimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten alle 10 Jahre empfohlen. Die Impfung gegen Keuchhusten kann unabhängig vorhergehender Impfungen gegen Keuchhusten erfolgen.

2 Die Neugeborenen von positiven Müttern müssen sofort nach der Geburt geimpft werden.

3 Die 1. Impfdosis gegen Masern, Mumps und Röteln muss zwischen dem 12. und 15. Monat verabreicht werden. Im Alter von 5 bis 6 Jahren muss die 2. MPR-Dosis gleichzeitig mit der IPV- und DTaP-Nachimpfung oder die 1. Dosis für noch nicht geimpfte Kinder (MMR 1/2*) verabreicht werden. Kindern im Alter von 11 bis 15 Jahren muss die 2. Dosis bzw. noch nicht geimpften Kindern muss die 1. Dosis (MMR 1/2**) verabreicht werden.

4 Impfung gegen Pneumokokken: für risikobehaftete Personen.

5 Windpocken: für risikobehaftete Personen.

Laut Gesundheitsministerium wurden in Italien kürzlich ausgezeichnete Ergebnisse bei der Kontrolle einiger der durch Impfungen vorbeugbaren Krankheiten erzielt. Die Diphtherie wurde ausgerottet (der letzte Fall im Kindesalter geht auf das Jahr 1991 zurück), und Italien erlangte 2002 das offizielle Zertifikat für die Ausrottung der Kinderlähmung. Seit Jahrzehnten werden keine Tetanusfälle im Kindes- oder Jugendalter mehr verzeichnet;

**VERABREICHTE
IMPFUNGEN**

die Inzidenz der Virushepatitis B ist seit 1991 radikal rückläufig (Rückgang von über 80 % in den Altersklassen, die einer Impfung unterzogen werden: 0–14 und 15–24 Jahre). 2007 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 98.899 empfohlene Impfungen verabreicht; 54,4 % (53.785) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Tabelle 5: **Durchgeführte Impfungen nach Art der Impfung – Jahr 2007**

Art der Impfung	Provinz	Impfungen/Einwohner < 18 Jahre x 1.000
Kinderlähmung (alle Dosen)	15.735	165
Diphtherie-Tetanus (alle Dosen)	22.196	233
Keuchhusten (alle Dosen)	20.380	214
Hib (alle Dosen)	15.163	159
Hepatitis B (alle Dosen)	15.854	167
Masern-Mumps-Röteln (alle Dosen)	9.571	101
Insgesamt	98.899	1.040

Quelle: Informatisierte Gemeindesysteme für die Impfprophylaxe

**EPIDEMIOLOGISCHE
ERMITTLUNGEN
UND/ODER
ÜBERWACHUNGEN**

Im Rahmen der Vorbeugung der Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit insgesamt 7.661 epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Ektoparasiten, Salmonellose und sonstige Lebensmittelvergiftungen.

Insgesamt wird im Vergleich zum Jahr 2006 ein starker Rückgang der Eingriffe zur epidemiologischen Überwachung von Legionellose (9 im Jahr 2007 gegenüber 126 des Jahres 2006, das heißt –92,9 %), Hepatitis A (25 im Jahr 2007 gegenüber 165 des Jahres 2006, das heißt –85,8 %) und Salmonellose (369 im Jahr 2007 gegenüber 680 des Jahres 2006, das heißt –45,7 %) verzeichnet.

Tabelle 6: **Prophylaxe und Kontrolle der Infektionskrankheiten – Jahr 2007**

Anz. der epidemiologischen Ermittlungen und/oder Über- wachungen bez. Infektions- und parasitärer Krankheiten*	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Salmonellose	107	73	52	137	369
Sonstige Lebensmittelvergiftungen	77	56	196	77	406
Legionellose	5	2	–	2	9
Bakterielle Meningitis	12	35	7	15	69
Hepatitis A	7	18	–	–	25
Ektoparasiten	418*	1.800*	–*	2.502	4.720
Campylobacter	103	84	5	260	452
Sonstige	38	56**	4***	–	98

* Diese Kontrolle werden auch vom Dienst für Basismedizin durchgeführt

** Masern, Cholera, EHEC, Giardia lamblia, Shigella, Hepatitis E

*** Shigella, Dengue-Fieber

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

TUBERKULOSE

Der Dienst für Pneumologie befasst sich mit der Prophylaxe gegen Tuberkulose, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht.

Tabelle 7: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests – Jahr 2007

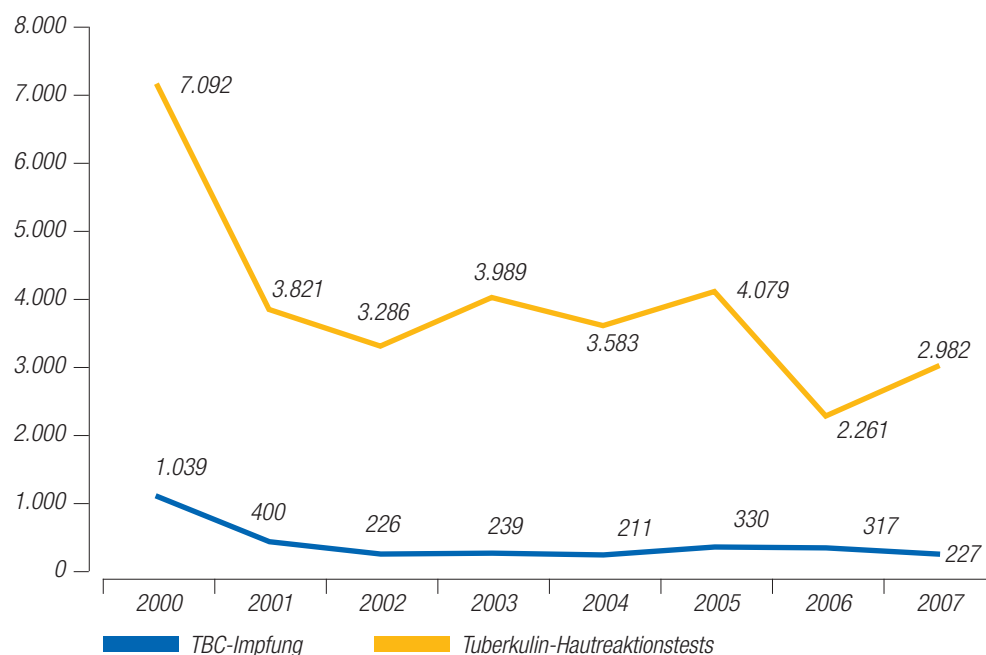
Art der Leistung	Betrieblicher Dienst für Pneumologie – Sitze						
	Bozen	Neumarkt	Meran	Schlanders	Brixen	Bruneck	Insgesamt
TBC-Impfung	163	1	50	–	–	13	227
Tuberkulin-Hautreaktionstest	1.426	38	402	165	439	512	2.982

Quelle: Betrieblicher Dienst für Pneumologie

In den letzten Jahren wurde ein starker Rückgang der Tuberkuloseimpfungen sowie der Tuberkulin-Hautreaktionstests beobachtet. Dieses Phänomen steht im Wesentlichen mit der Änderung der Vorschriften zur Regelung der Vorbeugung von Tuberkulose auf gesamtstaatlicher Ebene in Zusammenhang.

2007 wurden etwas weniger Impfungen als im Vorjahr durchgeführt (227 gegenüber 317 im Jahr 2006, das heißt –28,3 %) und weit weniger als im Jahr 2000 (–78,2 %). Jährlich werden zudem zirka 3000 Tuberkulintests durchgeführt, was eine Verminderung von 58,0 % im Vergleich zu den Daten 2000 bedeutet.

Abbildung 4: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests – Jahre 2000–2007



Quelle: Betrieblicher Dienst für Pneumologie

1.3.2. Reisemedizin

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhöe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria, japanische Enzephalitis, Hantavirus-Infektionen, Riftalfieber).

Eine unzureichende Aufklärung über die zu beobachtenden Vorschriften vor, während und nach der Reise hat zur Folge, dass ein Tourist von vier (nach den Angaben des Gesund-

heitsministeriums) mit gesundheitlichen Problemen nach Hause zurückkehrt: von der einfachen Reisediarrhöe bis zu Krankheiten mit viel schlimmeren Folgen.

Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Tabelle 8: **Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende* – Jahre 2000–2007**

	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Jahr 2000	629	496	210	200	1.535
Jahr 2001	437	446	167	180	1.230
Jahr 2002	390	425	170	66	1.051
Jahr 2003	336	495	218	101	1.150
Jahr 2004	362	601	396	400	1.759
Jahr 2005	204	687	375	460	1.726
Jahr 2006	172	698	380	460	1.710
Jahr 2007	731	782	413	432	2.358

* Die Angabe betrifft nur das erste Beratungs- und Informationsgespräch mit evtl. Verabreichung der ersten Impfungsdose

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen

Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor.

Tabelle 9: **Meldungen und Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen nach Art der Einrichtung – Jahr 2007**

Art der Maßnahme	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				Insgesamt
	Bozen*	Meran	Brixen	Bruneck	
Anzahl der Meldungen, öffentliche Einrichtungen und Plätze	193	12	6	20	231
Anzahl der Maßnahmen, öffentliche Einrichtungen und Plätze	224	12	16	29	281
Anzahl der Meldungen, private Wohnungen und Plätze	96	5	3	8	112
Anzahl der Maßnahmen, private Wohnungen und Plätze	140	5	6	11	162
Anzahl der Maßnahmen zwecks Überwachung der von Dritten ausgeführten Desinfektionstätigkeit	–	8	–	–	8

* Der Gesundheitsbezirk Bozen hat einen Ad-hoc-Dienst mit eigenem Personal für diese besondere Art von Präventionstätigkeit eingerichtet

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2007 wurden im Landesgebiet 443 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 63,4 % davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 36,6 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

1.4. SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG UND DER EINZELPERSONEN VOR GESUNDHEITLICHEN RISIKEN IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

Die 4 Landesdienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit bewerteten im Laufe des Jahres 2007 auf Landesebene die hygienisch-sanitären Bedingungen von 298 öffentlichen Einrichtungen.

Bei den Schwimmbadkontrollen wurden 469 Wasserproben für chemisch-physische Analysen (27,5 % davon resultierten als nicht regulär) und 817 Wasserproben für mikrobiologische Analysen (8,7 % davon erwiesen sich als nicht regulär) entnommen.

Die Luft- und Lärmbelastung wurde vom Bereich Umweltmedizin (eingerrichtet beim Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen), vom Labor für Luft- und Lärmanalysen und vom Labor für Physikalische Chemie kontrolliert. Überschreitungen der vorgeschriebenen Gesundheitsschutzschwellen wurden für Stickstoffdioxid (NO₂) und Ozon (O₃) gemessen.

Das Arbeitsinspektorat führte 1.059 Kontrollen zur Feststellung der beruflichen Risiken und 3.436 Gesundheitsaufklärungs- und -erziehungsmaßnahmen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber vor Ort durch (telefonische Beratung eingeschlossen).

Beim Arbeitsinspektorat gingen im Jahr 2007 198 Meldungen von Berufskrankheiten ein. Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führte 11.263 ärztliche Visiten und klinische Ermittlungen bei den Arbeitnehmern durch.

1.4.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der – vor allem öffentlichen – Einrichtungen

Die Aufgaben der Kontrolle, Überwachung und Überprüfung der hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen werden hauptsächlich von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen.

Tabelle 10: Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen und Meran kontrollierte öffentliche Einrichtungen – Jahr 2007

Art der kontrollierten Einrichtung	Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Bozen			Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Meran		
	Anz. erfasster Einr.	Anz. kontr. Einricht.	kontrolliert/erfasst	Anz. erfasster Einr.	Anz. kontr. Einricht.	kontrolliert/erfasst
Öffentliche und private schulische und vorschulische Einrichtungen (Mensas ausgenommen)	330	18	5,5 %	209	7	3,3 %
Campingplätze und Ferienlager	8	3	37,5 %	21	2	9,5 %
Öffentl. Gesundheitseinrichtungen (KH, Sprengel, Poliambulanzen, Pflegestätten, Einrichtungen für psychiatrische Patienten, Therapiegemeinschaften für DA)	51	15	29,4 %	29	2	6,9 %
Private Gesundheitseinrichtungen (Privatkliniken, Ambulanzen für Physiotherapie und Massagen, Pflegeheime, Therapiegemeinschaften für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanzen, Praxen, Zahnarzt- und Optikerlabors)	535	40	7,5 %	329	7	2,1 %
Soziale Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für Senioren)	29	22	75,9 %	24	3	12,5 %
Nomadencamps	4	–	–	1	1	100,0 %
Haft- und Strafanstalten	1	–	–	–	–	–
Verkaufs- und/oder Verpackungsstellen von Pflanzenschutzmitteln	28	26	92,9 %	26	24	92,3 %
Insgesamt	986	124	12,6 %	639	46	7,2 %
Gelegentliche Veranstaltungen (Märkte, Messen, Wiesenfeste)					15	
Sonstige				13*		

* Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Bozen und Meran

Tabelle 11: Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen und Bruneck kontrollierte öffentliche Einrichtungen – Jahr 2007

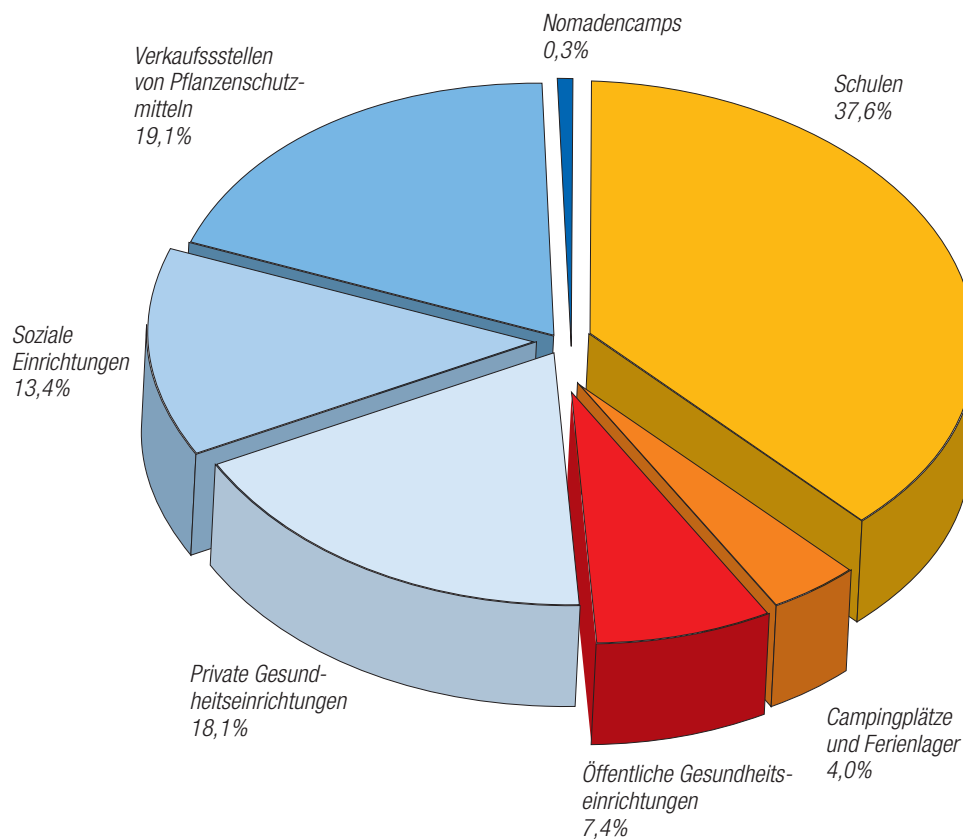
Art der kontrollierten Einrichtung	Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Brixen			Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Bruneck		
	Anz. erfasster Einr.	Anz. kontr. Einricht.	kontrolliert/erfasst	Anz. erfasster Einr.	Anz. kontr. Einricht.	kontrolliert/erfasst
Öffentliche und private schulische und vorschulische Einrichtungen (Mensas ausgenommen)	145	62	42,8 %	155	25	16,1 %
Campingplätze und Ferienlager	5	2	40,0 %	14	5	35,7 %
Öffentl. Gesundheitseinrichtungen (KH, Sprengel, Poliambulanzen, Pflegestätten, Einrichtungen für psychiatrische Patienten, Therapiegemeinschaften für DA)	7	3	42,9 %	14	2	14,3 %
Private Gesundheitseinrichtungen (Privatkliniken, Ambulanzen für Physiotherapie und Massagen, Pflegeheime, Therapiegemeinschaften für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanzen, Praxen, Zahnarzt- und Optikerlabors)	37	4	10,8 %	8	3	37,5 %
Soziale Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für Senioren)	9	9	100,0 %	9	6	66,7 %
Nomadencamps	1	–	–	–	–	–
Haft- und Strafanstalten	1	–	–	–	–	–
Verkaufs- und/oder Verpackungsstellen von Pflanzenschutzmitteln	4	4	100,0 %	3	3	100,0 %
Insgesamt	209	84	40,2 %	203	44	21,7 %
Gelegentliche Veranstaltungen (Märkte, Messen, Wiesenfeste)		7			10	
Sonstige					4*	

* Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Brixen und Bruneck

2007 wurden insgesamt 298 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in den öffentlichen und privaten Kindergärten und Schulen (37,6 %), in privaten Gesundheitseinrichtungen (18,1 %) und in Verkaufs- und/ oder Konfektionsstellen von Pflanzenschutzmitteln (19,1 %) vorgenommen.

Abbildung 5: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Einrichtungen – Jahr 2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Die Tätigkeiten in diesem Bereich betreffen vorwiegend die Inspektionen für den Erlass von Wohnbarkeits- bzw. Unwohnbarkeitsbescheinigungen, die Überprüfung von Bauprojekten und der Erlass von hygienisch-sanitären Gutachten zur Eröffnung von öffentlichen Dienstleistungen.

**KONTROLLIERTE
ÖFFENTLICHE
EINRICHTUNGEN**

**KONTROLLE DER
SCHWIMMBÄDER**

Tabelle 12: **Leistungen der Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit zur Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Gebäude nach ihrer Verwendung – Jahr 2007**

Erbrachte Leistungen	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck ^o	Insgesamt
Inspektionen zum Erlass von Bewohnbarkeits- bzw. Unbewohnbarkeitsbescheinigungen	16*	304	14	–	334
Überprüfung von Bauprojekten zur Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten	1.205**	342	575	20	2.142
Bescheinigungen über hygienische Mängel in Wohnungen	29	9	8	8	54
Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Genehmigung der Eröffnung von öffentlichen Dienstleistungen gemäß LG 58/88	71	32	47	–	150
Hygienisch-sanitäre Gutachten und/oder Prüfungsberichte zur Genehmigung der Eröffnung und/oder Führung von Gesundheitseinrichtungen oder Erbringung von Dienstleistungen durch im Gesundheitsbereich tätige Freiberufler	11	16	5	–	32
Hygienisch-sanitäre Gutachten (Anzahl der Akten) für die Eröffnung und/oder Führung von:					
• Verkaufsstellen	4	10	7	2	23
• Stands für temporäre Veranstaltungen	261	81	65	4	411
Hygienische Entsprechung der Räume für die Verarbeitung landwirtschaftlicher Produkte	16	10	3	3	32
Sonstige	10***	–	–	–	10

*Einschließlich 5 Bewohnbarkeitsbescheinigungen, 11 Unbewohnbarkeitsbescheinigungen und Rekurse gegen Unbewohnbarkeitsbescheinigungen

**637 Leistungen im Sprengel Bozen, 322 in Eppan, 28 in Branzoll, 142 in Leifers und 76 in Sarnthein

***Hauskontrollen aufgrund von prekären hygienischen Bedingungen

^o Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder

2007 wurden 469 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 27,5 % davon waren nicht regulär. Mikrobiologische Analysen wurden an 817 Wasserproben durchgeführt, 8,7 % davon erwiesen sich als nicht regulär.

Tabelle 13: **Kontrollen der öffentlichen und öffentlich benutzten Schwimmbäder – Jahr 2007**

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Kontrollen vor Ort	Entnommene Stichproben	Nicht reguläre Stichproben	% nicht regulärer Stichproben
Bozen				
Chemisch-physische Analysen	105	191	50	26,2 %
Mikrobiologische Analysen	105	200	11	5,5 %
Meran				
Chemisch-physische Analysen	180	98	43	43,9 %
Mikrobiologische Analysen	180	383	40	10,4 %
Brixen				
Chemisch-physische Analysen	41	53	15	28,3 %
Mikrobiologische Analysen	41	112	4	3,6 %
Bruneck				
Chemisch-physische Analysen	106	127	21	16,5 %
Mikrobiologische Analysen	106	122	16	13,1 %

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika

Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986, integriert durch nachfolgende italienische und europäische Bestimmungen, beinhaltet die Vorschriften über die Umsetzung der Richtlinien der Europäischen Union für die Produktion und den Vertrieb von Kosmetika. In diesem Zusammenhang erhält das Landesamt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Kosmetikartikelherstellern und -importeuren die Liste und Merkmale der Zusammensetzung der verschiedenen Produkte. Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sind für die Kontrolle der Produktionsstätten, der Schönheitssalons und Beautyfarmen sowie der Tätowier- und/oder Piercing-Geschäfte in der Provinz Bozen zuständig.

KONTROLLE DER KOSMETIKA

Tabelle 14: **Überwachung und Kontrolle der Kosmetika. Erfasste Einrichtungen und von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte Einrichtungen – Jahr 2007**

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Produktionsstätten von Kosmetika			Schönheitssalons/ Beautyfarmen			Tätowier-/Piercing-Geschäfte		
	Erfasste Einricht.	Kontrollierte Einr.	kонтроliert/ erfasst	Erfasste Einricht.	Kontrollierte Einr.	kонтроliert/ erfasst	Erfasste Einricht.	Kontrollierte Einr.	kонтроliert/ erfasst
Bozen	6	–	–	442	108	24,4 %	16	3	18,8 %
Meran	3	1	33,3 %	323	76	23,5 %	9	2	22,2 %
Brixen	–	–	–	77	32	41,6 %	1	1	100,0 %
Bruneck	2	2	100,0 %	160	8	5,0 %	1	1	100,0 %
Insgesamt	11	3	27,3 %	1.002	224	22,4 %	27	7	25,9 %

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Eine weitere Tätigkeit gemäß LG 11/72 betrifft die Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten zum Erlass der Genehmigung für die Eröffnung von Herren- und Damenfriseur-läden, Beautyfarmen und Wellnesszentren.

Tabelle 15: **Hygienisch-sanitäre Gutachten zum Erlass der Genehmigung für die Eröffnung von Herren- und Damenfriseur-läden, Beautyfarmen und Wellnesszentren – Jahr 2007**

	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*	Insgesamt
Hygienisch-sanitäre Gutachten	47	17	6	1	71

* Diese Leistungen werden üblicherweise von den Sprengelhygienikern erbracht

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer

Die Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer werden von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen. In diesem Bereich führen die Mitarbeiter der Dienste die Inspektionen auf Friedhöfen durch, leisten Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen, führen die Autopsien durch und stellen die Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport aus.

Tabelle 16: Leichenpolizeiliche Tätigkeiten – Jahr 2007

Art der Tätigkeiten	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck***	Insgesamt
Inspektionen auf Friedhöfen	–	–	–	–	–
Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport	–*	359	183	–	542
Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen	5	9	3	–	17
Autopsien	438	136	70	–	644
Genehmigung der Leichentransportfahrzeuge	18	7	2	–	27
Sonstige	29**	–	–	–	29

* Der Gemeinde Bozen anvertraute Tätigkeit

**Überwachung der korrekten Abwicklung bei der Bescheinigung der Schließung der Bahre und Überprüfung der gesetzlichen Bestimmungen beim Abtransport der Bahre

***Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung

In der Autonomen Provinz Bozen ist für die Überwachung der Umweltverschmutzung die Landesagentur für Umweltschutz zuständig. Die Agentur leistet den Gesundheitsdiensten, wie den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und der Abteilung Umweltmedizin, die sich mit der Umweltkontrolle zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung beschäftigt, technische und instrumentelle Unterstützung.

Die Abteilung Umweltmedizin führt epidemiologische Studien zu gesundheits- und umwelttechnischen Fragen durch und bietet Beratungstätigkeit, Gutachten und Bewertungen für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Sie arbeitet mit dem Landesassessorat für Gesundheit, mit verschiedenen Diensten des Südtiroler Sanitätsbetriebes und mit der Landesagentur für Umweltschutz zusammen.

Im Laufe des Jahres 2007 erbrachte sie folgende Tätigkeiten:

- Abschluss der rückblickenden epidemiologischen Studie für die Jahre 2000–2004 über die kurzfristigen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit; Analyse der sanitären und umwelttechnischen Daten in sechs Landesstädten; Untersuchung der Beziehung zwischen täglicher mittlerer Konzentration verschiedener Schadstoffe und dem Auftreten von Herz-Kreislauf-, Atemweg- und Herzerkrankungen (in Zusammenarbeit mit der Landesagentur für Umweltschutz und der Universität Udine); die Zwischenergebnisse der Studie wurden auf der vom Landesassessorat für Gesundheit organisierten Tagung „Fokus Lärmbelastung und Rückblick Feinstaub“ vorgestellt;
- Landesreferent für die akuten Vergiftungen durch Pestizide; Dreijahrespläne der sanitären und umwelttechnischen Überwachung der Auswirkungen von Pflanzenschutzmitteln; gezielte Untersuchung von Vergiftungsfällen mit Berichterstattung an das Amt für Hygiene;

- Bewertung und Stellungnahmen auf Anfrage des Ressorts über die gesundheitlichen und gesetzlichen Aspekte der Landesbeschlüsse zur Umwelt;
- Beratung, Kontrollen vor Ort, Vorschläge von Maßnahmen und Gutachten zu medizin- und umwelttechnischen Themen auf Anfrage des Landesressorts für Gesundheit: Verbrennungsanlage, Phytopharmaka, Telekommunikation, Roma-Siedlung als Lagerplatz auf der ehemaligen Deponie Sigmundskron, Mission saubere Luft, Radon;
- Kontrollen in Schulgebäuden auf dem Landesgebiet, Ex-Deponien (Sigmundskron), Fabriken oder Betriebe, Kompostanlagen sowie in zu sanierenden Einrichtungen aufgrund von Asbest, Bodenverschmutzung durch Kohlenwasserstoffe, akute Verseuchung etc.;
- Mitglied des Landeskomitees für Umweltverträglichkeitsprüfung UVP;
- Mitglied des technischen Landeskomitees und Teilnahme an den von der Landesagentur für Umweltschutz koordinierten Treffen in Zusammenarbeit mit den Ressorts und Vertretern von 16 Gemeinden für die Ausarbeitung der Pläne für den Schutz der Luftqualität (Fahrverbot in der Stadt, Aktionsplan Brennerautobahn, usw.) und Tätigkeiten im Rahmen des Projektes Aktiv für gute Luft;
- Zusammenarbeit mit der Landesagentur für Umweltschutz in Bezug auf die wichtigsten Umweltthemen;
- Organisation und Planung einer neuen Studie über die Effekte der Luftverschmutzung und Lärmbelastung auf die Gesundheit an der Brennerautobahn, der MeBo und den Hauptverkehrsadern im Vinschgau und im Pustertal;
- Studie über die Sterblichkeit und das Auftreten bestimmter Tumoren an den Weichgeweben in Südtirol in Zusammenarbeit mit dem Tumorregister;
- Abfassung von Studien, Berichten und Forschungsarbeiten sowie Pressemitteilungen über Umwelt und Gesundheit, die bei Besprechungen, Kursen, Konferenzen und Begegnungen mit der Bevölkerung präsentiert werden.

Die Daten zur Überwachung der Luft- und Lärmbelastung in Südtirol stammen von mehreren Quellen: vom Labor für Luft- und Lärmanalysen, vom Labor für Physikalische Chemie und vom Biologischen Labor der Landesagentur für Umweltschutz.

Das Labor für Luft- und Lärmanalysen ist für die Überwachung von Benzolkonzentrationen und anderer Schadstoffe an verschiedenen Stationen der Stadt Bozen (31 Messstationen), Meran (21 Stationen), Brixen (12 Stationen) und Bruneck (10 Stationen) zuständig.

2007 wurden fünf Messzyklen mit einer Dauer von jeweils zwei Wochen durchgeführt, um ein Gesamtbild der Situation über die Benzolkontamination auf dem gesamten Gemeindegebiet der vier Städte zu erhalten und die saisonbedingte Entwicklung zu bewerten. Die Benzolkonzentration ist an fast allen Stationen im Vergleich zu den Vorjahreswerten rückläufig. Außerdem wurden keine Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit gemessen ($8 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{Jahr}$), was in erster Linie auf die Zunahme der Anzahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen ist.

Außerdem ist festzustellen, dass diese Konzentration beim Übergang von den Winter- auf die Sommermonate progressiv abnimmt.

Die Analyse der Messungen des Jahres 2007 ergab für die anderen Schadstoffe in der Stadt Bozen die folgende Situation:

- **Benzopyren:** Dieser Schadstoff wurde in der PM₁₀-Fraktion gemessen, wie es die kürzlich eingeführte nationale Gesetzgebung vorschreibt. Der Jahresdurchschnittswert für diesen Schadstoff betrug $0,8 \text{ ng}/\text{m}^3$ und liegt somit unter dem von der nationalen

LABOR FÜR PHYSIKALISCHE CHEMIE

Gesetzgebung vorgeschriebenen Grenzwert (1 ng/m^3) und leicht über dem Durchschnitt im Jahr 2006 ($0,7 \text{ ng/m}^3$);

- **Blei und andere Metalle:** Blei, Kadmium, Nickel und Chrom wiesen 2007 sehr niedrige Konzentrationen auf. Diese Schadstoffe werden in der PM10-Fraktion wie von der kürzlich eingeführten Gesetzgebung vorgeschrieben gemessen; ihre Jahresmittelwerte liegen innerhalb der gesetzlichen Grenzwerte (Jahresmittelwert für Blei: $0,008 \text{ } \mu\text{g/m}^3$; Grenzwert $0,5 \text{ } \mu\text{g/m}^3$), Jahresmittelwert Kadmium: $< 1 \text{ ng/m}^3$, Grenzwert 5 ng/m^3 ; Jahresmittelwert Nickel: $1,6 \text{ ng/m}^3$, Grenzwert 20 ng/m^3 ; Jahresmittelwert Chrom: $3,6 \text{ ng/m}^3$, Grenzwert nicht festgelegt).

Das Labor für Physikalische Chemie befasst sich ebenfalls mit der Überprüfung der Luftqualität; die an den Messstationen laufend erfassten chemischen Schadstoffe sind: Schwefeldioxid (SO_2), Stickstoffdioxid (NO_2) und Stickstoffoxide (NOX), Kohlenmonoxid (CO), Ozon (O_3), Feinstaub (PM_{10}) und Benzol. Das Labor führt 14 Messstationen für die Erfassung der Luftverschmutzung: 3 in Bozen, 1 in Leifers, 1 in Salurn, 2 in Meran, 1 in Brixen, 1 in Sterzing, 1 in Bruneck, 1 in Latsch, 1 am Rittner Horn und 2 auf der Brennerautobahn (bei Feldthurns und Auer).

Auf Landesebene kennzeichnet sich die Luftverschmutzung im Jahr 2007 in Bezug auf die einzelnen Schadstoffe folgendermaßen:

- **Schwefeldioxid (SO_2):** Die für diesen Schadstoff erfassten Werte liegen deutlich unter den Grenzwerten; die Eindämmungsmaßnahmen werden fortgesetzt;
- **Kohlenmonoxid (CO):** Die geltenden Grenzwerte wurden nicht überschritten. Die Verminderung der Luftschadstoffkonzentration ist, wie auf internationaler Ebene, auf die Zunahme der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen;
- **Stickstoffdioxid (NO_2):** Es kam zu Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit ($40 \text{ } \mu\text{g/m}^3$) an den Stationen in Bozen (Hadrianplatz, Claudia Augusta-Straße), in Salurn und auf der Brennerautobahn;
- **Ozon (O_3):** Die durchschnittliche stündliche Schadstoffkonzentration überschritt einige Male die Informationsschwelle von $180 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ (Mittelwert pro Stunde) an den Messstationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Leifers, Meran (Grünau), und Ritten. Im Jahr 2007 wurden auch einige Überschreitungen des Grenzwerts für den Gesundheitsschutz ($120 \text{ } \mu\text{g/m}^3$) an den Stationen in Bozen (Amba-Alagi-Straße), Leifers, Meran (Grünau), Ritten und Salurn verzeichnet. Zudem wurden einige Überschreitungen des Zielwerts für den Pflanzenschutz ($18.000 \text{ } \mu\text{g/m}^3/\text{h}$) in Bozen (Amba-Alagi-Straße), Leifers, Ritten und Salurn festgestellt.
- **Feinstaub (PM_{10}):** An keiner Messstation überschritt die durchschnittliche Jahreskonzentration 2007 den von der neuen Landesgesetzgebung festgelegten Grenzwert für den Schutz der Gesundheit ($40 \text{ } \mu\text{g/m}^3$);
- **Benzol:** 2007 wurde keine Überschreitung des Grenzwertes für den Gesundheitsschutz ($5 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ seit dem 1.1.2010) festgestellt.

1.4.6. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld

Der Dienst für Arbeitsmedizin befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt zugunsten dieser Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen durch. Der Dienst ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und Klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.

Das Arbeitsinspektorat führt Ermittlungen zu beruflichen Risiken, Maßnahmen zur Aufklärung und Gesundheitserziehung für die Arbeitnehmer und -geber durch und überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zugunsten der Gesundheit der Arbeitnehmer.

ARBEITSINSPEKTORAT

Tabelle 17: Tätigkeit des Arbeitsinspektorats – Jahre 2006–2007

Art der Tätigkeit	2006	2007
Kontrollen in Unternehmen mit Information	329	259
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen – Informationen für Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	1.951	3.436
Periodische Versamml. zur Prävention – Teilnahme an Arbeitskommissionen od. -gruppen	110	128
Überwachung der Durchführung der VSV – Datenanforderungen	936	800
Vorschläge und/oder Überprüfungen der Programme für ärztliche Visiten	9	173
Ermittlungen (f. d. Staatsanwaltschaft) über Berufskrankheiten und Verstöße gegen geltende Bestimmungen	56	30
Rekurse gegen Eignungsurteile	13	13
Tauglichkeitsbeurteilung von Heizern	10	20
Tauglichkeitsbeurteilung von Minderjährigen	465	211
Bestimmungen im Bereich der Arbeitsmedizin	75	33
Verwaltungsstrafen	3	–
Mitteilungen der Vorschriften	21	29
Genehmigung von Arbeitsplänen zur Beseitigung von Asbest	117	126
Sonstige Mitteilungen an die Unternehmen über Aufschub, Befreiung, Verpflichtungen, Nicht-Erfüllung von Verpflichtungen	138	70
Sonstige Ermittlungen	61	63
Mitteilungen/Meldungen an andere Ämter	49	83
Einberufungen	27	48
Teilnahme an Konferenzen/Fortbildungskursen/Tagungen etc.	28	36
Unterrichtsstunden	2	8
Ärztliche Visiten	12	9
Umwelttechnische Messungen: Lärm, Mikroklima, Helligkeit (Arbeitsplätze)	6	1

Quelle: Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

Die Anzahl der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen nahm gegenüber dem Vorjahr von den 220 im Jahr 2006 gemeldeten Berufskrankheiten auf 198 im Jahr 2007 leicht ab (–10,0%).

Fast 40,9% der im Jahr 2007 eingegangenen Meldungen beziehen sich auf Probleme oder Beschwerden aufgrund von Hyperakusis durch Lärm.

Tabelle 18: Art der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen – Jahre 2006–2007

Eingegangene Meldungen	Anzahl der eingegangenen Meldungen	
	Jahr 2006	Jahr 2007
Wegen Hypoakusis durch Lärm	93	81
Wegen Latexallergie und allergischer Kontaktdermatitis	8	11
Wegen Ekzemen und Hautsensibilität	3	1
Wegen Diskushernie	23	30
Wegen Lumbago (Ischialgie)	1	4
Wegen Karpaltunnelsyndrom	8	16
Wegen Epicondylitis	3	8
Wegen Tendinitis	12	8
Wegen Mesotheliom der Pleura	1	2
Wegen Asbestose	1	1
Wegen TBC-Verdacht	–	–
Wegen Diskopathie	8	5
Sonstige	59	31
Insgesamt	220	198

Quelle: Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

KLINISCHER BEREICH FÜR ARBEITSMEDIZIN

Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß Legislativdekret 626/94 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch.

Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen. Den organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durchführung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden.

Tabelle 19: Tätigkeit des Klinischen Bereichs für Arbeitsmedizin – Jahre 2006–2007

Art der Tätigkeit	Anz. der Maßn. 2006	Anz. der Maßn. 2007
Untersuchung der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit im Sinne der Gesetze 303/56, 277/91, 626/94	10.485	11.263
Sehtests	1.173	1.478
Hörtests	3.303	3.077
Spirometrie Fluss-Volumen-Diagramm (einfache Spirometrie)	3.875	3.545
Globale Spirometrie	5	–
Spirometrie mit Diffusion	6	3
EKG	38	28
Venöse Blutentnahme	227	243
Kontrollen in Unternehmen mit Information und Beratung	952	617
Protokoll der präventiven und periodischen gesundheitlichen Ermittlungen (VSV), Berichte und Beratungen	625	799
Informationen an Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	90	130
Periodische Versammlungen zur Prävention	95	114
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste-Hilfe-Maßnahmen	204	400
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, bis zu 5 Personen	3.320	6.987
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, mehr als 5 Personen	894	940

Quelle: Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

LABOR FÜR WASSERANALYSEN

Der Dienst für Arbeitsmedizin bedient sich des Labors für Wasseranalysen und des Labors für Luft- und Lärmanalysen für einige Tätigkeiten, welche die Bewertung der Risiken im Arbeitsumfeld betreffen. Das Labor für Wasseranalysen führt vorwiegend toxikologische

Analysen von Blut- und Harnproben von Arbeitnehmern durch, während sich das Labor für Luft- und Lärmanalysen mit dem Gesundheitsgrad des Arbeitsumfeldes beschäftigt und spezifische Lärm- und Vibrationsbelastungskontrollen und Abnahmeprüfungen von Produktionsanlagen vornimmt.

1.5. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Gemäß Pflichtsanierungsplänen des Jahres 2007 kontrollierte der Landesveterinär-dienst insgesamt 236.104 Stück Vieh.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. In den Viehzuchtbetrieben des Landes wurden 138 neue Fälle von BVD/MD erfasst.

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens seitens der anerkannten Tierärzte, der Hygieneinspektoren und der anderen Kontrollorgane.

Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Gesundheit der Tiere und Hygiene der Produktion, Konservierung und Vermarktung der Lebensmittel tierischen Ursprungs.

Gemäß Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 in geltender Fassung befasst sich die erste Sektion mit der Überwachung und Kontrolle der Tiere, den Gesundheitsgenehmigungen, deren Unterbringung und Dichte, mit Tiertransport und Fahrzeugen über deren Bewegung innerhalb und außerhalb der Europäischen Gemeinschaft sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere (Futtermittel); außerdem wacht sie über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tierschutz.

Im Bereich der Gesundheitsüberwachung wurden im Verlauf des Jahrs 2007 150 Verwaltungsstrafen verhängt und 2 Strafanzeigen erstattet.

Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Sie sorgt für die Inspektion und Überwachung von Erzeugnissen tierischen Ursprungs und deren Derivaten bei der Herstellung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung, Vermarktung, im Groß- und Einzelhandel sowie bei deren Verabreichung. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger.

Zur Gewährleistung der landesweiten tierärztlichen Versorgung bedient sich der betriebliche Tierärztliche Dienst, dessen zentraler Sitz in Bozen ist, operativer Dienststellen in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck.

2007 belief sich der Viehbestand (Rinder, Schafe, Ziegen, Pferde und Schweine) auf 236.104 Stück, was einem Zuwachs von 6,2% gegenüber dem Vorjahr gleichkommt (222.320 Stück im Jahr 2006). Insgesamt überwiegen die Rinder mit 61,5% am Gesamtbestand. Das Geflügel zählt rund 145.000 Stück.

LABOR FÜR LUFT- UND LÄRMANALYSEN

AUFGABEN DES LANDESVETERINÄRDienstES

AUFGABEN DES BETRIEBLICHEN TIERÄRZTLICHEN DienstES

VIEHBESTAND

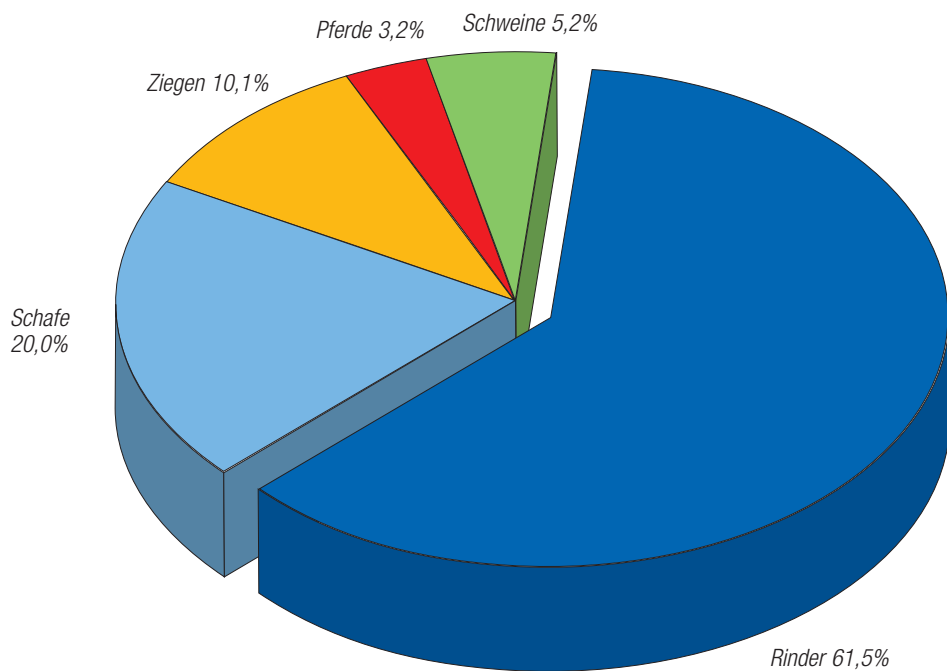
Tabelle 20: Viehbestand nach Tierart – Jahre 2005–2007

Tierart	Jahr 2005	Jahr 2006	Jahr 2007	% 2007
Rinder	145.726	141.052	145.281	61,5%
Schafe	{ 61.000	{ 61.017	47.118	20,0%
Ziegen			23.937	10,1%
Pferde	7.000	7.000	7.575	3,2%
Schweine	14.000	13.251	12.193	5,2%
Insgesamt	227.726	222.320	236.104	100,0%
Geflügel	n.a.	140.000	145.000	

Quelle: Landesveterinärdienst

In Bezug auf die Verteilung des Viehbestandes im Landesgebiet wird eine gleichmäßige Rinderdichte im Landesgebiet verzeichnet. Für die Schafe und Ziegen weist der Gesundheitsbezirk Meran mit 59,3 % am erfassten Gesamtbestand die höchste Viehdichte auf.

Abbildung 6: Verteilung des Viehbestandes nach Tierart – Jahr 2007



Quelle: Landesveterinärdienst

Tabelle 21: Tierzuchtbetriebe in Südtirol nach Tierart – Jahre 2005–2007

Tierart	Jahr 2005	Jahr 2006	Jahr 2007
Rinder	8.942	8.866	8.695
Schafe	{ 3.909	{ 4.020	2.482
Ziegen			2.043
Pferde	1.800	1.800	1.834
Schweine	4.209	4.549	4.766
Geflügel/Kaninchen	108	95	98
Forellenzucht	5	5	6
Insgesamt	18.973	19.335	19.924

Quelle: Landesveterinärdienst

2007 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landesveterinärdienstes auf die Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, *Brucella ovis*-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, die Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Viren, Blue Tongue, Skrapies und CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen), Maedi-Visna-Virus, Paratuberculose. In Übereinstimmung mit den Pflichtsanierungsplänen des Jahres 2007 wurden insgesamt 179.680 Stück Vieh kontrolliert.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Hierzu wurden 5.361 Analysen in Bezug auf Brucellose auf IBR und Rinderleukose durchgeführt.

2007 wurden das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) und das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen Pseudotuberkulose fortgesetzt.

Südtirol beteiligt sich außerdem an einem nationalen Überwachungsprogramm der Blue Tongue, in dessen Rahmen 1.694 Rinderblutproben entnommen wurden. 10 Proben von Schafsblut und 27 Proben von Lamablut.

2007 wurden neue Pflichtprogramme zur Kontrolle von Infektionskrankheiten bei Tieren eingeführt. Das erste betrifft die infektiöse Anämie von Pferden, wobei zirka 7.000 Pferde im Lauf des Jahres 2007 kontrolliert wurden. Die zweite startete im November 2007 und betrifft die Caprine Arthritis-Encephalitis und sieht die Kontrolle von zirka 3.500 Betrieben vor, die Schafe/Ziegen halten.

Tabelle 22: **Im Rahmen der Pflichtsanierungspläne in Südtirol vorgenommene Kontrollen und Impfungen – Jahre 2005–2007**

Art der Kontrolle	Anzahl der kontrollierten Tiere		
	2005	2006	2007
Rindertuberkulose	147	72	42
Rinderbrucellose	21.491	29.403	25.478
Brucellose der Schafe und Ziegen	16.323	27.335	14.619
<i>Brucella ovis</i> * (Schafböcke)	2.287	2.713	1.919
IBR	23.765	29.235	26.130
Vesikulärkrankheit der Schweine	607	622	778
Schweinepest	690	623	770
Aujeszky-Krankheit bei Schweinen	590	622	755
Rinderleukose	20.651	28.608	24.994
BVD/MD-Antikörper	8.121	2.731	2.021
BVD/MD-Virus	13.985	4.849	4.121
BVD/MD-Epithelvirus	56.605	69.599	67.453
Blue Tongue	8.035	9.160	1.731*
Skrapies – Genotypisierung – Schaftiere	1.710	–	77
CAEV	6.912	7.628	7.238
Maedi Visna	–	–	723
Paratuberkulose	–	–	831
Kontrollen insgesamt	181.919	213.200	179.680

* davon 1.694 Rinder, 10 Schafe/Ziegen und 27 Lama

Art der Impfungen	Anzahl der geimpften Tiere		
	2005	2006	2007
Symptomatischer Milzbrand	7.285	7.163	7.143
Milzbrand	138	143	143
Impfungen insgesamt	7.423	7.306	7.286

Quelle: Landesveterinärdienst

**ERFASSTE
TIERKRANKHEITEN**

Auch 2007 wurden, wie nunmehr seit verschiedenen Jahren, keine Fälle von Rinder-TBC verzeichnet. Es wurden auch keine Fälle von Rinderbruzellose oder Bruzellose der Schafen/Ziegen festgestellt.

In den Viehzuchtbetrieben des Landes traten dagegen 138 neue Fälle von BVD/MD auf, und außerdem wurde ein Fall der Aujeszky'schen Krankheit sowie ein atypischer Fall der Traberkrankheit bei einem Schaf festgestellt.

Im Bereich der Tiergesundheit führt der betriebliche Tierärztliche Dienst auch Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen (1.400 Entnahmen) durch; außerdem beschäftigt er sich mit dem Gesundheitsschutz des Zuchtviehs (149 kontrollierte Hengste und Stiere), stellt Gesundheitszeugnisse für den Viehhandel und Schlachtungen aus (40.000 zertifizierte Tiere) und nimmt Kontrollen der pharmakologischen Behandlungen der Tiere vor (644 Behandlungsregister mit kontrollierten, tiermedizinischen Arzneimitteln).

Im Bereich der Kontrollmaßnahmen bei der Tierfütterung wurden 260 Futterproben (eine davon stellte sich als nicht ordnungsgemäß heraus) durchgeführt; es wurden auch Radioaktivitätskontrollen an 6 Futterproben vorgenommen. Zudem wurden 2 Kontrollen an Milchpulver für die Tierfütterung durchgeführt.

Der Dienst beschäftigt sich außerdem mit der Bekämpfung der streunenden Tiere und mit der Identifizierung der Hunde mittels Mikrochips. Dieses Verfahren wurde in allen Südtiroler Gemeinden eingeführt und erleichtert die Rückgabe der Tiere an ihre Besitzer und verkürzt somit deren Aufenthaltszeit im Tierheim.

2007 wurden 56 Hunde und 808 Katzen sterilisiert. 2.331 Tiere wurden vom sanitären Hundezwinger Sill aufgegriffen, 2.130 davon wurden den Besitzern zurückgegeben.

*Tabelle 23: Vom betrieblichen Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen – Bereich
Gesundheit der Tiere – Jahre 2006–2007*

Vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Jahr 2006	Jahr 2007
Eingefangene streunende Tiere	396	338
Sterilisation von Hunden	99	56
Sterilisation von Katzen	1.727	808
Untersuchungen am Zuchtvieh – Hengste und Stiere	137	149
Kontrolle der pharmakologischen Behandlungen der Tiere (Registerkontrolle)	900	644
Futterkontrolle	322	260
Radioaktivitätskontrolle des Futters	6	6
Kontrolle des bei der Zucht und/oder für die Produktion von Lebensmitteln tierischen Ursprungs verwendeten Wassers	82	41
Pulvermilch als Tierfutter	2	6
Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen	873	1.400
Reisepässe für Hunden, Katzen und Frettchen für EU-Reisen (seit 1.7.04)	857	789
Reisepässe für pferdeartige Tiere (seit 1.10.05)	2.063	1.754
Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von lebenden Tieren	552	212
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierarztpraxen	–	2
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierhandlungen	–	2
Abgabe von Mikrochips für Hunde, Katzen und Frettchen	820	763
Abgabe von Mikrochips für pferdeartige Tiere	931	862
Insgesamt	9.767	8.092

Quelle: Betrieblicher Tierärztlicher Dienst

1.6. HYGIENISCH-SANITÄRER SCHUTZ VON LEBENSMITTELN UND GETRÄNKEN

Der betriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte 1.059 Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 4,2 % und liegt somit leicht über dem Vorjahreswert (3,8 %).

Alle geschlachteten Rinder über 24 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen (10.295 kontrollierte Rinder).

Die Kontrollen der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs werden hingegen von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen; es wurden 1.609 Produktionsstätten kontrolliert. Auf Landesebene bleibt der Anteil der kontrollierten Betriebe mit Verstößen auch weiterhin sehr hoch (28,7 %).

Im Rahmen des hygienisch-sanitären Schutzes der Lebensmittel analysierten das Labor des Institutes für Tierprophylaxe und die Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Lebensmittelanalysen und Biologisches Labor) 1.951 Lebensmittelstichproben, von denen sich 67 als nicht regulär erwiesen.

In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen entnahmen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.499 Stichproben zwecks chemisch-physischer Analysen und 2.973 zwecks mikrobiologischer Analysen. Der Anteil der nicht regulären Stichproben ist sehr niedrig (3,1 % für die chemisch-physischen Analysen und 9,6 % für die mikrobiologischen Analysen), was eine leichte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet.

Die Kontrollen der Lebensmittel unterscheiden sich in hygienisch-sanitäre Kontrollen der Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln und Getränken und in analytische Kontrollen (mikrobiologische und chemische Analysen) der einzelnen Lebensmittel zur Feststellung der vorschriftsmäßigen Zusammensetzung, des Inhalts oder der warenspezifischen Natur. Die Kontrolle der Lebensmittel tierischen Ursprungs erfolgt durch die Tierärzte des betrieblichen Tierärztlichen Dienstes.

**KONTROLLE DER
LEBENSMITTEL
TIERISCHEN URSPRUNGS**

**BETRIEBLICHER TIER-
ÄRZTLICHER DIENST**

Tabelle 24: Ergebnisse der Kontrollen von Betrieben für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs und ergriffene Maßnahmen – Jahr 2007

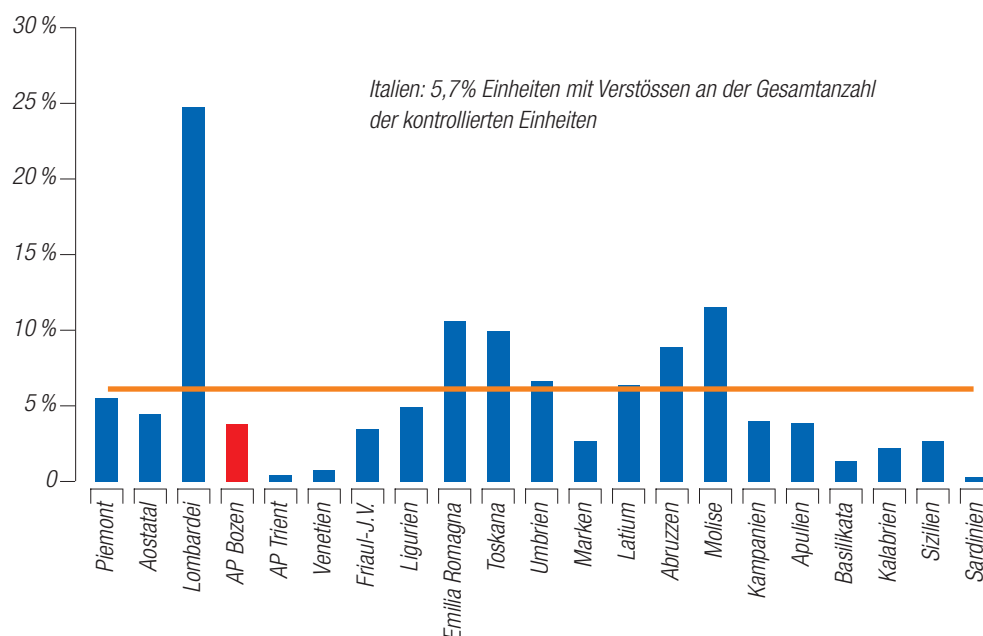
Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	185	6	3,2 %	109	5
Produktion und Verpackung	107	4	3,7 %	284	8
Großhandel	49	6	12,2 %	190	7
Einzelhandel	202	14	6,9 %	472	3
Transport (sanitäre Genehmigungen)	187	–	–	189	–
Öffentliche Gastronomie	52	1	1,9 %	55	–
Kollektive Gastronomie	5	1	20,0 %	5	–
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	272	12	4,4 %	399	11
Insgesamt	1.059	44	4,2 %	1.703	34

Quelle: Betrieblicher Tierärztlicher Dienst

Der Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2007 insgesamt 1.059 Betriebe, bei 44 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,6 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch.

Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 4,2 % und liegt somit leicht über dem Vorjahreswert (3,8 %).

Abbildung 7: Prozentsatz der Einheiten mit Verstößen an der Gesamtzahl der von den Tierärztlichen Diensten kontrollierten Einheiten – Jahr 2006



Quelle: Gesundheitsministerium

Der Dienst stellt auch die sanitären Genehmigungen für den Transport von Lebensmitteln und die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben und Lagerstätten aus. Ihm unterliegt ebenfalls die Ausstellung der Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und Risikomaterial, für die Hausschlachtungen und Privatschlachtungen in Schlachthöfen.

Alle Schlachttiere werden vor und nach der Schlachtung auf eventuelle, auf Menschen oder Tiere übertragbare Krankheiten untersucht. Bei besonderen Notschlachtungen werden regelmäßig bakteriologische Untersuchungen am Fleisch und an den Tierorganen sowie Analysen für die Erforschung von Hemmstoffen angeordnet.

Tabelle 25: **Leistungen seitens des betrieblichen Tierärztlichen Dienstes – Bereich Hygiene der Lebensmittel tierischen Ursprungs – Jahre 2006–2007**

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Jahr 2006	Jahr 2007
Trichinoskopien	8.218	8.312
BSE-Test	9.933	10.295
Skrapies-Test	720	642
Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und spez. Risikomaterial	7.486	7.354
Sanitäre Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von Lebensmitteln	257	189
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben, Lagerstätten etc.	34	28
Inspektionen von Almen, auf denen Käse hergestellt wird	n.a.	13

Quelle: Betrieblicher Tierärztlicher Dienst

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol 44.989 Tiere geschlachtet (–1,5 % im Vergleich zum Jahr 2006). Alle geschlachteten oder verstorbenen Rinder über 24 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2007 wurden 10.295 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 642 Schafe und Ziegen, die bei der Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den 8.000 geschlachteten Schweinen wurden Trichinoskopien vorgenommen, alle mit negativem Ausgang.

Insgesamt wurden 21.205 Tonnen zerlegtes und in den genehmigten Lagerstätten gelagertes Fleisch kontrolliert.

Im Rahmen der Privatschlachtungen wird zwischen den Schlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen und den Hausschlachtungen in Zuchtbetrieben unterschieden. Der Anteil der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen stieg in den letzten fünf Jahren von 65,8 % des Jahres 2003 auf 81,4 % des Jahres 2007 an. Der wachsende Trend der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen wird vom betrieblichen Tierärztlichen Dienst mit Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und Sensibilisierungskampagnen in der Bevölkerung zugunsten der öffentlichen Schlachthöfe, die im Vergleich zu den Privatschlachtungen bessere hygienisch-sanitäre Bedingungen aufweisen, gefördert.

Der Tierärztliche Dienst beteiligt sich außerdem am vom Gesundheitsministerium geförderten und koordinierten Tätigkeitsprogramm „Nationaler Rückständeplan“. Dabei handelt es sich um ein Jahresüberwachungsprogramm der Lebensmittel und Produkte tierischen Ursprungs zur Erfassung von Rückständen von für die menschliche Gesundheit schädlichen Substanzen. Alle im Jahr 2007 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich als regulär. Neben den Lebensmittelmatrizen betraf der Plan auch 376.914.910 Liter Milch.

Die Kontrolle der Nahrungsmittel nicht tierischen Ursprungs wird dagegen von den Technikern der Prävention durchgeführt, die bei den vier Diensten für Hygiene und öffentliche Gesundheit arbeiten.

MASSNAHMEN AN SCHLACHTTIEREN

KONTROLLE DER LEBENSMITTEL NICHT TIERISCHEN URSPRUNGS

**DIENSTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

Tabelle 26: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen – Jahr 2007

Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	2	–	–	2	–
Produktion und Verpackung	39	21	53,8 %	47	23
Großhandel	18	–	–	26	–
Einzelhandel	41	10	24,4 %	53	12
Transport (sanitäre Genehmigungen)	1	–	–	1	–
Öffentliche Gastronomie	150	98	65,3 %	170	152
Kollektive Gastronomie	28	6	21,4 %	28	6
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	37	25	67,6 %	56	44
Insgesamt	316	160	50,6 %	383	237

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Bozen

Tabelle 27: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran – Jahr 2007

Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	–	–	–	–	–
Produktion und Verpackung	63	4	6,3 %	139	18
Großhandel	17	–	–	24	–
Einzelhandel	98	1	1,0 %	173	29
Transport (sanitäre Genehmigungen)	2	1	50,0 %	2	–
Öffentliche Gastronomie	275	11	4,0 %	345	282
Kollektive Gastronomie	111	–	–	127	14
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	90	3	3,3 %	103	42
Insgesamt	656	20	3,0 %	913	385

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Meran

Tabelle 28: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen – Jahr 2007

Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	3	–	–	3	–
Produktion und Verpackung	24	6	25,0%	24	6
Großhandel	5	1	20,0%	5	4
Einzelhandel	23	4	17,4%	23	14
Transport (sanitäre Genehmigungen)	8	–	–	8	–
Öffentliche Gastronomie	181	119	65,7%	187	115
Kollektive Gastronomie	39	13	33,3%	39	12
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	37	15	40,5%	37	12
Insgesamt	320	158	49,4%	326	163

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Brixen

Tabelle 29: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck – Jahr 2007

Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	2	–	–	2	–
Produktion und Verpackung	30	9	30,0 %	55	16
Großhandel	14	–	–	21	–
Einzelhandel	30	5	16,7 %	47	10
Transport (sanitäre Genehmigungen)	11	–	–	11	–
Öffentliche Gastronomie	185	95	51,4 %	194	117
Kollektive Gastronomie	27	8	29,6 %	27	–
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	18	6	33,3 %	20	9
Insgesamt	317	123	38,8 %	377	152

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Bruneck

Tabelle 30: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Betriebe, durchgeführt von den Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit – Südtirol – Jahr 2007

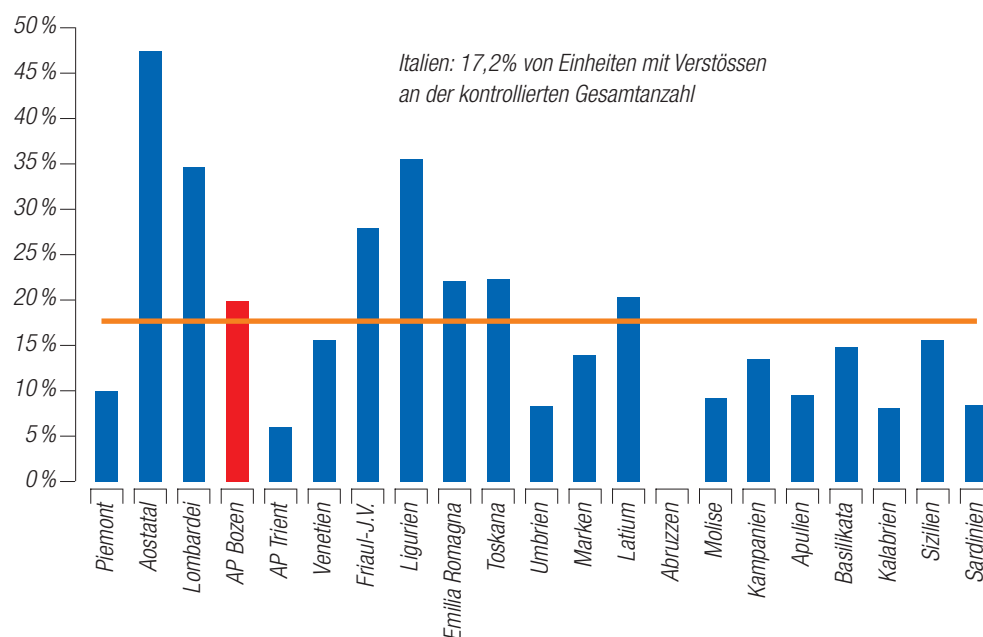
Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	% Verstöße/kontrollierte Betriebe	Anzahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	7	–	–	7	–
Produktion und Verpackung	156	40	25,6%	265	63
Großhandel	54	1	1,9%	76	4
Einzelhandel	192	20	10,4%	296	65
Transport (sanitäre Genehmigungen)	22	1	4,5%	22	–
Öffentliche Gastronomie	791	323	40,8%	896	666
Kollektive Gastronomie	205	27	13,2%	221	32
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	182	49	26,9%	216	107
Insgesamt	1.609	461	28,7%	1.999	937

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Im Jahr 2007 kontrollierten die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit 1.609 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (49,2 % aller kontrollierten Betriebe).

Auf Landesebene bleibt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der kontrollierten auch weiterhin hoch (entsprechend 28,7 %).

Abbildung 8: Prozentsatz der Einheiten mit Verstößen an der Gesamtzahl der von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierten Einheiten – Jahr 2006



Quelle: Gesundheitsministerium

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Genießbarkeitsbescheinigungen für Pilze aus und leisten mykologische Beratungstätigkeit für private Pilzsammler; zu ihrem Aufgabenbereich gehört außerdem das Erstellen von hygienisch-sanitären Gutachten für die Genehmigung des Lebensmitteltransportes und die Eröffnung von Verarbeitungsbetrieben und Lagerstätten von Lebensmitteln.

Tabelle 31: **Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der mykologischen Risikofaktoren – Jahr 2007**

Art der Tätigkeit	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Mykologische Beratung für private Pilzsammler	160	30	13	15	218
Ausstellung von Verkaufseignungsbescheinigungen für frische Pilze	240	–	6	20	266

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 32: **Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Risikofaktoren im Lebensmittelbereich durch die Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit – Jahr 2007**

Art der Tätigkeit	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit				Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*	
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für:					
• Lebensmittellagerstätten für den Großhandel	2	–	–	–	2
• Lebensmittelverarbeitungsbetriebe	29	26	11	12	78
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für die Erteilung der Genehmigung zum Lebensmitteltransport	136	3	8	11	158
Insgesamt	167	29	19	23	238

*Diese Leistungen werden üblicherweise von den Sprengelhygienikern erbracht

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Im hygienisch-sanitären Schutz der Lebensmittel wird der betriebliche Tierärztliche Dienst vom Labor des Institutes für Tierprophylaxe und von den Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Lebensmittelanalysen, Biologisches Labor und Labor für physikalische Chemie) unterstützt, welche chemische, mikrobiologische und physikalische Analysen der entnommenen Lebensmittelstichproben vornehmen.

Das Institut für Tierprophylaxe führte mikrobiologische und chemische Analysen an 596 Lebensmittelstichproben durch und erfasste dabei 11 Verstöße (1,8 %).

**IM MYKOLOGISCHEN
BEREICH ERBRACHTE
LEISTUNGEN**

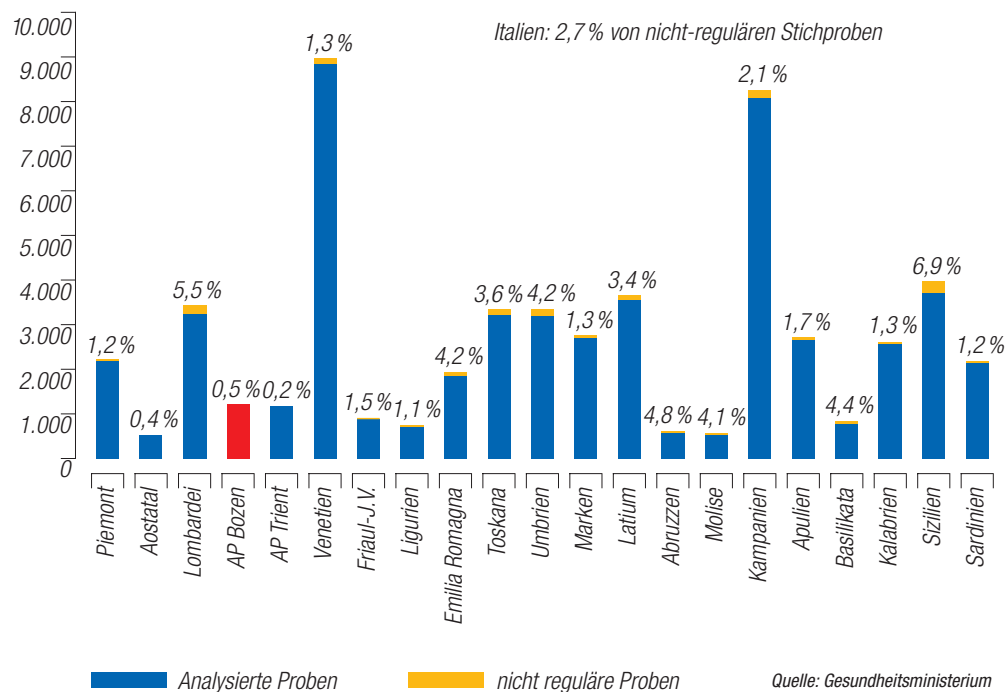
**INSTITUT FÜR
TIERPROPHYLAXE**

Tabelle 33: Kontrollen von Lebensmitteln durch das Institut für Tierprophylaxe – Jahr 2007

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Molkereiprodukte	177	2	1,1%
Eier und Derivate	59	–	–
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	183	8	4,4%
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	21	–	–
Lebensmittel tierischen Ursprungs insgesamt	440	10	2,3%
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Kräuter, Gewürze, Kaffee, Tee	1	–	–
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs insgesamt	1	–	–
Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Eis und Desserts	119	–	–
Süßspeisen	15	–	–
Fertiggerichte	21	1	4,8%
Sonstige Lebensmittel insgesamt	155	1	0,6%

Quelle: Institut für Tierprophylaxe

Abbildung 9: Analyisierte und nicht reguläre Stichproben – Tierzuchtinstitute – Jahr 2006



Das Labor für Lebensmittelanalysen untersuchte im Laufe des Jahres 786 Stichproben und erfasste dabei 46 Verstöße (5,8 %). Eine große Anzahl an Verstößen wurden insbesondere bei Fetten und Ölen nicht tierischen Ursprungs, bei Süßwaren und im Wein festgestellt.

Tabelle 34: **Kontrollen von Lebensmitteln durch das Labor für Lebensmittelanalysen – Jahr 2007**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Molkereiprodukte	147	5	3,4%
Eier und Derivate	6	–	–
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	116	–	–
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	28	2	7,1%
Lebensmittel tierischen Ursprungs insgesamt	297	7	2,4%

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Fette und Öle nicht tierischen Ursprungs	67	17	25,4%
Zerealien und Backwaren	36	1	2,8%
Obst und Gemüse	131	1	0,8%
Kräuter, Gewürze, Kaffee und Tee	13	1	7,7%
Wein	105	11	10,5%
Kakao und Kakaopräparate	2	–	–
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs insgesamt	354	31	8,8%

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	9	–	–
Nicht alkoholische Getränke	45	3	6,7%
Alkoholische Getränke (Wein ausgeschlossen)	26	2	7,7%
Süßspeisen	12	2	16,7%
Sonderprodukte (Babynahrung)	31	1	3,2%
Sonstige Präparate nicht tierischen Ursprungs	15	–	–
Sonstige Lebensmittel insgesamt	138	8	5,8%

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz – Labor für Lebensmittelanalysen

Das Biologische Labor untersuchte im Jahr 2007 281 Stichproben und erfasste dabei 10 Verstöße (3,6 %).

**LABOR FÜR
LEBENSMITTELANALYSEN**

BIOLOGISCHES LABOR

**LABOR FÜR
PHYSIKALISCHE
CHEMIE**

Tabelle 35: Kontrollen von Lebensmitteln durch das Biologische Labor – Jahr 2007

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Molkereiprodukte	8	-	-
Eier und Derivate	9	1	11,1%
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	4	-	-
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	3	-	-
Lebensmittel tierischen Ursprungs insgesamt	24	1	4,2%
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Zerealien und Backwaren	31	4	12,9%
Kakao und Kakaopräparate	1	-	-
Obst und Gemüse	6	1	16,7%
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs insgesamt	38	5	13,2%
Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	1	-	-
Nicht alkoholische Getränke	1	-	-
Eis und Desserts	57	2	3,5%
Süßspeisen	1	-	-
Fertiggerichte	159	2	1,3%
Sonstige Lebensmittel insgesamt	219	4	1,8%

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz - Biologisches Labor

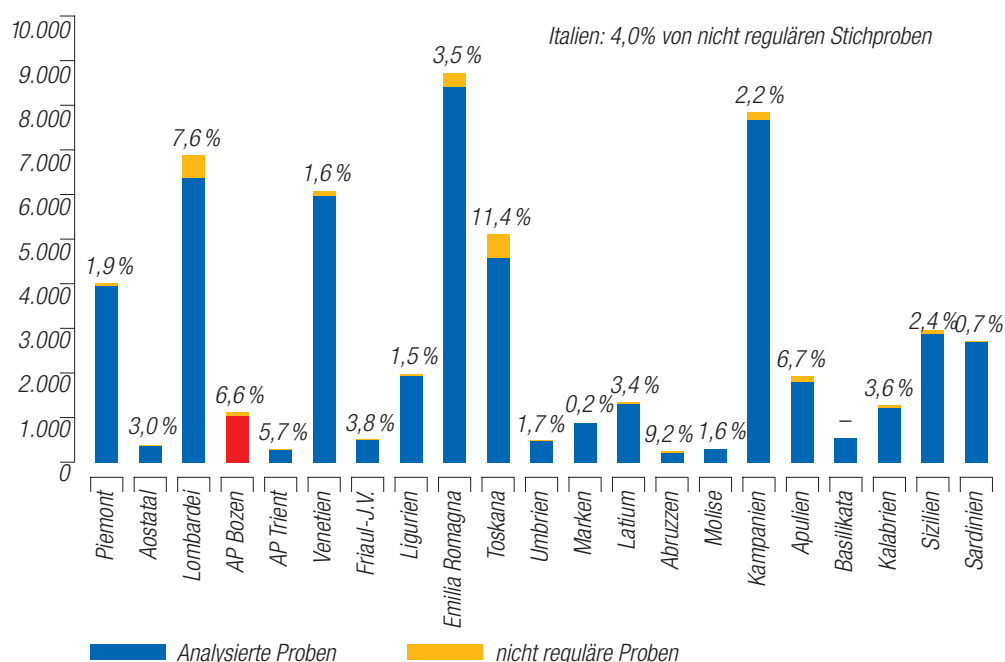
Das Labor für physikalische Chemie führte im Jahr 2007 an 285 Proben Kontrollen durch und stellte keine Ordnungswidrigkeiten fest. Aus den im Laufe des Jahres durchgeführten Analysen ging hervor, dass einige Pilzarten weiterhin hohe Konzentrationen an Cäsium –137 aufweisen.

Tabelle 36: Kontrollen von Lebensmitteln durch das Chemisch-Physische Labor – Jahr 2007

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Molkereiprodukte	66	-	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	43	-	-
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	11	-	-
Honig	7	-	-
Lebensmittel tierischen Ursprungs insgesamt	127	-	-
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Zerealien und Backwaren	10	-	-
Kräuter, Gewürze, Kaffee, Tee	5	-	-
Obst und Gemüse	139	-	-
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs insgesamt	154	-	-
Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße	% Verstöße
Sonderprodukte (Babynahrung)	4	-	-
Sonstige Lebensmittel insgesamt	4	-	-

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz – Chemisch-Physisches Labor

Abbildung 10: **Analysierte und nicht reguläre Stichproben – Regionale Umweltschutzagenturen (ARPA) – Jahr 2006**



Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.

Dabei wird zwischen den Eignungsermittlungen der Wasserleitungen und den Kontrollen an denselben unterschieden.

Tabelle 37: **Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen – Jahr 2007**

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Kontrollen der öffentlichen Wasserleitungen					% der nicht regul. Stichproben
	Anz. der Wasserleitungen	Anz. der kontroll. Wasserleit.	Ent. Stichproben insges.	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Anz. der nicht regul. Stichproben	
Bozen	122	122				
Chemisch-physische Analysen			475	432	8	1,9%
Mikrobiologische Analysen			564	551	37	6,7%
Meran	149	149				
Chemisch-physische Analysen			566	472	20	4,2%
Mikrobiologische Analysen			883	722	44	6,1%
Brixen	149	144**				
Chemisch-physische Analysen			451	370	17	4,6%
Mikrobiologische Analysen			955*	686*	106*	15,5%
Bruneck	116	116				
Chemisch-physische Analysen			574	225	2	0,9%
Mikrobiologische Analysen			717	241	25	10,4%
Insgesamt	536	531				
Chemisch-physische Analysen			2.066	1.499	47	3,1%
Mikrobiologische Analysen			3.119	2.200	212	9,6%

* Es wurden auch Stichproben bezüglich *Legionella pneumophila* entnommen (284, davon 63 nicht regulär)

** Es wurde festgestellt, dass 5 im Verzeichnis der öffentlichen Anlagen eingeschlossene Wasserleitungen nicht kontrolliert werden, da sie privat sind

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

**ÜBERWACHUNG DER FÜR
DEN MENSCHLICHEN
GEBRAUCH BESTIMMTEN
GEWÄSSER**

**DIENTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

Tabelle 38: Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der privaten Wasserleitungen öffentlichen Interesses – Jahr 2007

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Kontrollen der privaten Wasserleitungen					% der nicht regul. Stichproben
	Anz. der Wasserleitungen	Anz. der kontroll. Wasserleit.	Ent. Stichproben insges.	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Anz. der nicht regul. Stichproben	
Bozen	361	19				
Chemisch-physische Analysen			21	17	1	5,9 %
Mikrobiologische Analysen			31	23	8	34,8 %
Meran	506	124				
Chemisch-physische Analysen			95	82	17	20,7 %
Mikrobiologische Analysen			139	118	36	30,5 %
Brixen	185	67				
Chemisch-physische Analysen			85	66	9	13,6 %
Mikrobiologische Analysen			155*	97*	28*	28,9 %
Bruneck	250	28				
Chemisch-physische Analysen			28	28	–	–
Mikrobiologische Analysen			35	28	5	17,9 %
Insgesamt	1.302	238				
Chemisch-physische Analysen			229	193	27	14,0 %
Mikrobiologische Analysen			360	266	77	28,9 %

* Es wurden auch Stichproben bezüglich *Legionella pneumophila* entnommen (7, davon 7 nicht regulär)

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 39: Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer – Eignungsermittlungen – Jahr 2007

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Anzahl der Ermittlungen	Chemisch-physische Analysen der entn. Stichproben	Mikrobiologische Analysen der entn. Stichproben
Bozen	16	62	99
Meran	8	33	57
Brixen	8	38	45
Bruneck	22	25	50
Insgesamt	54	158	251

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Wasserproben niedrig (3,1 % für die chemisch-physischen Analysen und 9,6 % für die mikrobiologischen Analysen), jedoch leicht ansteigend im Vergleich zum Vorjahr (im Jahr 2006 betrugen die Anteile jeweils 1,9 % bzw. 7,7 %).

Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen: Eisen (infolge von Korrosion der Leitungen und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).

Überschreitungen in Bezug auf Nitrate, Schwermetalle, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, chlorierte Lösungsmittel und Schädlingsbekämpfungsmittel/Unkrautvertilgungsmittel wurden in den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässern hingegen nicht verzeichnet.

1.7. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

Im Jahr 2007 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin über 34.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Die Dienste für Sportmedizin führten insgesamt 24.123 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durch: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 15 Leistungssportlern.

1.7.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin

In den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck werden die rechtsmedizinischen Tätigkeiten vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen, der in zwei Bereiche gegliedert ist:

1. Bereich Hygiene und Öffentliche Gesundheit;
2. Bereich Rechtsmedizin.

Im Gesundheitsbezirk Bozen werden rechtsmedizinische Leistungen von einer unabhängigen Dienststelle erbracht mit Kompetenzen auf dem gesamten Landesgebiet.

Die vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 geregelte rechtsmedizinische Tätigkeit umfasst hauptsächlich die Feststellung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit; Ermittlungen zur Erstellung von Gutachten über allgemeine und spezifische Arbeitsunfähigkeit bzw. dauernde Invalidität; die Ermittlung der rechtsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung des Rechts auf zusätzliche Gesundheitsleistungen für die Versorgten des Landesgesundheitsdienstes; die gesundheitliche Versorgung von Zivil-, Dienst- und Kriegsinvaliden sowie von Blinden und Taubstummen und anderen geschützten Personengruppen; rechtsmedizinische Ermittlungen zur Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden und Ermittlungen aus Entschädigungs- und Versicherungsgründen zur Überprüfung einer eventuellen beruflichen Haftung seitens des Gesundheitspersonals; technische Gutachten über rechtsmedizinische Fragen im Gesundheitswesen; Ermittlungen für die Anerkennung der Zivilinvalidität und des Behinderungsgrades.

Der Dienst für Rechtsmedizin Bozen ist außerdem für die Feststellung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs seitens Invaliden (örtliche Ärztekommision) zuständig, für Untersuchungen zwecks Anerkennung von Blindheit und Taubstummheit, für außerordentliche Revisionen bei Zivilinvalidität und für die Arbeitsvermittlung von Invaliden (Invalidenkommission gemäß Gesetz 68/99); er befasst sich auch mit der Eignung für die Ausstellung von Waffenscheinen (Rekurskommission). Auf der Grundlage des bereichsübergreifenden Kollektivvertrags vom 13.08.1999 ist der Dienst für Rechtsmedizin zudem für Berufseignung, Dienstfreistellung und Anerkennung von dienstbedingter Berufsunfähigkeit von Landesangestellten zuständig. Auf Antrag der Gerichtsbehörde nimmt der Dienst auch gerichtspolizeiliche Aufgaben wahr.

Im Jahr 2007 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin zirka 34.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

**ORGANISATION DER
DIENSTE FÜR
RECHTSMEDIZIN**

**AUFGABEN DER DIENSTE
FÜR RECHTSMEDIZIN**

**TÄTIGKEITEN DES
DIENSTES FÜR
RECHTSMEDIZIN BOZEN**

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Tabelle 40: Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für
Rechtsmedizin erbrachte Leistungen – Bereich Rechtsmedizin – Jahr 2007

Art der Leistung	Dienste für Rechtsmedizin				Ins- gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht bei besonderer Komplexität. Rechtsmedizinische Gutachten	7	–	–	–	7
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Parkausweis für Invaliden	414	249	68	–	731
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Zertifikate für Private (z.B. Wehrdienst etc.)	4	60	–	–	64
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	456	87	73	67	683
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulante Visiten der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	1	129	84	27	241
Anamnestiche Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht auf Anfrage von Privatunternehmen	25	2	–	–	27
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen.	69	3	–	1	73
Kollegialvisiten für die Hauspflege (*)	132	–	456	–	588
Insgesamt	1.108	530	681	95	2.414

(*) In den GB Meran und Bruneck werden diese Kollegialvisiten von anderen betrieblichen Diensten vorgenommen

Quelle: Dienste für Rechtsmedizin

Tabelle 41: Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für
Rechtsmedizin erbrachte Leistungen – Bereich Invalidenversorgung – Jahr 2007

Art der Leistung	Dienste für Rechtsmedizin				Ins- gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Rechtsmedizinische Leistungen, die von Gesetzen oder Bestimmungen vorgesehen sind oder von öffentlichen Ämtern oder Privatpersonen angefordert werden, mit schriftlichem Bericht (Visiten zur Verschreibung von Prothesen, Abnahmeprüfungen, Kontrollen für Kuren oder Einweisung von Invaliden)	3.342	1.056	–**	–*	4.398
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten (Genehmigung der Verschreibung von Prothesen/Gehhilfen/Tutors)	4.454	2.556	179**	1.962	9.151
Kollegialvisiten außerhalb des Tarifs	93	122	81	21	317
Insgesamt	7.889	3.734	260	1.983	13.866

* Im GB Bruneck werden diese rechtsmedizinischen Beratungen von den Basisärzten geleistet

** Im GB Brixen werden diese rechtsmedizinischen Beratungen auch von anderen Diensten des Sanitätsbetriebs geleistet

Quelle: Dienste für Rechtsmedizin und andere Dienste des Sanitätsbetriebs

Tabelle 42: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen – Bereich Invalidenkommission – Jahr 2007**

Art der Leistung	Dienste für Rechtsmedizin				Ins-gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Hausvisiten zur Feststellung der Zivilinvalidität	164	70	47	31	312
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung der Zivilinvalidität	2.743	1.786	928	683	6.140
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung des Behinderungsgrads (G 104/92)	490	306	166	129	1.091
Ambulante Kollegialvisiten zur Arbeitsvermittlung von Invaliden (G 68/99)	159	120	59	45	383
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung von Blindheit (*)	102	–	–	–	102
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung von Taubstummheit (*)	7	–	–	–	7
DPR 698 (Post Mortem)	15	–	3	4	22
Insgesamt	3.680	2.282	1.203	892	8.057

(*) Nur vom Dienst für Rechtsmedizin Bozen erbrachte Leistungen

Quelle: Dienste für Rechtsmedizin und andere Dienste des Sanitätsbetriebs

Tabelle 43: **Auf Initiative der Dienste für Rechtsmedizin oder im Interesse oder auf Anfrage von öffentlichen Ämtern erbrachte Leistungen – Jahr 2007**

Art der Leistung	Dienste für Rechtsmedizin				Ins-gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht. Schadensfälle, Schadenersatzforderungen (*)	165	–	–	–	165
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten. Noteinweisungen im Ausland. Gutachten zu TFR. Gutachten bez. Sauerstoffzentrum	137	–	11	–	148
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten in Fällen besonderer Komplexität. Gutachten, Beratung	110	25	156	–	291
"Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Von öffentlichen Verwaltungen angeforderte Zertifikate (INPDAP, Autonome Provinz Bozen, etc.) (*)"	38	–	–	–	38
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)"	1.346	379	141	43	1.909
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulante Visiten der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)"	3	59	13	7	82
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit, Dienstbefreiung, Entschädigung gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von öffentlichen Ämtern. Kollegialvisiten zwecks Beratung mit schriftlichem Bericht"	203	–	–	–	203
Anamnestiche Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht auf Anfrage von öffentlichen Ämtern"	75	31	–	–	106
Insgesamt	2.077	494	321	50	2.942

(*) Nur vom Dienst für Rechtsmedizin Bozen erbrachte Leistungen

Quelle: Dienste für Rechtsmedizin

**SONSTIGE LEISTUNGEN
DES DIENSTES FÜR
RECHTSMEDIZIN VON
BOZEN**
**DIENSTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen stellte der Dienst für Rechtsmedizin Bozen 6.717 Gesundheitszeugnisse für den Erwerb, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen aus (örtliche Ärztekommision). Einige rechtsmedizinische Leistungen wurden auch vom Personal der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und von den Sprengelhygienikern des Landes erbracht.

Tabella 44: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit erbrachte rechtsmedizinische Leistungen – Jahr 2007**

Erbrachte Leistungen	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	253	30	17	–
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	8.286	1.104	1.192	–
Visiten zur Gewährung eines Darlehens (Abzug eines Fünftels des Gehaltes)	266	8	11	–
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	1.343	314°	119	–
Visiten zur Ausstellung von Arbeitsbüchern für Minderjährige	93	–	2	–
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	847	369	376	–
Sonstige	392**	67°°	23**	–

* Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

** Umgang mit toxischen Gasen, Heizkesselführung, Adoption, Befreiung von der Sicherheitsgurtpflicht, Tauglichkeit zum Gemeinschaftsleben, ...

° Allgemeine Berufseignungsbescheinigungen (einschl. Umgang mit toxischen Gasen, Heizkesselführung, Adoption, Tauglichkeit zum Gemeinschaftsleben, ...)

°° Periodische Vorsorgeuntersuchungen für Lehrlinge, Befreiung von der Sicherheitsgurtpflicht

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabella 45: **Von den Sprengelhygienikern erbrachte rechtsmedizinische Leistungen – Jahr 2007**

Erbrachte Leistungen	Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	121	463	224	338
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	5.100	6.526	4.790	6.210
Visiten zur Gewährung eines Darlehens (Abzug eines Fünftels des Gehaltes)	–	{ 839*	85	–
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	680		238	896
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	622	765	404	546
Visiten zur Ausstellung von Arbeitsbüchern für Minderjährige	5	–	–	155

* Umfasst sowohl die Visiten zur Abtretung des Fünftels als auch zur Ausstellung von allgemeinen Berufseignungsbescheinigungen

Quelle: Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.7.2. Tätigkeiten der Dienste für Sportmedizin

Die Dienste für Sportmedizin befassen sich mit dem Gesundheitsschutz im Leistungssport. Die ihnen vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 im Bereich der Hygiene und Öffentlichen Gesundheit und Rechtsmedizin zugewiesenen Aufgaben umfassen insbesondere die Feststellung der Eignung zum Leistungssport bzw. zur normalen sportlichen Betätigung mit Ausstellung der entsprechenden Bescheinigung und die Koordinierung und Förderung von Maßnahmen durch Ärzte und Einrichtungen im Rahmen des Gesundheitsschutzes im Sportbereich. Der Dienst für Sportmedizin Bozen nimmt außerdem besondere fachärztliche Aufgaben zugunsten aller Leistungssportler des Landes gemäß einer Vereinbarung wahr.

Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet, während in Meran die sportmedizinischen Leistungen den Bürgern durch eigene Konventionen mit einem vorläufig akkreditierten Freiberufler erbracht werden.

Der Dienst für Sportmedizin des Gesundheitsbezirkes Bozen führt Visiten und Feststellungen zur Eignung zum Leistungssport am Hauptsitz in Bozen sowie an den Sprengelsitzen St. Ulrich (Gröden), Kardaun (Eggenal-Schlern), Kaltern (Überetsch) und Neumarkt (Unterland) durch.

Die Dienste für Sportmedizin nehmen zusätzlich zu den ihnen vom Landesgesetz 1/92 zugewiesenen Leistungen auch fachärztliche Aufgaben wie Gesundheitserziehung in den Schulen, Trainingsplanung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen und periodische Bewertungen der Behindertensportler wahr.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 24.123 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 15 Leistungssportlern (10 im Gesundheitsbezirk Bozen, 1 in Brixen und 4 in Bruneck).

ORGANISATION DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

VISITEN ZUR FEST- STELLUNG DER EIGNUNG ZUM LEISTUNGSSPORT

159

Tabelle 46: Leistungen der Dienste für Sportmedizin nach Art der Leistung – Jahr 2007

Art der Leistungen	Dienste für Sportmedizin				Insgesamt
	Bozen	Meran*	Brixen	Bruneck	
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab. a der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, EKG)	471	95	344	107	1.017
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab. b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit zwei Masterstufen)	8.760°	7.897	3.053	2.970	22.680
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab. b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer)	—°°	—	273	153	426
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufbandergometer oder Pulsfrequenzmesser) mit Laktatbestimmung (einschließlich: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Herzschlagfrequenz und des Arterienblutdrucks, Laktat-Test, Bestimmung der aeroben und anaeroben Schwelle, Schlussbericht mit Trainingsempfehlungen)	273	—	—	60	333

Art der Leistungen	Dienste für Sportmedizin				Insgesamt
	Bozen	Meran*	Brixen	Bruneck	
Sport-Gesundheitscheck (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer, Schlussbericht)	562	–	30	17	609
Sonstige Funktionsprüfungen	52	–	–	21	73
Folgevisite, HNO-Untersuchung	430	–	–	123	553
Fachärztliche Visite	26	–	–	119	145
Einfache Spirometrie	253	–	113	73	439
Herzkreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer	665 ^{ooo}	–	–	95	760
Dynamisches EKG – Holter	48	–	28	41	117
Elektrokardiogramm (EKG)	269	–	395	45	709
Laktat	864	–	5	426	1.295
Neurologisches Screening	696	–	–	510	1.206
Diätetische Bewertung, Diättherapie – Erstellung des Ernährungsprogramms. Diättherapiekontrolle. Pro Sitzung	12	–	–	158	170
Orthoptische Bewertung	67	–	–	59	126
Audiometrie	78	–	–	18	96
Komplette Harnuntersuchung	–	–	–	63	63
Lokale Infiltration	–	–	–	58	58
Blutentnahmen	136	–	218	20	374
Tetanus-Impfung	–	–	–	4	4
Sonstige Leistungen	–	–	–	6+	6

* Im Gesundheitsbezirk Meran werden die sportmedizinischen Leistungen von konventionierten Fachärzten erbracht

+ Ärztliches Zeugnis für den Privatgebrauch

° Einschließlich 582 Visiten im Sprengel Neumarkt-Unterland, 416 Visiten im Sprengel Kardaun-Eggental,

471 Visiten im Sprengel St. Ulrich-Gröden, 262 Visiten im Sprengel Kaltern-Überetsch

°° Nicht gebräuchlicher Kodex im Dienst für Sportmedizin Bozen

°°° Einschl. 32 Tests im Sprengel Neumarkt – Unterland und 48 Tests im Sprengel St. Ulrich – Gröden

Quelle: Dienste für Sportmedizin

1.8. TÄTIGKEITEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

Der Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2007 12.984 ambulante Visiten und 1.055 Hausbesuche vor; außerdem wurden Proben und Diagnoseuntersuchungen, Allergietests, Pharmakotherapien und Atmungstrainings durchgeführt.

ORGANISATION DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE AUFGABEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

Der Dienst für Pneumologie ist ein betrieblicher Dienst mit Hauptsitz in Bozen und verfügt über ein Netz von landesweit vorhandenen Facheinrichtungen mit Ambulanzen in Neumarkt, Meran, Schlanders, Brixen und Bruneck.

Die Tätigkeit des Dienstes für Pneumologie umfasst die Prävention, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Atemwege, die Respiationsleistungen zu Hause, die Bekämpfung der Tuberkulose und die Vorbeugung der Nikotinsucht.

Der Dienst führt die Prophylaxe und Impfungen gegen die Tuberkulose, Untersuchungen zur Erforschung der Ansteckungsquellen, die ambulanten Diagnosen ersten Grades der Lungenkrankheiten, die ambulanten Respirationstherapien und die epidemiologischen Untersuchungen durch. Auf Anfrage der Krankenhäuser Meran, Schlanders, Brixen und Bruneck leistet er auch pneumologische Beratungstätigkeit. Zusätzlich erbringt er Respiationsleistungen bei chronischer Ateminsuffizienz zu Hause (Sauerstofftherapie, Lüftungstherapie), befasst sich mit gesundheitlicher Aufklärung über die Erkrankungen der

Atemwege (Kurse für Patienten mit Asthma und chronischen Atembeschwerden, Massenaufklärungskampagnen, Gesundheitserziehung in den Schulen gegen die Nikotinsucht) und leistet Beratung und Untersuchungen zur Raucherentwöhnung und Respirationsrehabilitation.

Der betriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2007 12.984 ambulante Visiten und 1.055 Hausbesuche vor. Dabei ist ein Anstieg der ambulanten Visiten (11.462 im Jahr 2006, +13,0 %), der einfachen Spirometrien (3.840 im Jahr 2007 gegenüber 3.421 des Jahres 2006, +12,2 %), der Bronchodilatationstests (2.285 im Jahr 2007 gegenüber 2.066 des Jahres 2006, +10,6 %), der Pulsoxymetrien (3.750 im Jahr 2007 gegenüber 3.185 des Jahres 2006, +17,7 %) und der kompletten allergologischen Untersuchungen (798 im Jahr 2007 gegenüber 688 des Jahres 2006, +16,0 %) zu verzeichnen. Die Zahl der durchgeführten Atmungstrainings (66 im Jahr 2007 gegenüber 243 des Jahres 2006, –72,8 %), der Lagerungsdrainagen (78 im Jahr 2007 gegenüber 282 des Jahres 2006, –72,3 %) und der Aerosolbehandlungen mit Pharmaka (32 im Jahr 2007 gegenüber 200 des Jahres 2006, –84,0 %) ging hingegen zurück.

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Tabelle 47: Leistungen seitens des betrieblichen Dienstes für Pneumologie – Jahr 2007

	Dienst für Pneumologie – Sitze						Insgesamt
	Bozen	Neumarkt	Meran	Schlans	Brixen	Bruneck	
Ambulante Visiten	7.437	655	1.863	819	901	1.309	12.984
Pneumologische Beratung im KH	–	1	89	25	51	34	200
Globale Spirometrie	49	–	–	–	–	–	49
Polysomnographie	170	–	5	–	–	12	187
Ergospirometrie (Fahrrad)	2	–	–	–	–	–	2
Einfache Spirometrie (F/V)	1.974	226	842	276	190	332	3.840
Spirometrie mit Reservevolumen	–	–	15	10	–	3	28
Bronchodilatationstest	1.089	143	394	250	126	283	2.285
Bronchostenosetest	138	–	41	–	9	44	232
Diffusionskapazitätstest (DLCO)	94	18	47	11	27	24	221
Kompletter Allergietest	527	82	78	35	36	40	798
Haltungsdrainage	72	6	–	–	–	–	78
Aerosoltherapie mit Arzneimitteln	27	3	–	–	2	–	32
Atmungstraining	66	–	–	–	–	–	66
Test Pe Max-Pi Max	2	–	–	–	–	–	2
Hausbesuche durch den Arzt	32	–	13	1	–	2	48
Hausbesuche durch die Sanitätsassistenten	373	60	166	83	170	155	1.007
Pulsoximetrie	1.385	244	803	355	492	471	3.750
Belastungstest	90	–	9	–	1	5	105
Arterielle Blutentnahme	521	88	195	92	186	170	1.252
Blutgasanalyse	522	1	–	–	–	–	523
Thorakozentese	3	–	–	–	–	–	3
Insgesamt	14.573	1.527	4.560	1.957	2.191	2.884	27.692
Thorax RX Standard	5.183	–	–	–	–	–	5.183
Insgesamt	19.756	1.527	4.560	1.957	2.191	2.884	32.875

Quelle: Betrieblicher Dienst für Pneumologie

2. SPRENGELVERSORGUNG

2.1. DIENST FÜR BASISMEDIZIN

Den Diensten für Basismedizin der Autonomen Provinz Bozen obliegt die Organisation und Verwaltung der Gesundheitssprengel sowie die Koordinierung der Beziehungen zu den konventionierten Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärzten freier Wahl.

Der Landesgesundheitsplan 2000–2002 überträgt den Diensten für Basismedizin die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung und Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Eingriffe der ersten Stufe und Ersten Hilfe in der Ambulanz, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Die Dienste für Basismedizin beschäftigen sich außerdem mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wieder herzustellen.

Dafür bedient sich der Dienst für Basismedizin der 20 Gesundheitssprengel, welche technisch-funktionale Einheiten sind.

Im Laufe des Jahres 2007 führten die Landesdienste für Basismedizin Projekte zur Führung und zum Ausbau der Sprengel durch, um das Angebot der Dienstleistungen zu optimieren und den Anforderungen der verschiedenen Ziel- und Patientengruppen besser nachzukommen; zur Umsetzung dieser bereichsübergreifenden Vorhaben wurden andere Gesundheitsdienste, Institutionen, die Sozialdienste sowie weitere lokale Ämter miteinbezogen.

In Südtirol umfassen die Gesundheitssprengel normalerweise 4 bis 6 Gemeinden mit einer Bevölkerung von 15.000 bis 25.000 Einwohnern (eine Ausnahme bildet der Sprengel Bozen mit rund 100.000 Einwohnern). Jeder Sprengel verfügt über einen Hauptsitz, zu dem mehrere, auf dem Gebiet verteilte Sprengelstützpunkte hinzukommen.

Für die Durchführung des Investitionsprogramms zum Bau und/oder Modernisierung der Gebäude der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1993 (1. Finanzierungsjahr) bis heute ungefähr 111.500.000 Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 135.000.000 Euro aus. Alle Sprengel und die dazugehörigen Stützpunkte sind bereits in Betrieb genommen; einige Sprengel sind noch provisorisch untergebracht, da sie über kein den Anforderungen entsprechendes neues oder renoviertes Gebäude verfügen. Alle seit 1994 errichteten Sitze werden gemeinsam von den Gesundheits- und Sozialsprengeln benutzt.

2007 wurden die Arbeiten für den Sitz des Sprengels Quirein/Gries in Bozen fertiggestellt und die Arbeiten des Bezugspunkts Völs am Schlern sowie die Anpassungsarbeiten (Brandverhütung) für den Sprengel Laifers-Branzoll-Pfatten weitergeführt. Außerdem wurden Planungen für verschiedene neue Sitze und der Ausbau bestehender Sitze in die Wege geleitet. (Lana, Brixen, Wipptal, Südtiroler Unterland, Überetsch usw.).

**DIENTE FÜR
BASISMEDIZIN**

GESUNDHEITSSPRENGEL

Tabelle 1: Von den Diensten für Basismedizin eingeleitete Projekte sowie beteiligte Dienste und Ämter – Jahr 2007

Dienste für Basismedizin	Projekt	Beteiligte Dienste/Ämter/Fachkräfte
Bozen	Überwachung der Angemessenheit der Arzneimittelverschreibung im Territorium: Erweiterung auf das gesamte Landesgebiet	Dienst für Basismedizin
	Einrichtung einer Homepage für Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl des Bezirks Bozen	Dienst für Basismedizin
	Pilotprojekt für eine neue Organisation der medizinischen Versorgung im Pflegeheim Leifers	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner Sprengel Leifers
	Planung eines „Gesundheitshauses“ am Sitz im Sprengel Gries-Quirein in Bozen	Dienst für Basismedizin
	Entwicklung der elterlichen Kompetenzen: Geburtsvorbereitungskurse für Paare	Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten und Überetsch, Sozialdienste der Bezirksgemeinschaft Unterland
	„Muoviamoci con gusto“ (Bewegen wir uns mit Genuss), Projekt zur Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt auf der körperlichen Bewegung und der Ernährung	Dienst für Basismedizin, Gesundheits- und Sozialsprengel Leifers-Branzoll-Pfatten, Dienst für Diät und klinische Ernährung, Dienst für Sportmedizin, Gemeinde Leifers
	Implementierung des Organisationsmodells „Primary Nursing“ im Rahmen der Heimbetreuung	Gesundheitssprengel Überetsch
Meran	Prävention der Post-Partum-Depression	Dienst für Basismedizin, psychologischer Dienst, Gynäkologie/Geburtshilfe/Kinderkrippe, psychiatrischer Dienst, Sanitätsassistenten des Sprengels, Familienberatungsstelle Lilith
	Projekt zur Prävention der Hauttumoren	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner Abteilung Dermatologie, Krankenhaus Meran
	Projekt zur Prävention des Prostatakarzinoms	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Abteilung Urologie KH Meran
	Projekt zur Prävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Abteilung für innere Medizin KH Meran
	Infomaterial für Familien, die betreuungsbedürftige Patienten zu Hause betreuen	Direktion des Territoriums, Krankenpflegekoordinatoren
	TAONET – Allgemeinmediziner	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Transfusionszentrum
	Begleitete Entlassungen	Ärztliche Krankenhausrückmeldung, Direktion des Territoriums, Krankenpflegekoordinatoren
	Schmerz lindern: transmurale Netze im Oberen Vinschgau	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Sprengel Oberer Vinschgau, Abteilung innere Medizin KH Schladers
	Demenz	Dienst für Basismedizin, territoriale Krankenpflegedirektion, Krankenpfleger Sprengel Oberer Vinschgau
	Zählung der Dekubitusfälle in Pflegeheimen	Dienst für Basismedizin, Abteilung Dermatologie KH Meran, Pflegeheime
Brixen	Projekt „Rückenschmerzen“	Allgemeinmediziner, Fachärzte für Traumatologie, Physiotherapie und Neurologie
	Projekt „Karies und Prophylaxe“	Sanitätsassistenten, Zahnärzte, Grundschulen
	Projekt „Prävention von Stürzen älterer Personen“	Allgemeinmediziner, Krankenpflegedienst
	Projekt „Prävention von Verkehrsunfällen“	Psychologischer Dienst
Bruneck	Palliative Behandlungen im Sprengel Hochpustertal	Abteilung für innere Medizin, Krankenhaus Innichen, Allgemeinmediziner im Sprengel Hochpustertal, Krankenpflegepersonal des Sprengels
	Projekt „Karies und Prophylaxe“	Sanitätsassistenten, Zahnärzte, Grundschulen

Quelle: Dienste für Basismedizin

Tabelle 2: Gesundheitssprengel mit Sitzen und Stützpunkten und Durchführungsstand der Gebäude – Stand zum 31.12.2007

Sprengel	Aktivierte Sprengelsitze	Realisierungsphase der Sitze	Stützpunktsitze	Realisierungsphase der Stützpunktgebäude
Grödental	St. Ulrich	fertiggestellt		
Eggental - Schlern	Kardaun	fertiggestellt	Welschnofen Deutschnofen Völs Kastelruth	fertiggestellt fertiggestellt Im Bau In Planung
Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	fertiggestellt	Sarnthein Ritten Mölsen	fertiggestellt fertiggestellt fertiggestellt
Überetsch	Eppan	fertiggestellt	Terlan Kaltern	fertiggestellt fertiggestellt
Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	fertiggestellt		
Unterland	Neumarkt	fertiggestellt		
Bozen	Don Bosco Europa Bozen-Rentsch Gries-Quirein Oberau	fertiggestellt fertiggestellt fertiggestellt in Bau fertiggestellt		
Oberer Vinschgau	Mals	fertiggestellt	Prad am Stj.	fertiggestellt
Mittlerer Vinschgau	Schlanders	fertiggestellt		
Naturns-Umgebung	Naturns	fertiggestellt		
Lana-Umgebung	Lana	fertiggestellt	St. Walburg	In Planung
Meran-Umgebung	Meran	fertiggestellt		
Passeiertal	St. Leonhard	fertiggestellt		
Wipptal	Sterzing	in Planung		
Brixen-Umgebung	Brixen	in Planung	Mühlbach	fertiggestellt
Klausen-Umgebung	Klausen	fertiggestellt		
Taufers-Ahrntal	Taufers	fertiggestellt		
Bruneck-Umgebung	Bruneck	fertiggestellt	Olang	fertiggestellt
Hochpustertal	Innichen	fertiggestellt	Welsberg	Planung unterbrochen
Gadertal	St. Martin	fertiggestellt		

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel – A.P.B.

Auf Sprengel Ebene werden in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedliche Leistungen angeboten: die Breite des Angebots hängt vom Gesundheitsbezirk ab, zu dem die Sprengel gehören; außerdem wird das Angebot auf die Bedürfnisse der jeweiligen Wohnbevölkerung abgestimmt. Die Art und Verteilung der von den Sprengeln angebotenen Dienste ist sehr unterschiedlich. Neben den Grunddiensten, die von allen Sprengeln des Landes erbracht werden (Verwaltungsdienste, ambulante Krankenpflege, Hauskrankenpflege, Blutentnahmestellen und kinderärztliche Beratungsstellen), gibt es auch Fachdienste, die von allen oder den meisten Sprengeln des Landes angeboten werden, aber von den Leitern der fachärztlichen Dienste, denen sie unterstehen, organisiert werden (Dienste für Diät und Ernährung, Rehabilitationsdienste, Psychiatrische und Psychologische Dienste).

**TERRITORIALE
VERTEILUNG DER
IN DEN SPRENGELN
ANGEBOTENEN
LEISTUNGEN**

Tabelle 3: In den Gesundheitssprengeln angebotene Leistungen (Gesundheitsbezirk Bozen) – Jahr 2007

Sprengel	Gemeinde oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																						
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.St. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliche Amb.	Röntgenambulanz	Pneumolog. Amb.	Arbeitsmedizin. Amb.	Sportmedizin	Augenärztl. Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Hygiene und öffentliche Gesundheit	EKG	Kardiologische Amb.	Rheumatol. Amb.	Impungsdienst	Urologische Amb.
Grödental	St.Ulrich Wolkenstein	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X		X	X	X		X				
Eggental-Schlern	Kardaun	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X				X				X						X
	Kastelruth	X	X	X	X	Pa		d	X															
	Völs	X	X	X	X	Pa																		
	Welschnofen	X	X	X	X	Pa	G		X															
	Deutschnofen	X	X	X	X	Pa			X									X	X					
Salten-Sarntal-Ritten	Klobenstein	X	X	X	X	Pa		d	X									X						
	Mölten	X		X	X	Pa		d	X															
	Jenesien			X	X	Pa		d	X															
	Sarnthein	X	X	X	X	Pa		d	X	X								X	X	X			X	
Überetsch	Eppan	X	X	X	X	a	Go	d	X	X					X		X	X	X				X	X
	St. Michael																							
	Kaltern	X	X	X	X	a	Go	d						X			X			X				
	Girland			X		a																		
	St. Pauls					a																		
	Terlan	X	(2)	X	X	a	Go	d																
Leifers-Branzoll-Pfatten	Leifers	X	X	X	X	a	Go	d	X	X							X	X	X	X			X	X
Unterland	Neumarkt	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X
	Aldein			X	X	a																		
	Altrei				X																			
	Kurtatsch			X	X	a																		
	Kurtinig			X	X																			
	Laag			X	X																			
	Margreid			X	X																			
	Auer		X	X	X	a	Go																	
	Salurn			X	X	Pa																		
	Tramin			X	X	a																		
	Truden			X	X	a	o																	

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																							
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat. Stelle (*)	Berat.St. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliche Amb.	Röntgenambulanz	Augenärztliche Amb.	EKG	Kardiologische Amb.	Rheumatol. Amb.	Dermatolog. Amb.	Orthopäd. Amb.	HNO-Ambulanz	Neurologische Amb.	Onkologische Amb.	Diabetolog. Amb.	Urologische Amb.	Akupun-tur-Ambulanz		
Bozen	Gries-Quirein	X		X	X	a		Dd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Bozen-Boden-Rentsch	X	X	X	X	a	Go		X	X												X			
	Don Bosco	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X						X					X			
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X												X			
	Oberau	X	X	X	X	a	o										X		X		X	X			

(*) P = Kinderarzt; a = Sanitätsassistentin; (**) G = Gynäkologe; o = Hebamme; (***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

(1) Umfassen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Massagen

(2) Blutentnahmen zu Hause

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 4: In den Gesundheitssprengeln angebotene Leistungen (Gesundheitsbezirk Meran) – Jahr 2007

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																			
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat. Stelle (*)	Berat. St. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliche Amb.	Enterostomia	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Dermatologie	Amt für Zivilinvaliden	DfA	Hygiene und öffentliche Gesundheit	Lymphdrainage	Neurologische Amb.	Schmerztherapie
Oberer Vinschgau	Mals	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X		X	X		X					
	Graun		X	X	X	P															
	Glurns			X	X																
	Matsch			X	X																
	Prad am Stj.	X	X	X	X	a		d													
	Reschen			X	X																
	Schluderns		X	X	X																
	Stilfs		X	X	X																
	Taufers			X	X																
Mittlerer Vinschgau	Schlanders	X		X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
	Kastelbell		X	X	X	a															
	Latsch		X	X	X	a															
	Laas		X	X	X	a															
Naturans - Umgebung	Naturans	X	X	X	X	a	Ga	d		X				X		X					
	Karhaus			X	X																
	Unsere Frau			X	X	a															
	Partschins			X	X	a	a	d													
	Plaus			X	X																
	Rabland			X	X	a															
Lana - Umgebung	Lana	X	X	X	X	a	Go	d	X	X						X		X			
	Tscherms				X																
	Gargazon			X	X																
	Laurein	X	X	X	X			d													
	Burgstall			X	X			d													
	Proveis	X		X	X	Pa		d					X								
	St. Pankraz	X			X	Pa		d							X						
	St. Felix	X	X	X	X			d													
	Tisens				X	a															
	Ulten	X	X	X	X	Pa		d													
Meran - Umgebung	Meran	X	X(1)	X	X	a	Go		X	X					X				X	X	X
	Algund			X	X																
	Marling			X	X																
	Riffian				X	a															
	Schenna			X	X																
	Sinich			X																	
	Dorf Tirol			X	X																
	Vöran				X	a															
Passeiertal	St. Leonhard	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X	X		X				
	Moos				X	X	Pa									X					
	St.Martin				X	X	Pa	d													

(*) P = Kinderarzt; a = Sanitätsassistentin; (**) G = Gynäkologe; o = Hebamme; (***) D = Ernährungsberater; d = Diätberater

(1) Seit dem 01.10.2007

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 5: In den Gesundheitssprengeln angebotene Leistungen (Gesundheitsbezirk Brixen) – Jahr 2007

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen										
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Zahnärztliche Amb.	Psychiatrie	Psychologie
Wipptal	Sterzing	X		X	X	Pa		d				X
	Brenner				X							
	Freienfeld				X							
	Gossensass			X	X	a						
	Franzensfeste			X	X							
	Ratschings				X							
	Pfitsch				X							
Brixen - Umgebung	Brixen	X		X	X	a		d				X
	Lüsen			X	X	a						
	Naz-Schabs				X							
	Mühlbach	X	X	X	X	ao		d				
	Rödeneck				X							
	St. Andrä			X	X	a						
	Vintl			X	X	a						
Klausen - Umgebung	Varna			X	X							
	Klausen	X	X	X	X	Pa	Goa	d		X		X
	Barbian			X	X							
	Villnöss			X	X							
	Gufidaun			X	X							
	Lajen			X	X	a						
	Latzfons			X	X							
	Waidbruck				X							
	Feldthurns				X	a						
	Villanders			X	X							

(*) P = Kinderarzt; a = Sanitätsassistentin; (**) G = Gynäkologe; o = Hebamme; (***) D = Ernährungsberater; d = Diätberater;
a = Sanitätsassistentin

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 6: In den Gesundheitssprengeln angebotene Leistungen (Gesundheitsbezirk Bruneck) – Jahr 2007

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen													
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Logopädie	Psychologie	Ergotherapie	Tierärztlicher Dienst	Zahnärztlicher Dienst	
Taufers-Ahrntal	Taufers	X	X	X	X	a	G	d	X	X	X	X	X		
	Ahornach			X	X										
	Steinhaus			X	X										
	Lappach			X	X										
	Luttach			X	X										
	Mühlen in Taufers			X	X										
	Prettau			X	X										
	Weissenbach			X	X										
	Rein in Taufers			X	X										
	St. Jakob			X	X										
	St. Johann			X	X										
	St. Peter			X	X										
	Mühlwald			X	X										
Bruneck-Umgebung	Bruneck	X		X	X	a		d					X	X	
	Antholz Mittertal			X	X										
	Antholz Niedertal			X	X										
	Ehrenburg			X	X										
	Kiens			X	X	a									
	Pfalzen			X	X	a									
	Gais			X	X										
	Percha			X	X										
	Niederrasen			X	X	a									
	Reischach			X	X										
	St. Georgen			X	X										
	St. Lorenzen			X	X										
	Furkel			X	X										
	Terenten			X	X										
	Mitterolang		X	X	X	a									
	Niederolang			X	X										
	Uttenheim			X	X										
Hochpustertal	Innichen	X		X	X	a		d			X			X	
	Prags			X	X										
	Pichl/Gsies			X	X										
	Toblach			X	X	a									
	Welsberg		X	X	X	a		d							
	St. Magdalena/Gsies			X	X										
	St. Martin/Gsies			X	X										
	Sexten			X	X	a									
	Taisten			X	X										
	Niederdorf			X	X	a									
Gadertal	St. Martin in Thurn	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X	X	X	X	X	
	Kurfar			X	X										
	Wengen			X	X										
	Longiarü-Kampill			X	X										
	Pedratsches		X	X	X	a									
	St. Kassian			X	X										
	St. Vigil			X	X										

(*) P = Kinderarzt; a = Sanitätsassistentin; (**) G = Gynäkologe; o = Hebamme; (***) D = Ernährungsberater; d = Diätberater

Quelle: Gesundheitssprengel

Außerdem bestehen auch Dienste, die derzeit von einigen oder sogar von einem einzigen Sprengel angeboten werden, wie zum Beispiel für die Ambulanz für Kardiologie und Rheumatologie von Gries-Quirein (Sprengel Bozen), das Impfamt in Eppan (Überetsch) und Leifers oder für die Enterostomie-Ambulanz in den Sprengeln Oberer Vinschgau und Mittlerer Vinschgau.

In der Tabelle 3 und den darauffolgenden, werden die Arten der von jedem Sprengel erbrachten Leistungen angeführt.

Insbesondere wird die Besonderheit der beim Sprengelsitz in Gries-Quirein erbrachten Leistungen hervorgehoben. Zum Angebot der Gesundheitsdienste des Sprengels (Amba-Alagi-Straße) gehören die Leistungen der Fachrichtungen Zahnheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, HNO, Neurologie, Onkologie, Diabetologie, Urologie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Akupunktur zusätzlich zu den bereits erwähnten Leistungen Rheumatologie und Kardiologie. Diese wurden vorher von krankenhausinternen Poliambulanzen in der Amba-Alagi-Straße vorgenommen und von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses verwaltet; nun unterstehen sie dem Dienst für Basismedizin. Im Gesundheitssprengel Meran werden außerdem fachärztliche Leistungen in den Bereichen Neurologie, Dermatologie und Schmerztherapie angeboten.

2.2. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Im Jahr 2007 zählte der Landesgesundheitsdienst 477.409 Versorgungsberechtigte, 88,6% davon wurden von den Allgemeinmediziner versorgt. Insgesamt waren 256 Allgemeinmediziner und 53 Kinderärzte tätig. Die verschiedenartigen territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. Wenn man als Indikator dagegen die Anzahl der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl zur Wohnbevölkerung betrachtet, ist festzustellen, dass das Verhältnis jeweils 63,5 Allgemeinmediziner zur Bevölkerung über 14 Jahren und 67,3 Kinderärzte freier Wahl zur Bevölkerung von höchstens 14 Jahren beträgt.

Die Grundversorgung der Versorgungsberechtigten seitens des Arztes wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für Notfälle in der Nacht, an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art gesichert.

Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur in einigen Tourismusortschaften der Gesundheitsbezirke Bozen und Bruneck eingesetzt; in den Gesundheitsbezirken Meran und Brixen wird die Versorgung der Touristen durch den normalen Bereitschaftsdienst unter der Woche und an den Wochenenden von den Allgemeinmedizinern der einzelnen Sprengel gewährleistet.

2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl

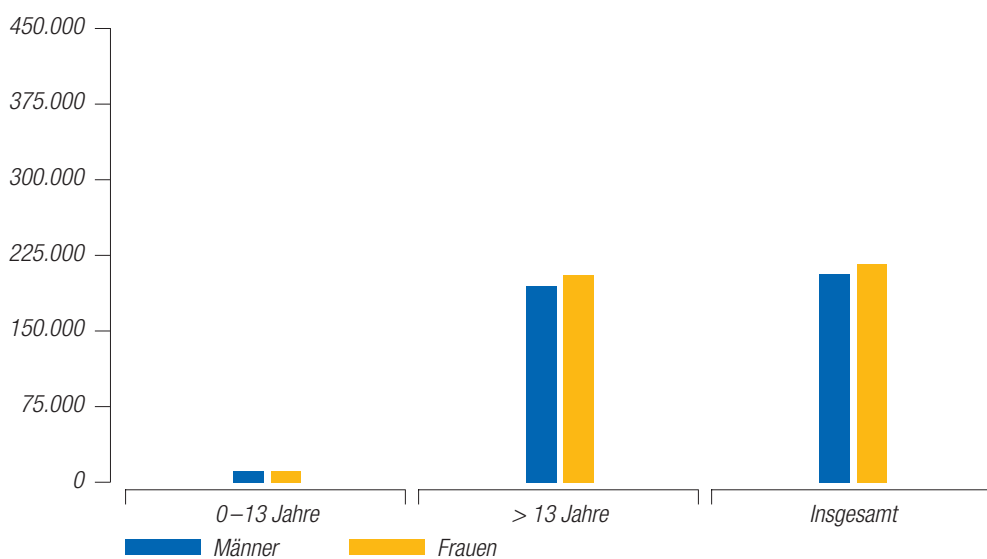
Zum 31. Dezember 2007 zählte der Landesgesundheitsdienst 477.409 Versorgungsberechtigte (0,6% mehr als 2006); davon wurden ungefähr 423.000 von Allgemeinmedizinern und weitere 54.000 von Kinderärzten freier Wahl versorgt. Die Zahl der Versorgungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 74.854 (+7,9% im Vergleich zum Jahr 2006), 69,7% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Tabelle 7: **Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Geschlecht und Altersklassen – Jahr 2007**

Wahlen zugunsten von:	Männer		Frauen		Insgesamt		Insgesamt Provinz
	0–13	>14	0–13	>14	0–13	>14	
Allgemeinmediziner	11.702	194.913	10.960	205.384	22.662	400.297	422.959
Kinderärzte freier Wahl	26.825	1.108	25.367	1.150	52.192	2.258	54.450
Wahlen insgesamt	38.527	196.021	36.327	206.534	74.854	402.555	477.409

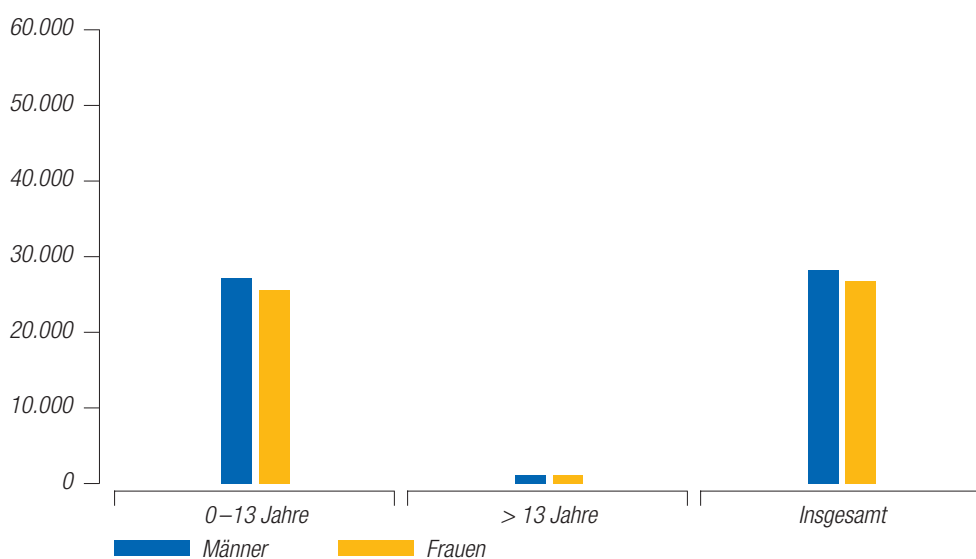
Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Abbildung 1: **Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Abbildung 2: **Patientenbelastung pro Kinderärzte nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Zum 31. Dezember 2007 waren insgesamt 309 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 256 Allgemeinmediziner und 53 Kinderärzte freier Wahl. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der getroffenen Wahlen und der Anzahl der Ärzte ergibt für Südtirol einen durchschnittlichen Wert von 1.652 Versorgungsberechtigten pro Allgemeinmediziner und von 1.027 pro Kinderarzt freier Wahl. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) überschreiten diese Indikatoren den gesamtstaatlichen Durchschnitt.

**DURCHSCHNITTliche
PATIENTENBELASTUNG
PRO BASISARZT**

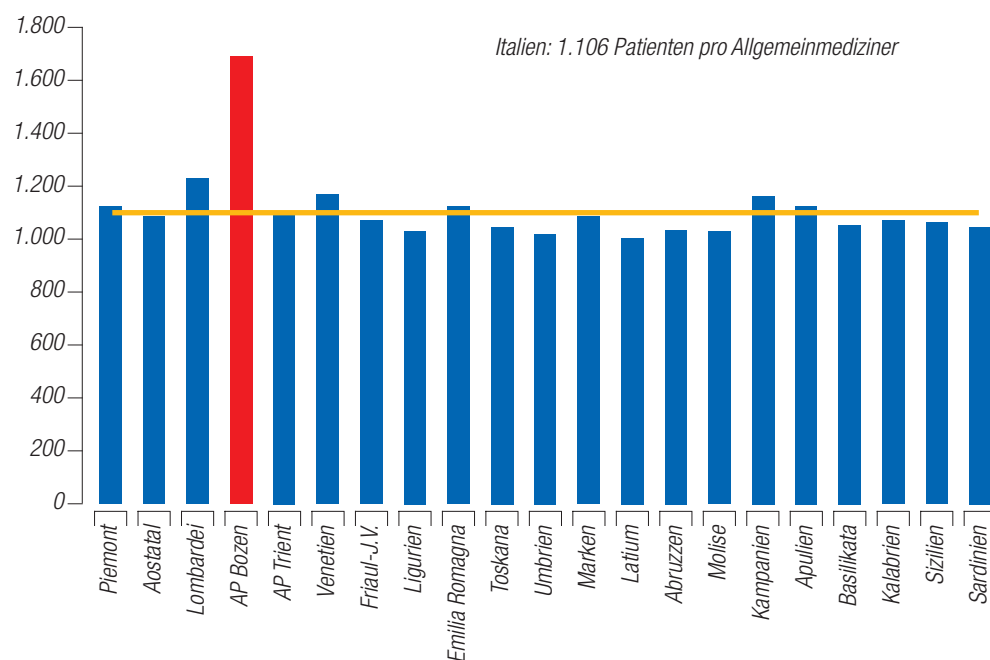
Tabelle 8: **Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl – Stand zum 31.12.2007**

Sprengel	Allgemeinmediziner			Kinderärzte freier Wahl		
	Ärzte	Wahlen	Durchschn. Belast.	Kinderärzte	Wahlen	Durchschn. Belast.
Grödenal	5	9.249	1.850	1	988	988
Eggental-Schlern	10	17.968	1.797	–	–	–
Salten-Sarnal-Ritten	12	17.355	1.446	–	–	–
Überetsch	15	22.676	1.512	5	4.752	950
Leifers-Branzoll-Pfatten	9	16.237	1.804	3	3.140	1.047
Unterland	13	20.434	1.572	3	2.626	875
Bozen	52	84.424	1.624	12	12.883	1.074
Oberer Vinschgau	9	14.264	1.585	1	1.202	1.202
Mittlerer Vinschgau	8	14.983	1.873	2	2.694	1.347
Naturals-Umgebung	5	8.982	1.796	1	1.353	1.353
Lana-Umgebung	12	18.695	1.558	3	2.790	930
Meran-Umgebung	29	42.626	1.470	7	7.312	1.045
Passeiertal	4	8.564	2.141	–	–	–
Wipptal	8	16.067	2.008	1	1.197	1.197
Brixen-Umgebung	19	30.632	1.612	5	4.735	947
Klausen-Umgebung	8	13.643	1.705	3	2.145	715
Taufers-Ahrntal	6	12.319	2.053	–	–	–
Bruneck-Umgebung	19	28.915	1.522	6	6.633	1.106
Hochpustertal	7	14.827	2.118	–	–	–
Gadertal	6	10.099	1.683	–	–	–
Provinz	256	422.959	1.652	53	54.450	1.027

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

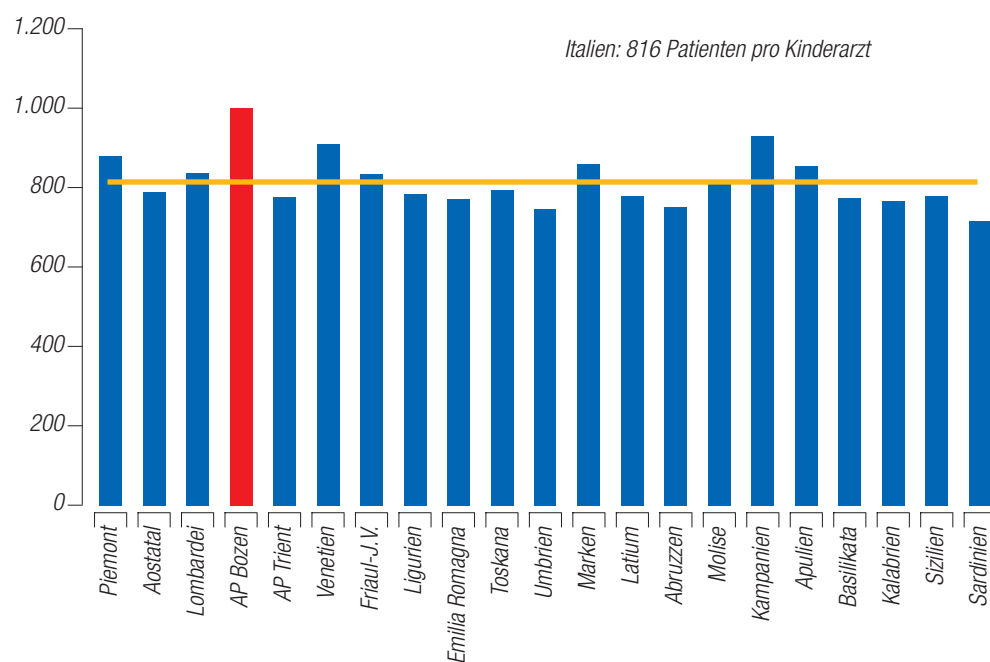
Die unterschiedliche Verteilung der Basisärzte und einzelnen Sprengel sowie die territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. Nur in 14 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig.

Abbildung 3: **Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner in den Regionen Italiens – Jahr 2005**



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

Abbildung 4: **Patientenbelastung pro Kinderarzt freier Wahl in den Regionen Italiens – Jahr 2005**



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

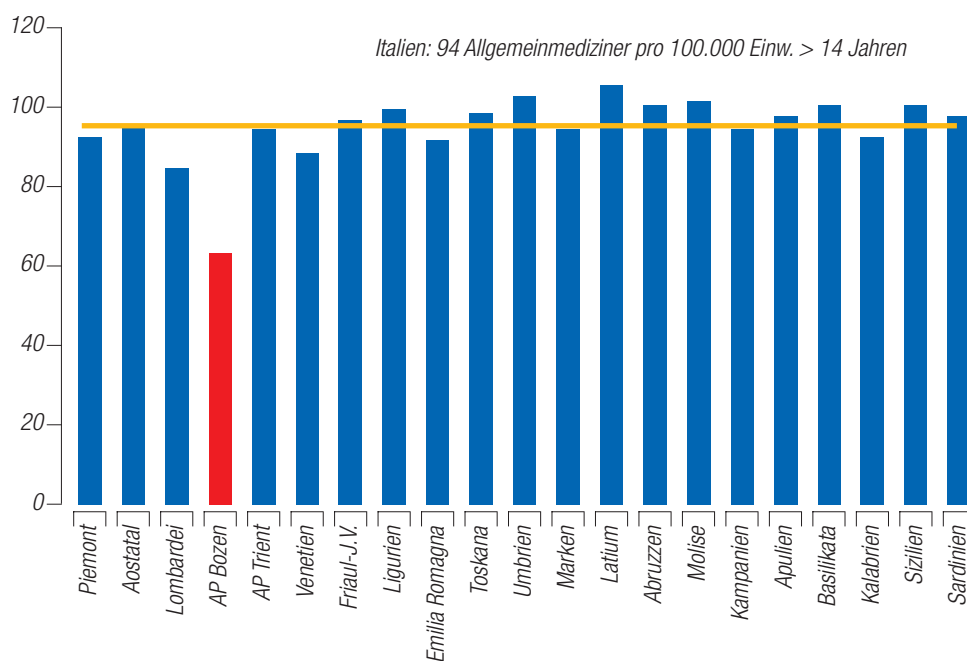
Tabelle 9: **Verhältnis Ärzte/Einwohner und Kinderärzte/Einwohner pro Sprengel – Stand zum 31.12.2007**

Sprengel	Anzahl der Ärzte	Einwohner > 14 Jahre	Ärzte/ Einwohner* x 100.000	Gesch. zusätzl. Bedarf	Anzahl der Kinder-ärzte	Einwohner ≤ 14 Jahre	Kinder-ärzte/ Einwohner* x 100.000
Grödenal	5	7.228	69,2		1	1.668	60,0
Eggental-Schlern	10	15.719	63,6	0,5	–	3.511	–
Salten-Sarntal-Ritten	12	14.796	81,1		–	3.429	–
Überetsch	15	22.638	66,3	0,1	5	4.524	110,5
Leifers-Branzoll-Pfatten	9	16.544	54,4	2,0	3	3.061	98,0
Unterland	13	19.310	67,3		3	3.890	77,1
Bozen	52	85.147	61,1	4,8	12	13.120	91,5
Oberer Vinschgau	9	12.803	70,3		1	2.675	37,4
Mittlerer Vinschgau	8	14.755	54,2	1,8	2	3.071	65,1
Naturns-Umgebung	5	8.783	56,9	0,9	1	1.750	57,1
Lana-Umgebung	12	18.768	63,9	0,5	3	3.824	78,4
Meran-Umgebung	29	43.248	67,1		7	7.366	95,0
Passeiertal	4	7.015	57,0	0,7	–	1.601	–
Wipptal	8	15.030	53,2	2,0	1	2.989	33,5
Brixen-Umgebung	19	28.878	65,8	0,3	5	6.090	82,1
Klausen-Umgebung	8	13.017	61,5	0,7	3	3.078	97,5
Taufers-Ahrntal	6	10.384	57,8	0,9	–	2.373	–
Bruneck-Umgebung	19	28.590	66,5	0,1	6	6.160	97,4
Hochpustertal	7	12.419	56,4	1,3	–	2.673	–
Gadertal	6	8.242	72,8		–	1.891	–
Provinz	256	403.314	63,5		53	78.743	67,3

* Es wurde die im Jahr 2007 ansässige Bevölkerung (in durchlebten Jahren) berücksichtigt

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

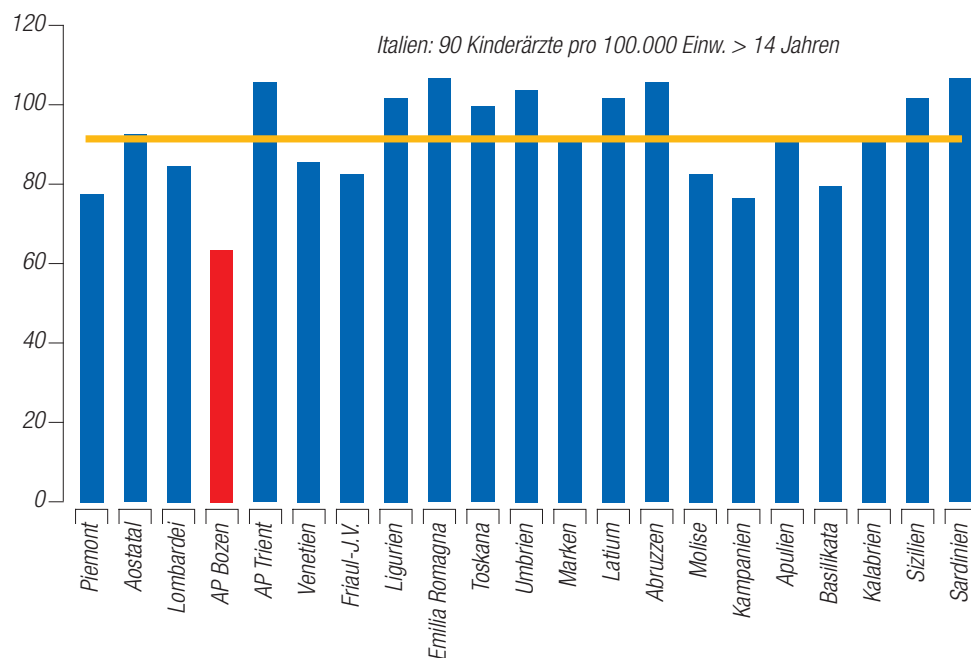
Abbildung 5: **Anzahl von Allgemeinmedizinern pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens – Jahr 2005**



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

BEDARF AN ALLGEMEINMEDIZINERN

Abbildung 6: **Anzahl von Kinderärzten freier Wahl pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens – Jahr 2005**



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

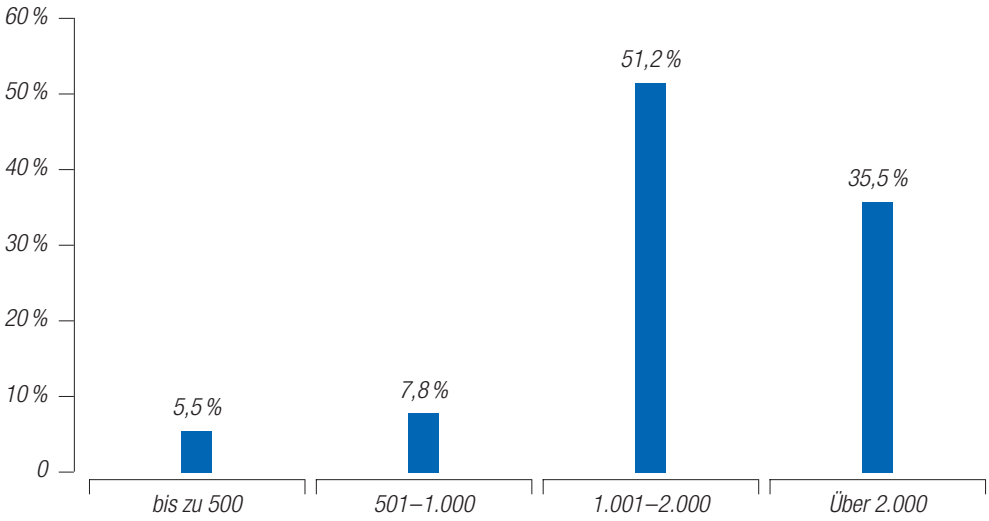
Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis von 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.

Der Vergleich zwischen dem tatsächlichen und optimalen Verhältnis gibt Aufschluss über den Mangel an Allgemeinmedizinern. Auf diese Weise schätzt man beispielsweise einen zusätzlichen Bedarf von 4,8 Allgemeinmedizinern im Sprengel Bozen und 2 in den Sprengeln Wipptal und Leifers-Branzoll-Pfatten. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei dieser Schätzung die unterschiedlichen territorialen Verhältnisse einiger Gesundheitssprengel, der Ausschluss der in Seniorenheimen aufgenommenen Personen aus der Gesamtanzahl der Versorgungsberechtigten sowie die Möglichkeit, den Kinderarzt bis zum vollendeten 16. Lebensjahr zu behalten, nicht berücksichtigt sind. Deshalb sind diese Angaben nur richtungsweisend und überschätzen manchmal den effektiven Mangel an Allgemeinmedizinern.

Wenn man als Indikator dagegen die Anzahl der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl zur Wohnbevölkerung betrachtet, ist festzustellen, dass das Verhältnis jeweils 63,5 Allgemeinmediziner zur Bevölkerung über 14 Jahren und 67,3 Kinderärzte freier Wahl zur Bevölkerung von höchstens 14 Jahren beträgt.

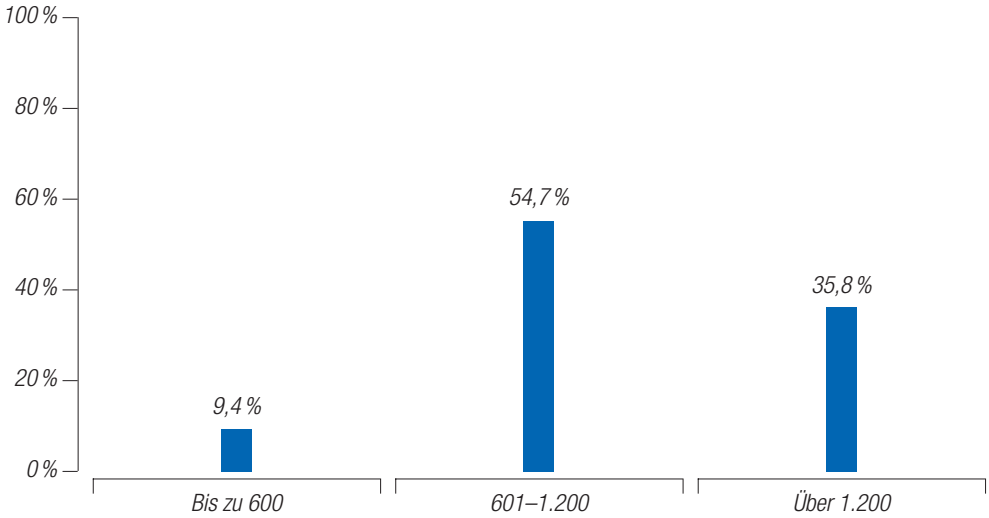
Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) liegen diese Indikatoren unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Abbildung 7: **Prozentsatz von Allgemeinmedizinern nach Anzahl der Versorgungsberechtigten. Südtirol – Stand zum 31.12.2007**



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Abbildung 8: **Prozentsatz von Kinderärzten freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten. Südtirol – Stand zum 31.12.2007**



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Tabelle 10: **Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigter – Stand zum 31.12.2007**

Wahlklassen	Provinz		Wahlklassen	Provinz	
	Nr.	%		Nr.	%
Bis zu 500	14	5,5%	Bis zu 600	5	9,4%
501-1.000	20	7,8%	601-1.200	29	54,7%
1.001-2.000	131	51,2%	Über 1.200	19	35,8%
Über 2.000	91	35,5%	Kinderärzte freier Wahl insgesamt	53	100,0%
Allgemeinmediziner insgesamt	256	100,0%			

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

PATIENTENHÖCHSTZAHL

Zum 31. Dezember 2007 überschritten 91 Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Versorgungsberechtigten (DLR Nr. 4504 vom 18.10.1999).

Die vorgesehene Höchstschwelle für die Kinderärzte freier Wahl beträgt 1.200. Diese Schwelle kann infolge der vom Art. 24 des Kollektivvertrags – DLR Nr. 2912 vom 11.08.2000 vorgesehenen Abweichungen überschritten werden. Die Schwelle wurde Ende 2007 von 19 Kinderärzten überschritten.

**WÖCHENTLICHE ÖFF-
NUNGSZEITEN DER
AMBULANZEN**

Die Öffnungszeiten der Ambulanzen (Stunden am Tag und Tage in der Woche) sind ein wichtiger Indikator für den Zugang zu den Diensten für Allgemeinmedizin und Pädiatrie freier Wahl. Durchschnittlich waren in Südtirol im Jahr 2007 die Ambulanzen der Allgemeinmediziner für 17 Stunden und 39 Minuten pro Woche geöffnet. Der Sprengel Grödnertal bot die durchschnittlich längste Öffnungszeiten mit 24 Stunden und 18 Minuten; im Sprengel Bozen wird die kürzeste Öffnungszeiten verzeichnet mit 15 Stunden und 45 Minuten pro Woche.

2007 hielten 130 Allgemeinmediziner (50,8 %) auch nach 18.00 Uhr geöffnet, 54 Ärzte (21,1 %) boten mehr als 20 Stunden Öffnungszeit pro Woche an.

Die wöchentlichen Öffnungszeiten der Ambulanzen der Kinderärzte freier Wahl liegen deutlich unter jenen der Allgemeinmediziner: im Durchschnitt 16 Stunden und 8 Minuten. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass der geltende Landesvertrag der Kinderärzte freier Wahl und Allgemeinmediziner eine zur Anzahl der Versorgungsberechtigten proportionale Öffnungszeit vorsieht.

2007 hatten nur zwei auf dem Landesgebiet tätigen Kinderärzte freier Wahl eine Öffnungszeit von über 20 Stunden pro Woche, während 8 Kinderärzte die Ambulanz auch nach 18.00 Uhr geöffnet hatten.

Eine den Bedürfnissen der Patienten angemessene Öffnungszeit der ärztlichen Ambulanzen müsste auch die Art der Versorgungsberechtigten berücksichtigen, d. h. deren Alter und Gesundheitszustand.

Abbildung 9: **Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden pro Allgemeinmediziner und Gesundheitssprengel – Jahr 2007**

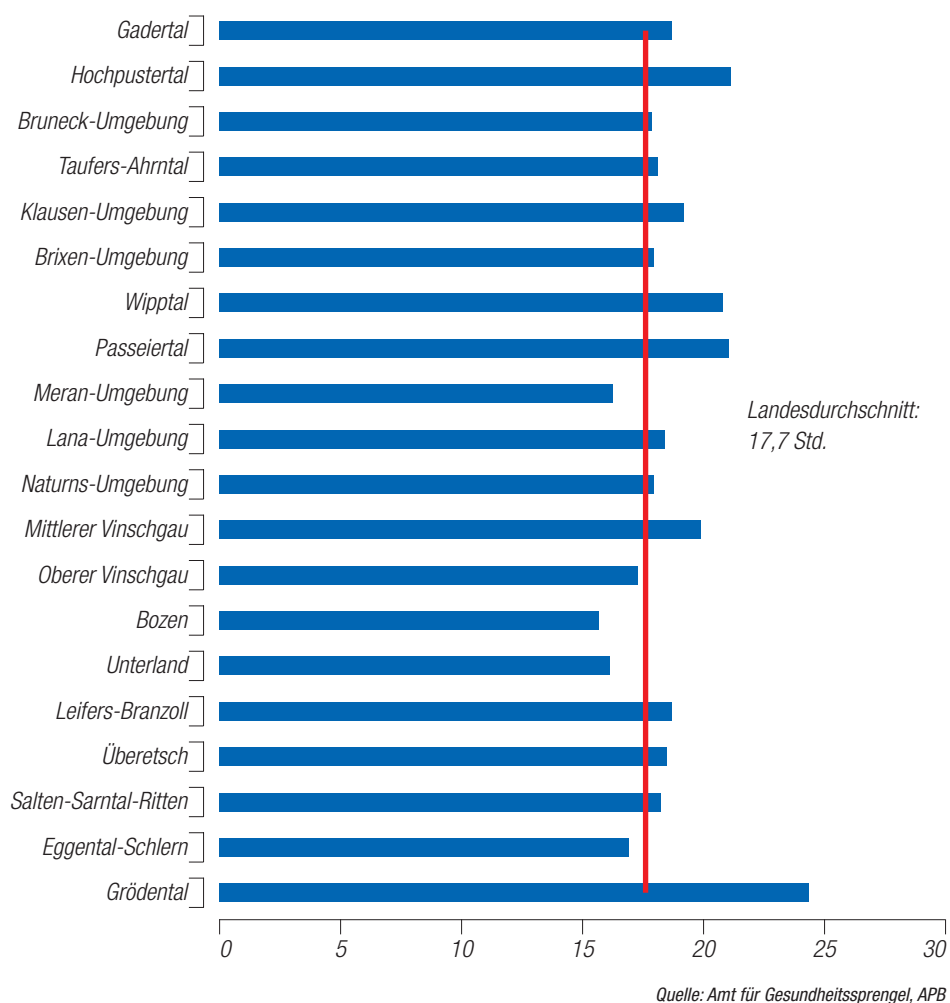
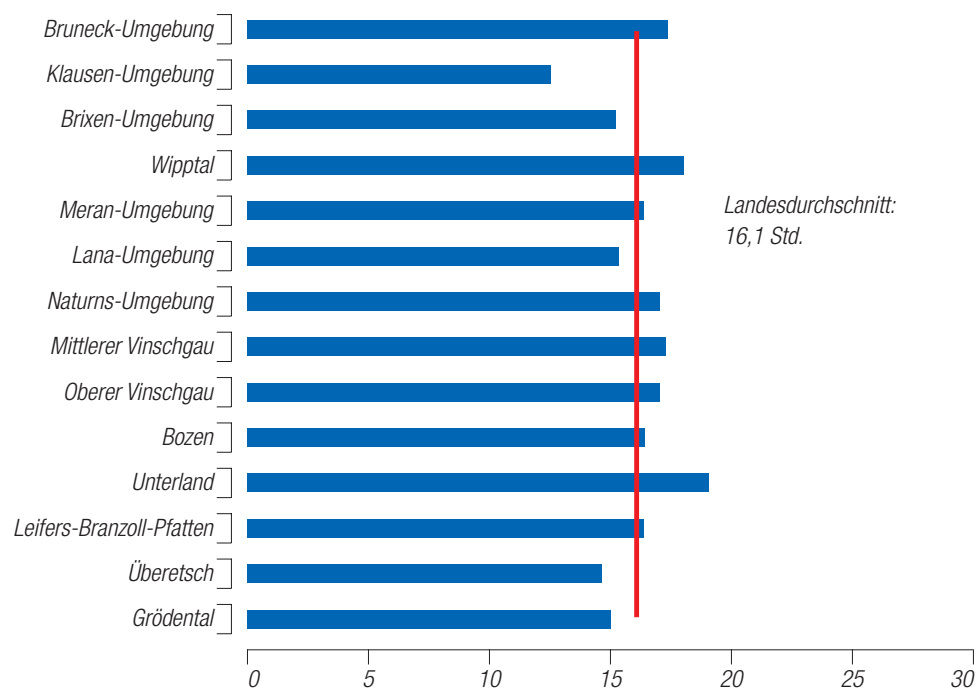


Abbildung 10: Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden pro Kinderarzt und Gesundheitssprengel – Jahr 2007



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

Tabelle 11: Von den Allgemeinmedizинern zusätzlich erbrachte Leistungen – Jahr 2007

	Provinz
Nähen einer Oberflächenwunde	1.752
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	7.759
Blasenkatheterisierung bei Männern	675
Blasenkatheterisierung bei Frauen	26
Vordere Nasentamponade	76
Infusion (einmalig im Dringlichkeitsfall durchführbar)	416
Erste Wundbehandlung	15.189
Nachfolgende Wundbehandlungen	19.041
Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanus-spritzen	2.109
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung	116
Pharynx-tamponade für bakteriologischen Test (nur bei gehunfähigen Patienten)	36
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	483
Infusionszyklen	6.302
Behandlungszyklus M. endovenös. Spritzen	2.187
Aerosol-Zyklus oder feucht-warme Inhalationen in der Arztpraxis	4
Impfungen, d. keine Pflichtimpfungen sind (Grippe...)	11.822
Entfernen eines Zeruminalpfropfs	17.647
Endovenöse Spritzen	1.603
Gelegentliche Ambulante Visiten	2.370
Gelegentliche Hausbesuche	172
Gelegentliche Nachtuntersuchungen	42
Insgesamt	89.827

Quelle: Dienste für Basismedizin

Tabelle 12: Von den Kinderärzten freier Wahl zusätzlich erbrachte Leistungen – Jahr 2007

Leistungen ohne erforderliche Ermächtigung	Provinz
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Nase	6
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Ohr	12
Geschlossene Reposition von Phimose und Paraphimose	89
Reposition eines Leistenbruchs	7
Durchschneidung der Verwachsung der kleinen Schamlippen	73
Spülung bei Paronychie	24
Reposition von schmerzhafter Pronation der Ulna	13
Warzenentfernung	515
Scotch-Test auf Oxyuren	96
Streptokokkentest (bei gehunfähigen Patienten)	855
Vorläufige Behandlung einer Fraktur oder Luxation mittels Ruhigstellung durch geeignete Mittel (kleine Segmente)	3
Impfsessionen	2.709
Gelegentliche Ambulante Visiten	89
Gelegentliche Hausbesuche	1
Pharynxtamponade für bakteriologischen Test (nur bei gehunfähigen Patienten)	4.475
Endovenöse Spritzen	24
Nachfolgende Wundbehandlungen	578
Nähen einer Oberflächenwunde	17
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	443
Vordere Nasentamponade	3
Erste Wundbehandlung	788
Spirometrie	109
Pricktest	96
EKG	86
Echographie, pro Sprengel	653
Harnprobe mit Analysator und gedrucktem Bericht	2.241
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	4
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung (pro Sitzung)	6
Insgesamt	14.015
Leistungen mit erforderlicher Ermächtigung	
Amblyopie-Screening	391
Impfsession gemäß Impfkalender	4.175

Quelle: Dienste für Basismedizin

2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität

Die Grundversorgung der Versorgungsberechtigten seitens des Arztes wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für Notfälle in der Nacht, an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art gesichert.

Der aktive Dienst mit Einsatzzentrale wurde in den Sprengeln Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Überetsch sowie in den Gemeinden Mölten, Jenesien und in der Fraktion Kar-daun (Gemeinde Karneid) eingerichtet. Der Dienst deckt rund 70 % der Bevölkerung des Gesundheitsbezirks Bozen. Der aktive Bereitschaftsdienst sieht zwei Ärzte in den Nachttur-nussen (von 20.00 bis 8.00 Uhr) von Montag bis Freitag, drei Ärzte in den Nachttur-nussen am Wochenende und vier Ärzte untertags (von 8.00 bis 20.00 Uhr) samstags, son-n tags, feiertags und vorfeiertags unter der Woche vor. Für ärztliche Einsätze, die in der Ambulanz stattfinden können, richtete der Gesundheitsbezirk Bozen im Jahr 2003 an den Sitzen Eppan und Leifers der Sprengel Überetsch und Leifers-Branzoll-Pfatten zwei Am-bulanzen mit ärztlichem Bereitschaftsdienst ein: in diesen Ortschaften kommt die ambu-lante Tätigkeit der Ärzte zu den Hausbesuchen hinzu. Im Jahr 2007 erbrachten die Ärzte

**DER DIENST FÜR
VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT**

**DIE AKTIVE
VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT**

**DIE VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT IN FORM
DER ERREICHBARKEIT**

des aktiven Bereitschaftsdienstes 14.570 ärztliche Leistungen (+12,5 % gegenüber 2006), 1.280 davon waren Hausbesuche, 4.375 ambulante Visiten (an den Sitzen Eppan, Leifers und Bozen) und 8.915 telefonische Beratungen.

In den nicht vom aktiven ärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckten Gemeinden wird der ärztliche Bereitschaftsdienst für Feier- und Vorfeiertage vom Gesundheitsbezirk Bozen selbst organisiert und turnusmäßig von den Allgemeinmediziner*innen übernommen; der ärztliche Bereitschaftsdienst während der Nacht wird dagegen von jedem Arzt für seine eigenen Patienten oder in Form ärztlicher Zusammenschlüsse organisiert. In beiden Fällen garantieren die diensthabenden Ärzte den Bereitschaftsdienst in Form der Erreichbarkeit zuhause. Um die Deckung des übrigen Landesgebietes im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an Feier- und Vorfeiertagen und in der Nacht zu optimieren, sind die größeren Sprengel in Landesteile aufgegliedert, in denen die Bereitschaft von mindestens einem Arzt pro Turnus 48 Stunden lang gesichert wird. Die Organisation der Bereitschaftsdienste nach Landesteilen berücksichtigt nicht nur die Anzahl der Versorgungsberechtigten, sondern auch die Morphologie des Territoriums, denn Berge und Täler verlängern manchmal ganz erheblich die Einsatzzeiten in Notfällen. In keinem Sprengel gibt es ein Verfahren zur Erhebung der während der Erreichbarkeit zuhause erbrachten Leistungen.

**DIE VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT SEITENS
DER KINDERÄRZTE**

Die Versorgungskontinuität durch die Kinderärzte wird im Gesundheitsbezirk Bozen am Samstag, Sonntag und an den Feiertagen von 9.00 bis 12.00 und von 16.00 bis 19.00 Uhr (das ganze Jahr über) mit einem Kinderarzt freier Wahl oder einem anderen Kinderarzt mit Unterstützung eines Krankenpflegers im Krankenhaus Bozen sowie in Brixen am Samstag Nachmittag von 14.00 bis 17.00 Uhr (von Oktober bis Mai) mit einem Kinderarzt freier Wahl in der kinderärztlichen Beratungsstelle gewährleistet.

Außerhalb der Städte sichern viele Kinderärzte einzeln oder in Form von Zusammenschlüssen die Versorgungskontinuität während der Nacht unter der Woche. In Bruneck garantieren die Kinderärzte die Versorgungskontinuität am Samstag Nachmittag von 14.00 bis 17.00 Uhr (von November bis Mai) mit einem Kinderarzt freier Wahl und einer Sanitätsassistentin in der kinderärztlichen Beratungsstelle.

2.2.3. Der touristische Bereitschaftsdienst

**DER SAISONBEDINGTE
DIENST FÜR DIE
MEDIZINISCHE
VERSORGUNG DER
TOURISTEN**

Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur in den Landesteilen folgender Sprengel eingesetzt: Gröden, Eggental-Schlern und Gadertal. Während des Jahres 2007 wurde der medizinische Versorgungsdienst für Touristen im Gesundheitsbezirk Meran nicht angeboten. Im Gesundheitsbezirk Brixen wurde er dagegen von den Allgemeinmediziner*innen und den Kinderärzten freier Wahl der einzelnen Sprengel auf Anfrage des Touristen innerhalb der normalen Bereitschaftszeiten unter der Woche und am Wochenende erbracht. Die Dauer der „Fremdenverkehrssaison“ wird vom einzelnen Gesundheitsbezirk festgelegt; deshalb weichen die Öffnungszeiten der Ambulanzen leicht voneinander ab.

Im Jahr 2007 gab es im Gesundheitsbezirk Bozen 3 Dienststellen für Touristen mit Bereitschaftsdienst, die unter der Woche und feiertags rund um die Uhr geöffnet waren.

Die Wintersaison wurde vom 22. Dezember 2006 bis 31. März 2007 in den Gemeinden Kastelruth und Völs (99 Öffnungstage) vom Dienst gedeckt, in den Gemeinden St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen hingegen bis zum 9. April (106 Öffnungstage). Dabei wurden 2.518 Leistungen erbracht (–6,2 % gegenüber 2006).

Die Sommersaison wurde für 93 Tage vom 29. Juni bis 30. September 2007 in den Gemeinden St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen gedeckt, für 97 Tage hingegen in Kastelruth und Völs (vom 29. Juni bis 14. Oktober 2007). In der Sommersaison wurden insgesamt 2.957 Leistungen erbracht (–4,8 % gegenüber 2006).

Im Sprengel Gadertal wurden zwei Dienststellen eingerichtet, die sowohl im Winter als auch im Sommer von Montag bis Freitag geöffnet sind. Die Wintersaison (vom 27. Dezember 2006 bis zum 31. März 2007) war für 67 Tage abgedeckt. Während dieser Zeit wurden 882 Visiten im Ambulatorium sowie Hausbesuche durchgeführt (+19,2 % im Vergleich zum Jahr 2006). Die Sommersaison war für 54 Tage abgedeckt (vom 1. Juli bis zum 15. September 2007), wobei 598 Visiten durchgeführt wurden (+71,8 % im Vergleich zum Jahr 2006).

Tabelle 13: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2006/2007**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Haus- besuche	Durchschn. Einsätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein°	2.544	791	170	9,1	2
Kastelruth/Völs°	2.376	678	78	7,6	2
Welschnofen/Deutschnofen°	2.544	727	74	7,6	1
Enneberg und St. Martin in Thurn°°	696	459	17	7,1	1
Wengen, Abtei und Kurfar°°	790	334	72	6,1	1
Insgesamt	8.950	2.989	411	7,5	7

* Dabei wurden 106 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung in den Gemeinden St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen, 99 Öffnungstage in den Gemeinden Kastelruth und Völs, 67 Öffnungstage in den Gemeinden Enneberg, St. Martin in Thurn, Wengen, Abtei und Kurfar berücksichtigt

° Tag- und Nachtdienst

°° Tagdienst

Quelle: Dienste für Basismedizin Bozen und Bruneck

Tabelle 14: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2007**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Haus- besuche	Durchschn. Einsätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein°	2.232	1.021	162	12,7	2
Kastelruth/Völs°	2.304	812	84	9,3	2
Welschnofen/Deutschnofen°	2.232	839	39	9,4	1
Enneberg und St. Martin in Thurn°°	461	339	23	6,7	1
Wengen, Abtei und Kurfar°°	646	224	12	4,4	1
Insgesamt	7.875	3.235	320	8,5	7

* Dabei wurden 93 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung in den Gemeinden St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen, 96 Öffnungstage in den Gemeinden Kastelruth und Völs, 54 Öffnungstage in den Gemeinden Enneberg, St. Martin in Thurn, Wengen, Abtei und Kurfar berücksichtigt

° Tag- und Nachtdienst

°° Tagdienst

Quelle: Dienste für Basismedizin Bozen und Bruneck

2.3. TERRITORIALE VERSORGUNG UND HAUSKRANKENPFLEGE

Zum 31.12.2007 gab es auf Landesebene 3.844 Anspruchsberechtigte auf einen Hauspflegebeitrag; für diesen Dienst wurden im Jahr 2007 20.583.827,21 Euro ausgegeben.

2007 wurden in der programmierten Hauspflege von den Diensten für Basismedizin 1.712 Patienten versorgt, in der integrierten Hauspflege 417.

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der meistverbreitete Dienst auf Sprengelzebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulante Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten. 2007 wurden den Patienten 856.104 Leistungen erbracht.

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln Südtirols

ZIELE DER HAUSKRANKENPFLEGE

Über die Hauskrankenpflege führen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens medizinische Maßnahmen zu Hause durch, mit dem vorrangigen Ziel, missbräuchliche Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und den Verlust der Selbstständigkeit der gefährdeten Personen so lange wie möglich hinauszuschieben. Der Hausbesuch bietet nämlich eine vollständige Analyse der Situation des Versorgungsberechtigten sowie die Möglichkeit, den Familien nicht nur therapeutische, sondern auch präventive Anweisungen zu geben.

Der Landeskollektivvertrag, der die Vereinbarungen mit den Allgemeinmedizinern enthält, sieht zwei Arten von Hauspflegedienst vor: die programmierte Hauspflege (PHP), die für Patienten bestimmt ist, die sich zu Hause und in geschützten Heimen nicht mehr fortbewegen können (keine Pflegefälle), und die integrierte Hauspflege (IHP).

HAUSPFLEGEBEITRAG

Das Landesgesetz Nr. 33, Artikel 21 „Hauspflegedienst“ vom 18. August 1988 in geltender Fassung sieht die Auszahlung eines Tagesbeitrags durch einen Fond des Landesgesundheitsdienstes an jene Personen vor (Familienangehörige oder Lebensgefährten), welche zu Hause einen schweren Pflegefall betreuen. Der Beitrag fördert die Hauspflege von Pflegefällen und stellt eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt dar.

Die Auszahlung dieses Beitrags setzt eine Bewertung der Hauspflege der Person voraus, wobei der Grad des Pflegefalls und die Angemessenheit der geleisteten Versorgung erfasst werden. Zum 31.12.2007 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf Landesebene 3.844 (+2,0% gegenüber 2006); für diesen Dienst wurden im Jahr 2007 20.583.827,21 Euro ausgegeben (+5,0% gegenüber 2006).

Tabelle 15: **Tätigkeiten in Bezug auf den Antrag auf Hauspflegebeiträge für die Versorgung von Pflegefällen seitens des Dienstes für Basismedizin – Jahr 2007**

	Provinz
Im Jahr 2007 gestellte neue Anträge	2.104
Im Jahr 2007 gewährte Beiträge	1.455
Prozentsatz der angenommenen Anträge	69,2%
Rekurse mit positivem Ausgang im Jahr 2007	64
Rekurse mit negativem Ausgang im Jahr 2007	118
Revisionen im Jahr 2007	346
Revisionen mit Bestätigung des Rechts auf den Beitrag im Jahr 2007	265
Anzahl der Patienten mit 60–70 Punkten	2.810
Anzahl der Patienten mit ≥ 71 Punkten	1.034
Dienstnutzer zum 31.12.07 insgesamt	3.844
Ausgezahlte Beiträge insgesamt	20.583.827,21

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

2.3.1. Die programmierte Hauspflege (PHP)

Die PHP wird dann nötig, wenn die Patienten nicht mehr gehfähig sind, nicht mehr transportiert werden können oder wenn sie an besonders entkräftigenden Krankheiten leiden. Der Pflegefall kann entweder durch die Gesundheits- oder Sozialdienste oder durch die Familie bzw. durch den Vertrauensarzt gemeldet werden. Letzterer muss einen begründeten Pflegeantrag an den Leiter des Dienstes für Basismedizin abfassen, in dem er die Anzahl der programmierten Hausbesuche, die medizinischen Versorgungsbedürfnisse und die eventuellen Personalerfordernisse anführt. Das Pflegeprogramm wird kurzfristig innerhalb von 15 Tagen ab Meldung eingeleitet. Die maximale Dauer der Genehmigungen beträgt ein Jahr.

Der Basisarzt – der sehr oft den Patient allein versorgt – wird gegebenenfalls von einem Krankenpfleger unterstützt.

Im Jahr 2007 wurden in der PHP von den Diensten für Basismedizin in Südtirol 1.712 Patienten versorgt, 13,2 % mehr als im Vorjahr (1.512 im Jahr 2006). Jeder beteiligte Arzt (53,9 % aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 12,4 Patienten.

 Tabelle 16: **Datenüberblick über die programmierte und geleistete Hauspflege im APB – Jahr 2007**

	Provincia
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchten Anträge auf PHP, Jahr 2007	1.703
Anzahl der genehmigten PHP-Anträge im Jahr 2007	1.554
% der im Jahr 2007 genehmigten PHP-Anträge	91,3%
Anzahl der PHP-Patienten	1.712
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für PHP-Einsätze bezahlt wurden	138
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten PHP-Patient	1,47
Insgesamt für die PHP-Vergütung gezahlter Betrag in Euro	694.345,98

Quelle: Dienste für Basismedizin

78,7 % der in der PHP versorgten Patienten sind über 75 Jahre alt. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 2 Frauen pro Mann: die höhere Lebenserwartung der Frauen bringt auch eine häufigere Inanspruchnahme der programmierten Hauspflege in den höheren Altersklassen mit sich.

 PROGRAMMIERTE
HAUSPFLEGE (PHP)

 PHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHT

PHP-PATIENTEN NACH HAUPTZUSTAND

INTEGRIERTE HAUSPFLEGE (IHP)

Tabelle 17: Verteilung der PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht und Raten pro 100.000 Einw. – Jahr 2007

Alter	Provinz		
	Männer	Frauen	Insgesamt
Bis zu 64 Jahren	75	60	135
65–74	97	133	230
75–84	202	426	628
85 und älter	202	517	719
Insgesamt	576	1.136	1.712
Rate pro 100.000 Einw.*	234,4	478,8	354,4

* Es wurde die im Jahr 2007 ansässige Bevölkerung (in durchlebten Jahren) berücksichtigt.

Quelle: Dienste für Basismedizin

Die programmierte Hauspflege wird vorwiegend für Krankheiten des Kreislaufsystems praktiziert (periphere Arteriopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 34,5%); es folgen die PHP-Patienten mit neurologischen Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz, Alzheimer, Parkinson: 22 %), Patienten mit degenerativen Krankheiten der Muskeln und Gelenke, mit einem Landesdurchschnittswert von 17,1 %, und Patienten mit Tumoren (11 %).

Tabelle 18: PHP-Patienten nach Zustand und Geschlecht (absolute Werte und Prozentwerte) – Jahr 2007

	Männer	%	Frauen	%	Provinz	%
Schwere periphere Arteriopathien	169	29,3 %	284	25,0 %	453	26,5 %
Schwere Herzinsuffizienz	22	3,8 %	39	3,4 %	61	3,6 %
Tumoren	74	12,8 %	117	10,3 %	191	11,2 %
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	58	10,1 %	235	20,7 %	293	17,1 %
Bronchopneumopathien	42	7,3 %	67	5,9 %	109	6,4 %
Ischämie mit Parese	27	4,7 %	50	4,4 %	77	4,5 %
Psychiatrische Krankheiten	5	0,9 %	7	0,6 %	12	0,7 %
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	117	20,3 %	259	22,8 %	376	22,0 %
Angeborene u. perinatale Pathologien	25	4,3 %	17	1,5 %	42	2,5 %
Sonstige/r Krankheit/Zustand*	37	6,4 %	61	5,4 %	98	5,7 %
Insgesamt	576	100,0 %	1.136	100,0 %	1.712	100,0 %

* Einschließlich Diabetes, Depression, Epilepsie, Niereninsuffizienzen und Pathologien der endokrinen Drüsen

Quelle: Dienste für Basismedizin

2.3.2. Die integrierte Hauspflege (IHP)

In besonders komplexen sozialmedizinischen Fällen, die den Einsatz mehrerer Berufsbilder erfordern, wird hingegen die integrierte Hauspflege angeboten. Das Pflegeteam, dessen Zusammensetzung sich nach den besonderen Erfordernissen des Patienten richtet, ist ein multidisziplinäres Team, in dem Krankenpfleger, Sozialassistenten, Altenpfleger, Fachärzte, Physiotherapeuten, Diätberater etc. vertreten sein können. Der Basisarzt übernimmt die Koordinierung der von den Fachkräften geleisteten Tätigkeiten und ist Hauptansprechpartner. Die IHP als Ersatz des Krankenhausaufenthaltes richtet sich häufig an Todkranke im Endstadium oder an Patienten, die eine begleitete Entlassung aus Krankenanstalten benötigen.

Der Pflegeantrag kann vom Basisarzt, von den Sozialdiensten, den Familienangehörigen des Patienten oder vom Leiter der Krankenhausabteilung bei der Entlassung gestellt werden. Innerhalb von 48 Stunden nach der Meldung ermächtigt der Leiter des Dienstes für

Basismedizin den Vertrauensarzt des Patienten, die integrierte Hauskrankenpflege einzuleiten.

Im Jahr 2007 wurden im Rahmen der IHP von den Landesdiensten für Basismedizin insgesamt 417 Patienten versorgt, rund 86 pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Anstieg der IHP-Patienten zu verzeichnen (360 Patienten im Jahr 2006, +15,8%). Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) liegt dieser Indikator jedoch weit unter dem nationalen Durchschnitt.

Im Vergleich zur programmierten Hauspflege sind von der integrierten Hauspflege weniger Patienten und auch weniger Allgemeinmediziner betroffen; andererseits ist die IHP erheblich aufwendiger, sowohl was die Anzahl der Einsätze als auch die finanziellen Ausgaben für den Landesgesundheitsdienst betrifft.

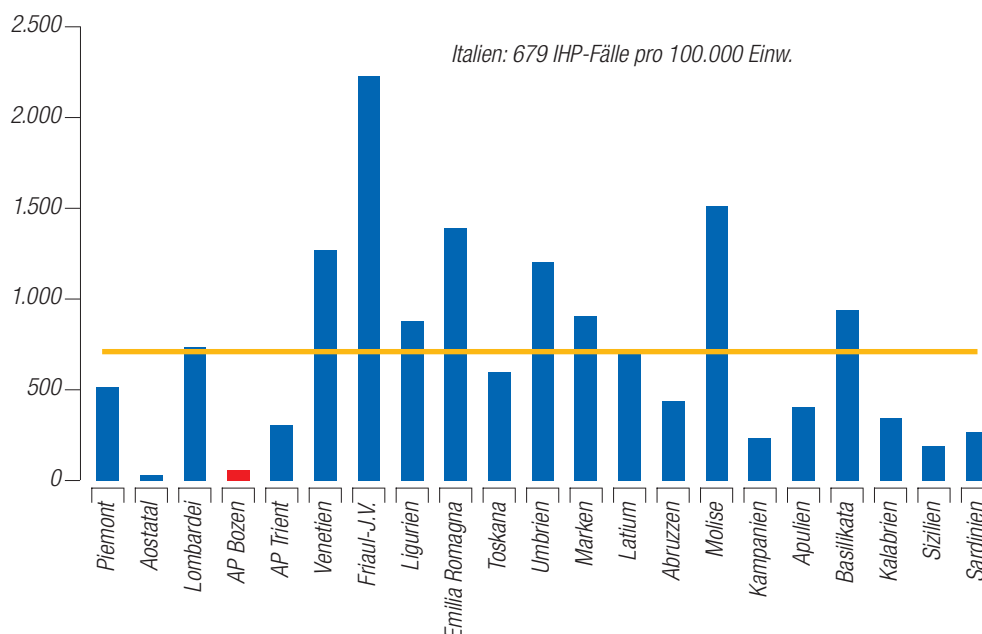
39,8% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2007 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient 4 Einsätze im Monat mit Unterstützung seitens verschiedener Berufsbilder geleistet. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zwischen den Diensten für Basismedizin die Daten diesbezüglich stark variieren, was auf die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse der Patienten zurückzuführen ist. Jeder beteiligte Arzt betreute durchschnittlich 4,1 Patienten.

Tabelle 19: **Datenüberblick über die Integrierte Hauspflege in der APB – Jahr 2007**

	Provinz
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchten Anträge auf IHP, Jahr 2007	417
Anzahl der genehmigten IHP-Anträge im Jahr 2007	394
% der im Jahr 2007 genehmigten IHP-Anträge	94,5 %
Anzahl der IHP-Patienten	417
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für IHP-Einsätze bezahlt wurden	102
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten IHP-Patient	4,15
Insgesamt für die IHP-Vergütung gezahlter Betrag in Euro	202.130,86

Quelle: Dienste für Basismedizin

Abbildung 11: **Anzahl von IHP-Fällen pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens – Jahr 2005**



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

**IHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHT**

Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 1,2 Frauen pro Mann: 71,0 % der Patienten sind über 75 Jahre alt.

Tabelle 20: **Verteilung der IHP-Patienten nach Alter und Geschlecht und Raten pro 100.000 Einw. – Jahr 2007**

Alter	Provinz		
	Männer	Frauen	Insgesamt
Bis zu 64 Jahren	26	25	51
65–74	30	40	70
75–84	96	89	185
85 und älter	41	70	111
Insgesamt	193	224	417
Rate pro 100.000 Einw.*	78,5	94,4	86,3

* Es wurde die im Jahr 2007 ansässige Bevölkerung (in durchlebten Jahren) berücksichtigt

Quelle: Dienste für Basismedizin

**IHP-PATIENTEN NACH
HAUPTZUSTAND**

Knapp die Hälfte (48,2 %) der im Jahr 2007 im Rahmen der IHP versorgten Patienten litten an Neoplasien, gefolgt von den Patienten mit einer Kreislauferkrankung (periphere Arterioopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 30,2 %).

Tabelle 21: **IHP-Patienten nach Zustand und Geschlecht (absolute Werte und Prozentwerte) – Jahr 2007**

	Männer	%	Frauen	%	Provinz	%
Schwere periphere Arterioopathien	9	4,7 %	12	5,4 %	21	5,0 %
Schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4	27	14,0 %	31	13,8 %	58	13,9 %
Tumoren	104	53,9 %	97	43,3 %	201	48,2 %
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	2	1,0 %	12	5,4 %	14	3,4 %
Bronchopneumopathien	3	1,6 %	5	2,2 %	8	1,9 %
Ischämie mit Parese	20	10,4 %	27	12,1 %	47	11,3 %
Psychiatrische Krankheiten	10	5,2 %	12	5,4 %	22	5,3 %
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	12	6,2 %	25	11,2 %	37	8,9 %
Angeborene u. perinatale Pathologien	1	0,5 %	-	-	1	0,2 %
Sonstige/r Krankheit/Zustand*	5	2,6 %	3	1,3 %	8	1,9 %
Insgesamt	193	100,0 %	224	100,0 %	417	100,0 %

* einschließlich apallisches Syndrom, Pathologien der endokrinen Drüsen, Niereninsuffizienzen und andere Gesundheitszustände

Quelle: Dienste für Basismedizin

2.3.3. Der Krankenpflegedienst

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der meistverbreitete Dienst auf Sprengebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulante Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten.

Im Jahr 2007 wurden den Patienten auf Landesebene 859.421 Krankenpflegleistungen erbracht; da die Daten einiger Sprengelleistungen nicht zur Verfügung stehen, entspricht diese Zahl nicht den effektiven Leistungen.

Die am häufigsten erbrachte Leistung ist die Messung der lebenswichtigen Parameter (156.132 im Jahr 2007), im Anstieg gegenüber dem Vorjahr mit +1,9%. Es folgen die venöse Blutentnahme mit 134.937 Leistungen (+4 % gegenüber 2006). Auch in der Gesundheitserziehung und Beratung für die Patienten und/oder Familienangehörigen zwecks Prävention und korrekter Umsetzung der von den Caregivern garantierten Versorgung spielt das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (100.340 Leistungen, +26,3% im Vergleich zum Jahr 2006).

Tabelle 22: **Den Patienten am häufigsten erbrachte Leistungen (absolute Werte und Prozentwerte) seitens der Krankenpflegedienste der Sprengel auf Landesebene – Jahr 2007**

	Provinz	%
Messung der lebenswichtigen Parameter und/oder Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organe/Systeme	156.132	18,2 %
Venöse Blutentnahme	134.937	15,7 %
Gesundheitserziehung des Patienten und/oder der Familie zwecks Prävention, hygienisch-sanitäre Aufklärung und Teilnahme am Maßnahmenprogramm	100.340	11,7 %
Zubereitung, parenterale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	77.900	9,1 %
Wundbehandlungen und/oder einfache Bandagen	72.905	8,5 %
Wundbehandlungen und/oder komplexe Bandagen	49.835	5,8 %
Prophylaxe/Prävention für Patienten mit verminderter Compliance	40.106	4,7 %
Kapillare Blutentnahme	39.860	4,6 %
Zubereitung, orale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	19.663	2,3 %
Festlegung der vorgesehenen versorgungstechnischen und therapeutischen Ziele	18.722	2,2 %
Zubereitung, topische Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	17.229	2,0 %
Kontrolle und normale Behandlungen der Haut und/oder Schleimhaut um Drainagen, Katheter, Stomien und Sonden	17.115	2,0 %
Erarbeitung d. Dossiers des Patienten	16.833	2,0 %
Vorbereitung und Unterstützung des bettlägerigen Patienten bei der kompletten Körperhygiene	13.593	1,6 %
Bewertung der NAS-Kontrolle	10.754	1,3 %
Beistand bei emotiver Fragilität	8.404	1,0 %
Vorbereiten, Anschließen, Überwachen und Entfernen von Kurzzeit- und Dauerinfusionen	6.809	0,8 %
Nicht sterile Aufsammlung von Exkreten und Sekreten	4.458	0,5 %
Angebot und Anbringung einer Schutzvorrichtung am Bett, für die Bekleidung, Haut und Schleimhäute im Fall von Harn- u. Stuhlinkontinenz	3.876	0,5 %
Abringung oder Austausch von Urethalkathetern	3.291	0,4 %
Teilsomme (erste 20 Leistungen)	812.762	94,6 %
Ermittelte Leistungen insgesamt	859.421	100,0 %

Quelle: Gesundheitssprengel

Eine weitere Krankenpflegeleistung ist die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zu Hause gemäß LG 33/88 (insgesamt sind 2.752 Leistungen zu verzeichnen).

Weitere vom Krankenpflegedienst geleistete Tätigkeiten, die aber von vielen Sprengeln nicht quantifiziert werden, sind: Patientenbeurteilung in Krankenanstalten auf der Grundlage des LG 33/88, Art. 21; die „indirekten krankenschwägerischen Tätigkeiten“ wie Gespräche mit dem Allgemeinmediziner des Patienten, mit Krankenhausabteilungen, das Verfahren im Zusammenhang mit der Zuweisung von Pflegehilfsmitteln und andere Leistungen. Zu den Gruppentätigkeiten zählen dagegen Besprechungen mit den Familienangehörigen des Patienten, Gesundheitserziehungsveranstaltungen für Bürger, mit Studenten der Schulen für Gesundheitsberufe, Informationen für Selbsthilfegruppen und die Ausbildung von Volontariatsmitarbeitern.

Tabelle 23: Den Patienten am häufigsten erbrachte Leistungen seitens der Krankenpflegedienste in der Ambulanz oder zu Hause der Patienten; Leistungen in den Sprengeln insgesamt – Jahr 2007

Distretti	Messung der lebenswichtigen Parameter		Venöse Blutentnahme		Zubereitung und Verabreichung von Pharmaka		Leistungen insgesamt pro Sprengel
	Amb.	Haus	Amb.	Haus	Amb.	Haus	
Grödenal	1.298	123	4.498	285	369	225	11.741
Eggental-Schlern	5.346	4.023	8.077	534	905	827	52.006
Salten-Sarnal-Ritten	3.393	3.294	8.390	229	488	460	30.530
Überetsch	2.151	694	12.193	728	1.629	700	35.855
Leifers-Branzoll-Pfatten	2.364	836	7.224	648	1.720	389	22.410
Unterland	6.809	2.425	18.617	1.003	2.124	947	55.337
Bozen	4.829	3.596	31.192	3.968	21.124	4.529	130.581
Oberer Vinschgau	2.531	1.269	7.463	374	1.596	1.402	39.314
Mittlerer Vinschgau	3.752	5.089	2.095	475	1.800	1.020	40.071
Naturns-Umgebung	2.794	1.736	4.013	349	704	257	27.199
Lana-Umgebung	2.345	2.713	5.191	859	777	584	46.610
Meran-Umgebung	8.463	4.341	138	3.504	4.236	1.162	63.276
Passeiertal	2.109	2.708	4.440	384	422	649	28.074
Wipptal	687	4.419	139	772	264	1.252	35.929
Brixen-Umgebung	4.324	4.527	8	977	1.531	924	59.362
Klausen-Umgebung	675	2.529	3.268	461	230	514	28.818
Taufers-Ahrntal	6.568	6.816	2	422	2.665	1.593	30.217
Bruneck-Umgebung	13.488	7.410	23	872	7.278	3.186	56.488
Hochpustertal	9.619	8.718	25	718	2.978	1.821	48.247
Gadertal	2.161	3.160	4	375	1.590	1.029	17.356
Provinz	85.706	70.426	117.000	17.937	54.430	23.470	859.421

Quelle: Gesundheitssprengel

2.3.4. Die Versorgung von Mutter und Kind

2.3.4.1. Die kinderärztlichen Beratungsstellen

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln Südtirols; der Kinderarzt ist in den Beratungsstellen jener Sprengel vorhanden, in denen kein Kinderarzt freier Wahl tätig ist; in den anderen ist hingegen eine Sanitätsassistentin oder Kinderkrankenschwester anwesend. Auf Landesebene erbrachten die Kinderärzte während des Jahrs 2007 insgesamt 37.487 Leistungen einschließlich der Erstuntersuchungen (5,8 %), Kontrolluntersuchungen (56,1 %), Impfungen (8,7 %) und Gesundheitschecks (7,6 %) sowie andere Leistungen (Zahnkontrolle, Kariesvorbeugung, Kinderhörtest, Boel-Test ... , 21,8 %).

Die Sanitätsassistentinnen der kinderärztlichen Landesberatungsstellen nehmen vor allem die Assistenz bei den Erst- und Kontrolluntersuchungen vor (31,9 %), führen Kontrollen auf Läuse/Parasiten durch und leisten Beratungsarbeit und Gesundheitserziehung in Bezug auf das Abstillen und das Wachstum der Kinder.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden in den Grund- und Mittelschulen einiger Sprengel Kariesprophylaxekurse, Kurse über Körperhygiene, gesunde Ernährung, gesunden Lebensstil sowie Kurse über Beziehungserziehung und Sexualität organisiert.

Tabelle 24: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln erbrachte Leistungen – Jahr 2007**

	Erste Unter- suchungen	Kontroll- unter- suchungen	Impfungen	Gesund- heits- checks*	Sonstige Leistun- gen**	Insgesamt Provinz
Grödental	83	992	63	–	–	1.138
Eggental-Schlern	181	1.796	483	–	–	2.460
Salten-Sarntal-Ritten	201	2.535	388	–	–	3.124
Überetsch	–	–	–	–	–	–
Leifers-Branzoll-Pfatten	–	–	–	–	–	–
Unterland	–	–	–	161	–	161
Bozen	829	10.819	2.115	–	–	13.763
Oberer Vinschgau	–	–	122	140	306	568
Mittlerer Vinschgau	–	–	–	–	–	–
Naturns-Umgebung	–	–	–	49	–	49
Lana-Umgebung	33	745	–	518	1	1.297
Meran-Umgebung	341	3.322	105	–	6.396	10.164
Passeiertal	105	834	–	1.158	–	2.097
Wipptal	–	–	–	287	109	396
Brixen-Umgebung	–	–	–	–	552	552
Klausen-Umgebung	–	–	–	523	805	1.328
Taufers-Ahrntal	–	–	–	–	–	–
Bruneck-Umgebung	291	–	–	–	–	291
Hochpustertal	–	–	–	–	–	–
Gadertal	99	–	–	–	–	99
Provinz	2.163	21.043	3.276	2.836	8.169	37.487

*Einschließlich der Kontrollen bis zu 12 Monaten, von 1 bis 3 Jahren, 3 bis 6 Jahren, 9 bis 10 Jahren, 12 bis 14 Jahren

**Einschließlich Impfungen, kinderärztlicher Bereitschaftsdienst, ...

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 25: Von den Sanitätsassistentinnen und anderen Berufstätigen in den kinderärztlichen Beratungsstellen erbrachte Leistungen, nach Gesundheitssprengel – Jahr 2007

	Grödental	Eggental-Schlern	Salten-Sarntal-Ritten	Überetsch	Leifers-Branzoll-Pfatten	Unterland	Bozen
Beistand bei Erstuntersuchungen	83	181	201	217	–	157	829
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	992	1.796	2.535	1.725	–	2.897	10.819
Hausbesuche	169	155	173	352	219	272	83
Wundbehandlungen	5	28	294	150	169	157	1.093
Kontrollen bis zu 12 Monat	812	1.489	2.056	–	–	–	9.946
Kontrollen von 1 bis 3 Jahren	95	286	388	–	–	–	811
Kontrollen von 3 bis 6 Jahren	85	21	91	–	–	–	62
Orthoptische Bewertung	287*	498*	500*	940*	583*	859*	2.420*
Infantiler audiometrischer Test	106**	227**	245**	457**	258**	362**	1.077**
Boel Test	99**	236**	245**	–	336**	418**	1.007**
Zahnkontrolle / Kariesprophylaxe	–	433	267	197	198	112	126
Impfungen (Beistand und Ausführung)	63	483	388	1.186	–	104	2.115
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	1.163	1.951	1.394	2.250	1.925	1.210	8.790
Fußreflexzonenmassage	55	–	–	55	–	34	84
Beratung zum Stillen	357	169	701	–	–	610	676
Sonstiges (Messung des arteriellen Blutdrucks, Eltern-Kinder-Treffen, Geburtsvorbereitungskurse, ...)	192	561	106	28	213	–	68
Insgesamt	4.563	8.514	9.584	7.557	3.901	7.192	40.006
Beratungen (auch telefonisch)	526	355	1.178	827	1.319	840	1.910

*Diese Leistungen sind von Orthoptisten und Ophthalmologie-Assistenten erbracht worden

**Diese Leistungen werden vom Logopäden erbracht

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 25: **Von den Sanitätsassistentinnen und anderen Berufstätigen in den kinderärztlichen Beratungsstellen erbrachte Leistungen, nach Gesundheitssprengel – Jahr 2007 (Fortsetzung)**

	<i>Oberer Vinschgau</i>	<i>Mittlerer Vinschgau</i>	<i>Naturns-Umgebung</i>	<i>Lana-Umgebung</i>	<i>Meran-Umgebung</i>	<i>Passeiertal</i>	<i>Wipptal</i>
<i>Beistand bei Erstuntersuchungen</i>	127	152	315	193	341	210	219
<i>Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen</i>	968	1.898	1.668	2.023	3.322	1.682	930
<i>Hausbesuche</i>	27	101	23	233	136	5	3
<i>Wundbehandlungen</i>	27	34	377	169	843	273	–
<i>Kontrollen bis zu 12 Monat</i>	78	–	–	–	–	420	28
<i>Kontrollen von 1–3 Jahren</i>	43	–	–	–	–	218	111
<i>Kontrollen von 3–6 Jahren</i>	19	–	49	54	–	261	148
<i>Kontrollen von 9–10 Jahren</i>	–	–	–	168***	–	146	–
<i>Kontrollen von 12–14 Jahren</i>	–	–	–	–	–	113	–
<i>Orthoptische Bewertung</i>	330	427	135	503	–	–	442
<i>Infantiler audiometrischer Test</i>	–	–	–	–	–	–	226**
<i>Boel Test</i>	–	–	–	–	–	–	156**
<i>Zahnkontrolle / Kariesprophylaxe</i>	8	–	–	292	–	–	361
<i>Impfungen (Beistand und Ausführung)</i>	122	–	238	1.861	105	198	–
<i>Kontrollen auf Läuse/Parasiten</i>	472	711	691	1.404	133	462	865
<i>Beratung zum Stillen</i>	–	53	69	189	–	–	–
<i>Sonstiges (Messung des arteriellen Blutdrucks, Eltern-Kinder-Treffen, Geburtsvorbereitungskurse, ...)</i>	405	41	–	55	941	–	–
Insgesamt	2.626	3.417	3.565	7.144	5.821	3.988	3.489
<i>Beratungen (auch telefonisch)</i>	1.065	228	559	1.769	4.343	243	73

**Diese Leistungen werden vom Logopäden erbracht

*** Einschließlich Kontrollen von 9 bis 10 und 12 bis 14 Jahren

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 25: Von den Sanitätsassistentinnen und anderen Berufstätigen in den kinderärztlichen Beratungsstellen erbrachte Leistungen, nach Gesundheitssprengel – Jahr 2007 (Fortsetzung)

	Brixen-Umgebung	Klausen-Umgebung	Taufers-Ahrntal	Bruneck-Umgebung	Hochpustertal	Gadertal	Ins-gesamt Provinz
Beistand bei Erstuntersuchungen	567	340	–	291	–	99	4.522
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	2.728	1.061	–	–	–	–	37.044
Hausbesuche	30	7	4	3	11	1	2.007
Wundbehandlungen	–	–	–	–	–	–	3.619
Kontrollen bis zu 12 Monat	–	476	–	–	–	–	15.305
Kontrollen von 1–3 Jahren	–	47	–	–	–	–	1.999
Kontrollen von 3–6 Jahren	–	–	22	1	190	115	1.118
Kontrollen von 9–10 Jahren	–	–	48	36	168	120	686
Kontrollen von 12–14 Jahren	–	–	144	102	160	104	623
Orthoptische Bewertung	1.026	679	458	1.314	598	390	12.389
Infantiler audiometrischer Test	275**	185	–	–	–	–	3.418
Boel Test	257**	208	151	385	180	131	3.809
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	1.072	412	340	998	323	248	5.387
Impfungen (Beistand und Ausführung)	–	–	141	–	259	95	7.358
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	–	229	–	–	–	–	23.650
Fußreflexzonenmassage	–	–	–	–	–	–	228
Beratung zum Stillen	–	–	–	–	–	–	2.824
Sonstiges (Messung des arteriellen Blutdrucks, Eltern-Kinder-Treffen, Geburtsvorbereitungskurse, ...)	552	–	214	139	518	339	4.372
Insgesamt	6.507	3.644	1.522	3.269	2.407	1.642	130.358
Beratungen (auch telefonisch)	263	110	1.325	3.146	1.859	830	22.768

**Diese Leistungen werden vom Logopäden erbracht

*** Einschließlich Kontrollen von 9 bis 10 und 12 bis 14 Jahren

Quelle: Gesundheitssprengel

2.3.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie

Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt es in 15 von 20 Sprengeln.

Neben den Gynäkologen, die in allen 15 Sprengeln, die diesen Dienst anbieten, vorhanden sind, werden in einigen Fällen die Leistungen auch von Hebammen erbracht (die neben den Paptests auch Schwangerschaftskontrollen und Beratung in ihrem Kompetenzbereich erbringen), in anderen von Krankenpflegerinnen oder Sanitätsassistentinnen, die den Gynäkologen zur Seite stehen. In den Sprengeln, in denen es keine Beratungsstelle für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt, wird die Tätigkeit in den Krankenhäusern erbracht.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden in einigen Sprengeln Geburtsvorbereitungskurse, Beckenbodentrainings, Eltern-Kinder-Treffen, Treffen nach der Entbindung organisiert.

Tabelle 26: **Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbrachte Leistungen, pro Sprengel* – Jahr 2007**

	Grödentäl	Eggental-Schlern	Über-etsch	Leifers-Branzoll-Pfatten	Unter-land	Bozen
Erstgespräch mit der Patientin	–	–	–	300	–	–
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	363	129	392	400	1.568	807
Schwangerschaftskontr./Visite durch d. Hebamme	–	–	–	30	–	–
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD, ...)	–	–	3	150	40	159
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	164	71	103	50	371	66
Echographie (Brust)	–	–	–	–	–	–
Paptest	–	–	–	300	4	–
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	–	–	262	–	813	210
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	348	128	53	–	479	384
Kolposkopie	–	–	–	30	–	30
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	–	–	–	200	–	–
Fetus-Herzschlagmessung	–	–	35	–	470	14
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	–	–	–	–	–	–
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Gewichtskontrolle und Blutdruckmessung bei schwangeren Frauen)	–	–	–	20	–	–
Insgesamt	875	328	848	1.480	3.745	1.670

* Im Sprengel Salten-Sarnthein-Ritten ist nicht der Gynäkologe sondern nur die Hebamme anwesend

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 26: **Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbrachte Leistungen, pro Sprengel* – Jahr 2007 (Fortsetzung)**

	Oberer Vinschgau	Naturns-Umgebung**	Lana-Umgebung	Meran-Umgebung
Erstgespräch mit der Patientin	231	78	–	108
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	235	70	323	418
Schwangerschaftskontr./Visite durch der Hebamme	–	–	–	84
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD, ...)	2	–	–	116
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	170	54	4	129
Echographie (Brust)	–	–	–	72
Paptest	199	58	307	359
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	53	–	–	12
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	193	63	–	244
Kolposkopie	–	–	148	0
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	–	–	–	37
Fetus-Herzschlagmessung	–	–	–	13
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	–	–	–	16
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Gewichtskontrolle und Blutdruckmessung bei schwangeren Frauen)	1	78	44	8
Insgesamt	1.084	401	826	1.616

** Im Sprengel Naturns war der Gynäkologe nur vom 11/01/2007 bis zum 3/05/2007 anwesend

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 26: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbrachte Leistungen, pro Sprengel* – Jahr 2007 (Fortsetzung)

	Klausen- Umgebung	Taufers- Ahrntal	Gadertal	Insgesamt Provinz***
Erstgespräch mit der Patientin	431	–	–	1.148
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	499	837	392	6.433
Schwangerschaftskontr./Visite durch der Hebamme	48	–	–	162
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD, ...)	–	4	1	475
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	431	615	307	2.535
Echographie (Brust)	–	–	–	72
Paptest	427	750	360	2.764
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	7	2	–	1.359
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	112	–	–	2.004
Kolposkopie	1	4	1	214
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	12	–	–	249
Fetus-Herzschlagmessung	18	–	–	550
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	–	–	–	16
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Gewichtskontrolle und Blutdruckmessung bei schwangeren Frauen)	4	109	48	312
Insgesamt	1.990	2.321	1.109	18.293

*** Da in manchen Sprengeln eine oder mehr erbrachte Leistungen nicht ermittelt wurden, handelt es sich hier nicht um die effektive Gesamtsumme, sondern um die Summe der ermittelten Leistungen.

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 27: Von den Hebammen/Krankenpflegerinnen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbrachte Leistungen pro Gesundheitssprengel – Jahr 2007

	Grödental	Eggental- Schlern	Salten- Sarntal- Ritten	Über- etsch	Leifers- Branzoll- Pfaffen	Unter- land	Bozen
Erstgespräch mit der Patientin	119	245	263	–	400	390	1.449
Beistand bei gynäk. Untersu- chung	–	–	–	–	100	–	–
Schwangerschaftskontr./Visite durch d. Hebamme	292	615	443	143	150	223	732
Paptest	38	60	146	155	274	268	992
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	–	9	45	13	67	86	76
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	–	–	–	1	–	–	27
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	548	1.365	1.346	–	600	711	2.658
Fetus-Herzschlagmessung	78	113	136	88	150	88	143
Hausbesuche (nach der Geburt, Wundbehandlungen, etc.)	138	477	193	52	13	79	60
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	–	–	–	–	100	–	–
Betreuung des Neugeborenen	136	446	228	–	–	–	200
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Schwangerschaftstest)	–	725	688	–	230	45	658
Insgesamt	1.349	4.055	3.488	452	2.084	1.890	6.995

Quelle: Gesundheitssprengel

Tabelle 27: **Von den Hebammen/Krankenpflegerinnen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbrachte Leistungen pro Gesundheitssprengel – Jahr 2007**
(Fortsetzung)

	Naturns- Umgebung	Meran- Umgebung	Insgesamt Provinz*
Erstgespräch mit der Patientin	78	108	3.052
Beistand bei gynäk. Untersuchung	–	–	100
Schwangerschaftskontr./Visite durch d. Hebamme	–	–	2.598
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,...)	–	8	8
Paptest	–	359	2.292
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	–	84	380
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	–	–	28
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	–	37	7.265
Fetus-Herzschlagmessung	–	13	809
Hausbesuche (nach der Geburt, Wundbehandlungen, etc.)	–	–	1.012
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	–	16	116
Betreuung des Neugeborenen	–	–	1.010
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Schwangerschaftstest)	78	363	2.787
Insgesamt	156	988	21.457

* Da in manchen Sprengeln eine oder mehr erbrachte Leistungen nicht ermittelt wurden, handelt es sich hier nicht um die effektive Gesamtsumme, sondern um die Summe der ermittelten Leistungen.

Quelle: Gesundheitssprengel

2.4. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Im Jahr 2007 wurden in Südtirol 7.615.152 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht. 94,7 % dieser Leistungen betrafen öffentliche Einrichtungen.

Der Tarifwert der im ganzen Land erbrachten Leistungen beläuft sich auf 95.489.837,68 Euro. Für Ticketzahlungen wurden 17.760.284,61 Euro eingenommen (18,6 % des gesamten Tarifwerts).

Der Sanitätsbetrieb zahlte nach Abzug der Ticketzahlungen den privaten Einrichtungen und konventionierten Freiberuflern der Gesundheitsbezirke Bozen und Meran einen Betrag in Höhe von 5.285.859,90 Euro.

Die Konventionen mit den privaten Landeseinrichtungen betrafen vorwiegend Laboruntersuchungen und Rehabilitationsleistungen.

Die Südtiroler nahmen außerdem 97.656 Leistungen in nationalen Einrichtungen und 53.046 Leistungen in österreichischen Einrichtungen in Anspruch. Dafür entrichtete das Land einen Betrag von 2.076.833,21 Euro an die anderen Regionen Italiens und 419.558,47 Euro an Österreich.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d. h. die Differenz zwischen der Menge der im Landesgebiet zugunsten von nicht ansässigen Patienten erbrachten Leistungen und der Anzahl der zugunsten der Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen ist für das Jahr 2007, wie auch in den Vorjahren positiv und beläuft sich auf 258.616 Leistungen (409.318 Leistungen für nicht ansässige Patienten und Inanspruchnahme von 150.702 Leistungen seitens der Wohnbevölkerung).

2.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen

Die ambulante fachärztliche Versorgung besteht in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

Die Einrichtungen, die im Landesgebiet ambulante fachärztliche Leistungen anbieten, lassen sich wie folgt klassifizieren:

1. Krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Poliambulanzen und krankenhausinterne Ambulanzen, Labors, Röntgendienste etc.) oder krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Poliambulanzen in der A. Alagi-Straße in Bozen, betriebliche Dienste etc.): öffentliche oder interne fachärztliche Versorgung;
2. Mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte und vorläufig akkreditierte private Einrichtungen (z.B. Villa Melitta für Physiotherapie- und Röntgenleistungen, etc.) und mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Freiberufler, die ihre Tätigkeit in Privatpraxen ausüben: externe oder private fachärztliche Versorgung;
3. Noch nicht akkreditierte private Einrichtungen und nicht konventionierte Freiberufler.

Die konventionierten privaten Einrichtungen und Freiberufler (Punkt 2) erbringen Leistungen für und zu Lasten des Südtiroler Sanitätsbetriebes. Die Patienten legen die Einweisung des Landesgesundheitsdienstes vor und zahlen das Ticket wie für die öffentlichen Einrichtungen. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb erstattet den privaten Einrichtungen die Differenz zwischen dem Betrag der erbrachten Leistungen und dem bereits bezahlten Ticket zurück.

In Privatpraxen und bei nicht konventionierten Freiberuflern (Punkt 3) erhalten die Bürger, die Leistungen der sogenannten „schlecht ausgestatteten Fachbereiche“ in Anspruch nehmen, eine Kostenrückerstattung vom Sanitätsbetrieb; diese Form der Versorgung wird als „indirekte fachärztliche Versorgung“ bezeichnet.

Nachfolgend wird eine Analyse der ambulanten fachärztlichen Leistungen präsentiert, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens für die ambulanten fachärztlichen Leistungen (SPA) erhoben wurden. Die Analyse enthält die fachärztlichen Erste Hilfe-Leistungen, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Punkte 1 und 2); ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, für die kein Informationsverfahren zur Verfügung steht.

Die Aufteilung der von öffentlichen und privaten konventionierten Einrichtungen in Südtirol erbrachten Leistungen wird in der Tabelle 1 dargestellt.

Im Lauf des Jahres 2007 wurden 7.615.152 Leistungen im Land erbracht, davon nur 5,3 % in konventionierten privaten Einrichtungen. Der Tarifbetrag der Leistungen beläuft sich auf 95.489.837,68 Euro (davon 6,5 % für private Einrichtungen), während die Beteiligung des Patienten an den Gesundheitsausgaben, die über die Ticketzahlung gemessen wird, 17.760.284,61 Euro beträgt (davon 5,2 % für private Einrichtungen). Nur die Gesundheitsbezirke Bozen und Meran haben noch Konventionen mit einigen privaten Einrichtungen.

Tabelle 28: Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Erste-Hilfe-Leistungen eingeschlossen) – Jahr 2007

Art des Leistungserbringers	Leistungen	% Provinz	Tarifwert	% Provinz	Ticketbetrag	% Provinz
Privat	402.499	5,3 %	6.209.001,78	6,5 %	923.141,88	5,2 %
Öffentlich	7.212.653	94,7 %	89.280.835,90	93,5 %	16.837.142,73	94,8 %
Provinz	7.615.152	100,0 %	95.489.837,68	100,0 %	17.760.284,61	100,0 %

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

In Bezug auf die Ticketbefreiung wurden im Jahr 2007 63,7 % aller Leistungen zugunsten von ticketbefreiten Patienten und 3,6 % zugunsten von um die Hälfte ticketbefreiten Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) erbracht sowie 1,7 % (nur was die öffentlichen Einrichtungen anbelangt) für zahlende Privatpersonen. Die restlichen 30,9 % waren von keiner Ticketbefreiung betroffen.

**TICKETBEFREITE UND
NICHTTICKETBEFREITE**

Tabelle 29: Anzahl der von den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Erste-Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Ticketbefreiung des Patienten – Jahr 2007

<i>Ticketbefreiung des Patienten</i>	<i>Provinz</i>	<i>%</i>
<i>Privat</i>		
<i>Ticketbefreit</i>	214.280	2,8
<i>Nicht ticketbefreit</i>	177.583	2,3
<i>Ticketbefr. zu 50%</i>	10.636	0,1
<i>Teilsomme</i>	<i>402.499</i>	<i>5,3</i>
<i>Öffentlich</i>		
<i>Ticketbefreit</i>	4.635.764	60,9
<i>Nicht ticketbefreit</i>	2.181.479	28,6
<i>Zahlender Privatpat</i>	132.143	1,7
<i>Ticketbefr. zu 50%</i>	263.267	3,5
<i>Teilsomme</i>	<i>7.212.653</i>	<i>94,7</i>
<i>Insgesamt</i>	<i>7.615.152</i>	<i>100,0</i>

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

Da das Ticket an die Einweisung und somit an den Fachbereich gebunden ist, welcher auch in allen nationalen Statistiken eine objektive Aggregation aller Leistungen darstellt, wird die Produktion nach Fachbereich analysiert.

Bei den von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen (Tabelle 30 und Tabelle 31) werden als „fachärztliche Visiten ohne Fachbereich“ alle Erst- und Kontrolluntersuchungen bezeichnet, die keinem bestimmten Fachbereich zugeordnet wurden.

Zusammenfassend sind 60 % der von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen Laboruntersuchungen, 6,2 % Diagnoseleistungen und 31,3 % klinische Leistungen. Die restlichen 2,5 % der Gesamtproduktion wurden keinem Fachbereich zugewiesen.

Hinsichtlich des Tarifbetrags (89.280.836 Euro) werden 30 % den Laboruntersuchungen zugewiesen, gefolgt von 16,5 % für die diagnostische Radiologie.

Tabelle 30: **Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen, nach Fachbereich – Jahr 2007**

Fachbereich	Leistungen	Tarifwert	Ticketbetrag
Anästhesie	11.274	110.109,40	21.796,79
Kardiologie	192.353	5.009.821,70	826.930,09
Allgemeine Chirurgie	161.646	2.045.746,10	737.074,67
Plastische Chirurgie	36.293	566.744,10	86.195,35
Gefäßchirurgie	20.599	390.406,28	104.505,64
Dermatologie	101.715	1.440.516,30	567.412,91
Endokrinologie	13.701	236.474,38	54.421,43
Gastroenterologie	44.086	2.070.864,34	431.431,75
Labor	4.325.420	27.371.975,41	4.602.010,82
Nuklearmedizin	4.847	505.775,70	31.131,82
Nephrologie	62.785	6.051.710,76	22.763,23
Neurochirurgie	8.717	114.323,70	41.013,93
Neurologie	56.692	923.624,22	209.670,11
Augenheilkunde	131.530	1.909.445,66	468.671,62
Zahnheilkunde und Stomatologie	61.941	1.248.918,90	603.909,02
Onkologie	46.224	592.385,78	33.464,47
Orthopädie und Traumatologie	227.892	3.647.161,54	1.194.797,91
Geburtshilfe und Gynäkologie	190.003	3.839.467,80	958.921,40
HNO	106.819	1.543.941,26	508.200,72
Pneumologie	42.514	929.179,74	189.208,23
Psychiatrie	76.781	1.220.628,80	146.887,02
Röntgendiagnostik	446.602	14.747.700,18	3.101.363,53
Strahlentherapie	25.822	1.178.804,90	532,60
Rehabilitation	588.759	7.234.590,35	818.352,68
Urologie	46.239	1.254.189,90	214.809,92
Fachärztl. Leistungen o. Fachbereich	127.163	2.139.789,30	380.119,80
Sonstige	54.236	956.539,40	481.545,27
Insgesamt	7.212.653	89.280.835,90	16.837.142,73

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

**ÖFFENTLICHE
EINRICHTUNGEN: ANZAHL
DER LEISTUNGEN,
TARIFBETRAG UND
TICKETBETRAG NACH
FACHBEREICH**

Bei der Untersuchung der Verteilung der Leistungen nach Geschlecht (Tabelle 31) ergibt sich, dass mehr Leistungen zugunsten der Frauen erbracht wurden (55,3%). Fachbereiche, in denen die meisten Leistungen für beide Geschlechter erbracht wurden, sind die Laboruntersuchungen, die Rehabilitation und die diagnostische Radiologie.

Innerhalb des Fachbereichs Rehabilitation wird am häufigsten die Leistung „Individuelle Heilgymnastik bei segmentaler Behinderung“ erbracht (22,7%), gefolgt von der „segmentalen Massage“ (12,4%). Beide Leistungen wurden bei mehr Frauen als Männern durchgeführt (jeweils 53% bzw. 74%).

Im Rahmen der für die Frauen erbrachten Leistungen sind die der Geburtshilfe und Gynäkologie hervorzuheben (5%); die Männer hingegen nehmen die Leistungen der Fachbereiche Orthopädie (3,8%), Kardiologie (3,3%), Chirurgie (3,0%) und Urologie (1,2%) besonders in Anspruch.

Tabelle 31: Von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen, nach Geschlecht und Fachbereich – Jahr 2007

Fachbereich	Leistungen				
	Frauen	% Frauen	Männer	% Männer	Insgesamt
Anästhesie	6.831	0,2	4.443	0,1	11.274
Kardiologie	90.739	2,4	101.614	3,3	192.353
Allgemeine Chirurgie	69.732	1,8	91.914	3,0	161.646
Plastische Chirurgie	14.812	0,4	21.481	0,7	36.293
Gefäßchirurgie	12.330	0,3	8.269	0,3	20.599
Dermatologie	54.631	1,4	47.084	1,5	101.715
Endokrinologie	8.424	0,2	5.277	0,2	13.701
Gastroenterologie	22.445	0,6	21.641	0,7	44.086
Labor	2.185.926	57,9	1.752.311	57,4	3.938.237
Nuklearmedizin	3.228	0,1	1.619	0,1	4.847
Nephrologie	26.251	0,7	36.534	1,2	62.785
Neurochirurgie	3.324	0,1	5.393	0,2	8.717
Neurologie	31.907	0,8	24.785	0,8	56.692
Augenheilkunde	69.329	1,8	62.201	2,0	131.530
Zahnheilkunde und Stomatologie	31.468	0,8	30.473	1,0	61.941
Onkologie	28.297	0,8	17.927	0,6	46.224
Orthopädie und Traumatologie	110.544	2,9	117.348	3,8	227.892
Geburtshilfe und Gynäkologie	187.336	5,0	2.667*	0,1	190.003
HNO	50.900	1,3	55.919	1,8	106.819
Pneumologie	17.460	0,5	25.054	0,8	42.514
Psychiatrie	42.564	1,1	34.217	1,1	76.781
Röntgendiagnostik	251.092	6,7	195.510	6,4	446.602
Strahlentherapie	15.951	0,4	9.871	0,3	25.822
Rehabilitation	329.779	8,7	258.980	8,5	588.759
Urologie	9.692	0,3	36.547	1,2	46.239
Fachärztl. Leistungen o. Fachbereich	64.608	1,7	62.421	2,0	127.029
Sonstige	32.890	0,9	21.480	0,7	54.370
Insgesamt	3.772.490	100,0	3.052.980	100,0	6.825.470**

* Andrologische Untersuchungen

** Es wurden 87.183 Leistungen ausgeschlossen, für die die Geschlechtangabe fehlte

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

In Bezug auf die von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen stehen die Fachbereiche Laboruntersuchungen (53,2%) und Rehabilitation (35,3%) an erster Stelle, auch wenn in puncto Tarifbetrag der Leistungen die Nephrologie (29,4%), die diagnostische Radiologie (21,8%) und die Rehabilitation (20,6%) deutlich überwiegen.

PRIVATE EINRICHTUNGEN:
ANZAHL DER
LEISTUNGEN, TARIFBE-
TRAG UND TICKETBETRAG
NACH FACHBEREICH

Tabelle 32: Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen, nach Fachbereich – Jahr 2007

Fachbereich	Leistungen	Tarifwert	Ticketbetrag
Anästhesie	5.338	440.918,80	15.183,03
Kardiologie	1.173	37.095,70	13.395,79
Gastroenterologie	889	59.245,60	18.057,05
Labor	214.315	771.314,30	351.979,72
Nephrologie	7.770	1.825.950,00	–
HNO	2.010	32.807,70	11.057,38
Röntgendiagnostik	20.863	1.353.524,00	267.878,93
Rehabilitation	142.149	1.277.419,78	149.762,81
Sonstige	7.992	410.725,90	95.827,17
Insgesamt	402.499	6.209.001,78	923.141,88

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

Der Tarifwert der konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen betrug 6.209.001,78 Euro. Zieht man von diesem Betrag die vom Patient als Ticket getragenen Kosten ab (923.141,88 Euro), erhält man den Betrag, den der Sanitätsbetrieb den privaten Einrichtungen bzw. den konventionierten Freiberuflern rückerstatten muss; 2007 entsprach dieser Betrag 5.285.859,90 Euro.

Tabelle 33: **Von den privaten Einrichtungen und Freiberuflern erbrachte Leistungen, Tarifwert, Ticketbetrag und Nettobetrag – Jahr 2007**

Konventionierter Gesundheitsbezirk	Akkreditierter Fachbereich	Leistungen	Tarifwert	Ticketbetrag	Nettobetrag
Drusus-Labor	Labor	66.706	255.418,30	106.900,28	148.518,02
Eisack-Sabin-Labor	Labor	28.528	97.697,80	24.724,09	72.973,71
Marienlabor	Labor	94.651	324.330,70	170.858,37	153.472,33
Privatklinik Bonvicini	Röntgenaufnahmen und Kernspinresonanz	13.964	1.101.588,20	194.888,35	906.699,85
Fisiocenter	Rehabilitation	35.410	270.013,23	30.463,26	239.549,97
Mayr Rudi	Rehabilitation	18.477	157.750,25	19.355,59	138.394,66
Studio Cadamuro	Rehabilitation	17.181	160.557,41	17.507,33	143.050,08
Lo Faro Marina	Rehabilitation	1.298	14.366,00	2.277,44	12.088,56
Cure fisiche Gries	Rehabilitation	16.182	154.381,05	20.609,95	133.771,10
Europa Center	Rehabilitation	9.368	83.798,12	14.429,83	69.368,29
PK Villa Melitta *	Rehabilitation und HNO	44.233	436.553,72	45.119,41	391.434,31
Dr. Paolo Pellegrini	HNO	2.010	32.807,70	11.057,38	21.750,32
Sauerstoffzentrum Bozen	Sauerstofftherapien	5.338	440.918,80	15.183,03	425.735,77
Dialysezentrum Bozen	Hämodialyse	7.894	1.826.272,40	0,00	1.826.272,40
Privatklinik Villa St. Anna	Röntgendiagnostik und CT, Laboruntersuchungen, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie	30.633	392.896,90	134.162,12	258.734,78
Privatklinik Martinsbrunn	Rehabilitation, Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen u. Kardiologie	2.634	48.925,30	19.778,28	29.147,02
Dr. Regele Max	Sportmedizin	7.992	410.725,90	95.827,17	314.898,73
Insgesamt		402.499	6.209.001,78	923.141,88	5.285.859,90

* Die Konvention für HNO ist seit dem 01.01.2007 geschlossen

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

Bei den öffentlichen Einrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen wird eine Unterscheidung zwischen rein fachärztlichen Leistungen und fachärztlichen Erste-Hilfe-Leistungen vorgenommen, auf die kein Aufenthalt folgte. 12,6 % aller Leistungen wurden in der Ersten Hilfe erbracht, ein auch in Bezug auf die diesbezüglichen Tarifwerte fast immer konstanter Prozentsatz.

Tabelle 34: **Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen, unterteilt in Erste-Hilfe- und Nicht-Erste-Hilfe-Leistungen – Anno 2007**

Art der Leistung	Leistungen	% Provinz	Tarifwert	% Provinz	Ticketbetrag	% Provinz
Fachärztlich ohne EH	6.305.385	87,4%	78.500.639,42	87,9%	14.469.764,19	85,9%
Erste Hilfe (EH)	907.268	12,6%	10.780.196,48	12,1%	2.367.378,54	14,1%
Provinz	7.212.653	100,0%	89.280.835,90	100,0%	16.837.142,73	100,0%

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv

**WARTEZEITEN FÜR
FACHÄRZTLICHE
AMBULANTE LEISTUNGEN**

Dem Management und der Kontrolle der Wartezeiten für die angebotenen fachärztlichen ambulanten Leistungen wurde in den letzten Jahren immer mehr Bedeutung beigemessen wurde, und zwar nicht nur auf gesamtstaatlicher Ebene (Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 19. Mai 1995 über die Dienstcharta und kürzlicher Nationalplan zur Verkürzung der Wartezeiten, verabschiedet beim Einverständnis Staat-Regionen am 28. März 2006), sondern auch auf Landesebene.

Der Beschluss Nr. 2360 der Landesregierung vom 09.07.2007 „Genehmigung des Landesplans zur Verkürzung der Wartezeiten für fachärztliche Leistungen für den Dreijahreszeitraum 2007-2009“ legt – gemäß den Vorschriften des genannten Nationalen Plans – ein Verzeichnis an Leistungen fest, für welche eine vorrangige Verpflichtung besteht, eine Verkürzung der Wartezeiten vorzunehmen und die Transparenz gegenüber den Versorgungsberechtigten bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu gewährleisten.

Es handelt sich um zirka 70 fachärztliche ambulante Leistungen:

1. in spezifischen kritischen Bereichen des Versorgungsbedarfs, für welche eine durch ein hohes Angemessenheitsniveau geprägte Inanspruchnahme voraussehbar ist (Bereich der aufschiebbaren Dringlichkeiten, Onkologie, Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten);
2. erste fachärztliche Untersuchungen in Fachbereichen, die durch eine starke Nachfrage nach Versorgung geprägt sind;
3. Leistungen in hochtechnologischen Bereichen;
4. Leistungen in Bereichen mit starken Unterschieden im Hinblick auf die Inanspruchnahme in den verschiedenen regionalen Einrichtungen

Für einige der wichtigsten Leistungen sind in der Tabelle 35 die maximalen Wartezeiten laut dem Plan zur Verkürzung der Wartezeiten sowie die entsprechende im Land zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (zum 30. Oktober und zum 30. Dezember 2007) erfasste Wartezeit in Tagen angeführt.

Im Hinblick auf die restlichen im Landesplan zur Einschränkung der Wartezeiten vorgesehenen Leistungen sowie für detaillierte Angaben zu den einzelnen Bezirken wird auf die zusätzlichen in der beiliegenden CD enthaltenen Tabellen verwiesen.

Tabelle 35: Vom Landesplan zur Einschränkung der Wartezeiten für die wichtigsten fachärztlichen Leistungen vorgesehene Wartezeiten und entspr. Max.- und Min.-Wartetage, die in der Provinz in den Monaten Oktober und Dezember ermittelt wurden – Jahr 2007

Leistung	Kodex ICD9-CM	Nomenklatur-Kodex	Max.-Wartezeiten im Plan	Min.	Max.
A - ONKOLOGIE					
Onkologische Untersuchung	89.7	89.7	10	2	7
Vorbehandlungs-Strahlentherapie-Untersuchung	89.03	89.7	15	2	15
Strahlentherapie:					
Mammographie	87.37	87.31.1 87.32.2	10	0 0	22 10
CT mit und ohne Kontrastmittel :					
Brustkorb	87.41	87.41 87.41.1	15	1 5	22 5
Oberes Abdomen	88.01	88.01.2 88.01.1	15	1 5	30 5
Unteres Abdomen	88.01	88.01.4 88.01.3	15	1 5	30 5
Abdomen komplett	88.01	88.01.6 88.01.5	15	1	30
MR:					
Hirn und Hirnstamm	88.91	88.91.1 88.91.2	15	0 1	56 3
Becken, Prostata und Harnblase	88.95	88.95.4 88.95.5	15	0 1	54 3
Echographie:					
Abdomen	88.74 88.75 88.76	88.74.1 88.75.1 88.76.1	10	0 0 0	7 7 0
Brust	88.73	88.73.2	10	0	15
C - MUTTER-KIND-BEREICH					
Gynäkologische Untersuchung	V72.3	89.26	60	1	64
Echographie:					
Geburtshilflich	88.78	88.78	60	6	50
Gynäkologisch	88.79	88.78.2		40	64
E - WICHTIGSTE FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN					
Dermatologische Untersuchung	89.70	89.70	60	30	62
Augenuntersuchung	95.00	95.02	60	21	111
HNO-Untersuchung	89.70	89.70	60	20	60
Orthopädische Untersuchung	89.70	89.70	60	14	85
Urologische Untersuchung	89.70	89.70	60	0	90
Psychiatrisches Gespräch	94.10	94.19.1	60	2	49
Stomatologische Untersuchung	89.07	89.07	90	5	94
Hämatologische Untersuchung	89.07	89.07	60	8	15
Nephrologische Untersuchung	89.07	89.07	60	2	14
Hypertonie-Untersuchung	89.07	89.07	60	1	47
Diätologische Untersuchung	89.07	89.07	60	10	73
Rheumatologische Untersuchung	89.07	89.07	60	14	90
F - SONSTIGE LEISTUNGEN					
Ambulanzleistungen:					
Röntgenschädelaufnahme	87.00	87.17.1	30	0	10
Röntgenthoraxaufnahme	87.44	87.44.1	30	0	1
Kontrasteinlauf oder Doppelkontrasteinlauf	87.64	87.65.1 87.65.2	30	0 0	11 8
Röntgenaufnahme des Darmtrakts, komplett	87.60	87.61	30	2	14
Intravenöse Urographie	87.73	87.73	50	1	11

Leistung	Kodex ICD9-CM	Nomenklatur-Kodex	Max.-Wartezeiten im Plan	Min.	Max.
Röntgenaufnahme von Skelett und Gelenken	87.2	87.22 - 87.24	30	0	10
	88.2	87.29		0	10
	88.3	88.21 - 88.23		0	10
		88.26 - 88.28		0	10
		88.29.1		0	10
		88.29.2		0	10
		88.31		0	10
Röntgenaufnahme des Abdomens	88.0 - 88.1	88.19	30	0	10
Gastroenterologie:					
Gastroenterologische Untersuchung	89.70	89.70	60	20	51
Pneumologie:					
Pneumologische Untersuchung	89.70	89.70	60	6	40
Rehabilitation:					
1. Rehabilitationsuntersuchung	89.70	89.70	90	25	79
respiratorisch	57.0	93.18	30	2	34
motorisch	57.1	93.11.1	120	25	120
		93.11.2		25	660
		93.11.3		25	660
		93.11.4		25	730
		93.11.5		25	300
Logopädie	57.3	93.72.1 93.72.2	90	37 210	308 210
Orthoptik	57.4	93.78.1 93.78.2 93.02	90	11 30 14	31 31 15
Endokrinologie:					
Endokrinologische Untersuchung	89.70	89.70	60	6	62

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb, Amt für Krankenhäuser

2.4.2. Fachärztliche Mobilität

Dieses Kapitel behandelt die im Rahmen der überregionalen ambulanten fachärztlichen Mobilität und in Österreich erbrachten Leistungen.

2.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität

In diesem Abschnitt werden die ambulanten fachärztlichen Leistungen untersucht, welche die Landeseinrichtungen zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern erbracht haben, sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtirolern erbracht haben. Im ersten Fall handelt es sich um aktive Mobilität, der eine Forderung der Provinz Bozen gegenüber den anderen italienischen Regionen entspricht, während es sich im zweiten Fall um passive Mobilität handelt, die zu einer Verbindlichkeit gegenüber anderen Regionen führt. Die Leistungen zugunsten der Nichtansässigen wurden direkt mittels Erhebungsverfahren für die ambulanten fachärztlichen Leistungen (SPA) erfasst.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die ausgewerteten Mobilitätsdaten jene sind, die von den einzelnen Regionen und Provinzen für die Leistungen zugunsten nicht ansässiger Patienten gemeldet wurden und von den tatsächlich von den übrigen Regionen im Rahmen der Kompensation der Mobilität im Gesundheitswesen anerkannten Leistungen abweichen können.

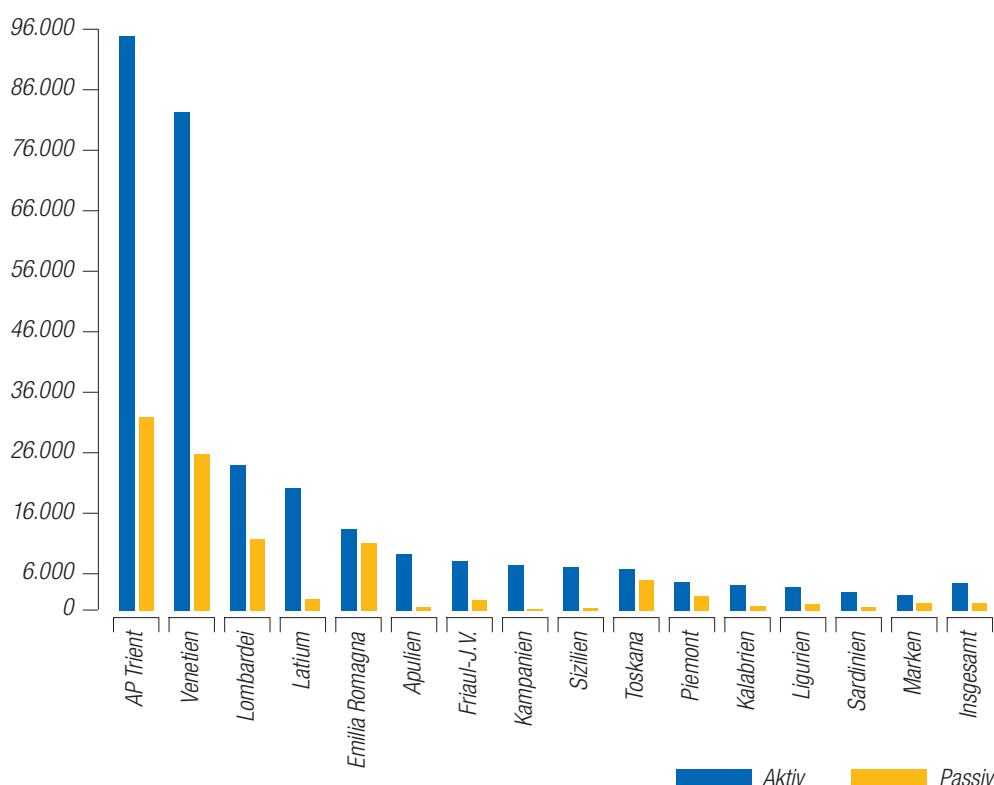
In Bezug auf die Leistungen des Jahres 2007 weist das Land einen positiven Saldo auf (198.660 Leistungen), d.h. mit mehr zugunsten von Nichtansässigen erbrachten Leistungen, als sie die eigenen Einwohner gegenüber der Wohnbevölkerung in anderen Regionen Italiens erhielten. Auch in punkto Geld ist der Saldo positiv und beträgt 1.296.927,78 Euro.

Tabelle 36: **Überregionale aktive und passive Mobilität: ambulante fachärztliche Leistungen und entspr. Tarifwerte, absolute Werte und Werte pro 100 Einwohner – Jahr 2007**

	Absolute Werte			Werte pro 100 Einwohner		
	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
Leistungen	296.316	97.656	198.660	61,3	20,2	41,1
Beträge	3.373.760,99	2.076.833,21	1.296.927,78	698,48	429,97	268,51

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Abbildung 12: **Ambulante fachärztliche Leistungen nach Wohnsitz-Region des Patienten, aktive und passive Mobilität – Jahr 2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb und Amt für Gesundheitsökonomie, APB – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

31,9 % der gesamten aktiven Mobilität betreffen die für die Wohnbevölkerung in der Autonomen Provinz Trient erbrachten Leistungen, davon wurden 84,3 % vom Sprengel Bozen erbracht. 27,7 % der Leistungen wurden für Bürger der Region Veneto erbracht, und zwar vor allem vom Sprengel Bruneck (72 % aller für Einwohner des Veneto erbrachter Leistungen).

Zu den am häufigsten erbrachten Leistungen gehören die allgemeine fachärztliche Visite (11,3 %) und die Kontrollvisite (5,6 %) sowie die herkömmlichsten Laboruntersuchungen (Blutentnahme 3,9 %, Hämochrom 2,9 %). Auch die Röntgenaufnahmen stellen mit 7,7 % der erbrachten Leistungen einen hohen Anteil dar (Röntgenaufnahmen von Oberschenkel/ Bein 1,4 % und Röntgenaufnahmen von Handgelenk/Hand 1,1 %).

In Bezug auf die passive Mobilität ist eine starke Inanspruchnahme der Autonomen Provinz Trient (32,5 %) und der Region Veneto zu verzeichnen (26,4 %) sowie in geringerem Maße der Lombardei und der Emilia Romagna mit jeweils 12,1 % bzw. 11,4 % der insgesamt für Südtiroler Bürger erbrachten Leistungen.

**SALDO DER TARIFWERTE
DER AKTIVEN UND
PASSIVEN MOBILITÄT**

**AKTIVE UND PASSIVE
MOBILITÄT: REGIONALE
VERTEILUNG**

Wie bei der aktiven Mobilität betreffen die am häufigsten erbrachten Leistungen die fachärztlichen Visiten (10 %), die Kontrollvisiten (4,8 %) sowie die Laboruntersuchungen. Besonders zu erwähnen sind die „Teletherapie mit Beschleuniger“ mit einem Anteil von 4,6 % aller im Trentino angeforderten Leistungen sowie die „Entnahme und Konservierung von DNA oder RNA“ mit einem Anteil von 3,4 % an allen im Veneto angeforderten Leistungen.

2.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen

Jene Leistungen, die nicht von den Landesdiensten gewährleistet werden können, werden – auf der Grundlage von Konventionen zwischen Südtirol und den österreichischen Organen – von Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern in Österreich erbracht.

Für die ambulante fachärztliche Versorgung ist Südtirol mit den folgenden österreichischen Einrichtungen konventioniert:

- Universitätsklinik Innsbruck
- Institut für Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Bakteriologie und Serologie der Universität Innsbruck
- Institut für Hygiene der Universität Innsbruck
- Institut für Medizinische Chemie und Biochemie der Universität Innsbruck
- Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Genetische Beratung und Untersuchung der Universität Innsbruck
- Krankenhaus Hochzirl
- Krankenhaus Salzburg

Die von der Universitätsklinik Innsbruck erbrachten Leistungen werden vorwiegend von Patienten in Anspruch genommen, die sich direkt an die Abteilungen der besagten Einrichtung wenden.

Die von den verschiedenen Instituten der Universität Innsbruck erbrachten Leistungen beziehen sich ausschließlich auf Laboruntersuchungen, die von den Krankenhausabteilungen (sowohl von Landeskrankenhäusern als auch österreichischen Krankenhäusern, in die der einzelne Patient eingeliefert wurde oder an die er sich gewendet hat) angefordert wurden.

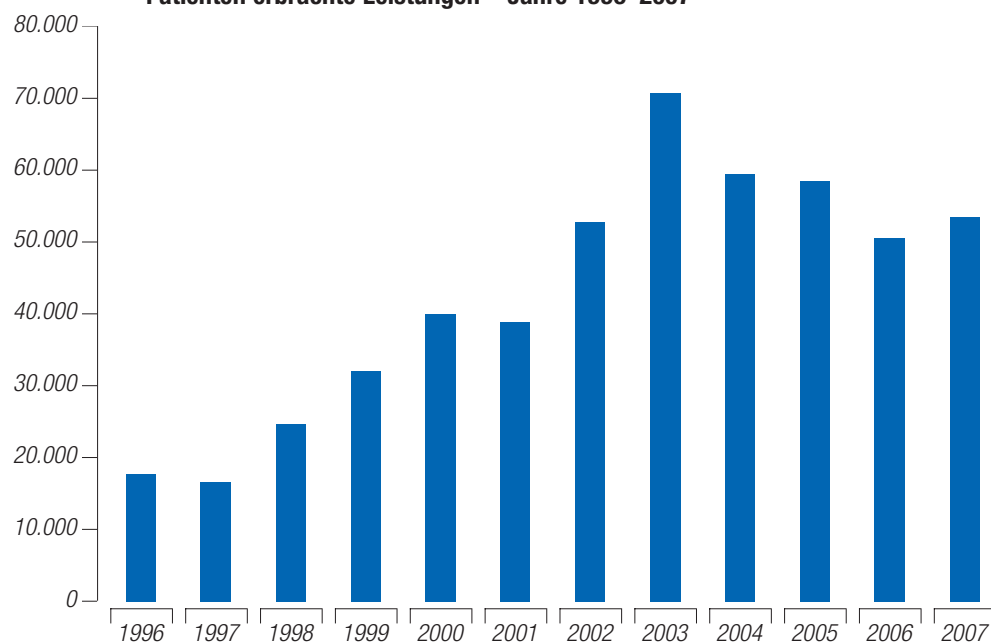
IN ÖSTERREICH ERBRACHTE LEISTUNGEN UND BETRÄGE

Tabelle 37: Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen, entspr. Tarif- und durchschnittliche Werte nach leistungserbringender Einrichtung – Jahr 2007

Leistungserbringende Einrichtung in Österreich	Leistungen	Tarifwert	Durchschn. Tarif
Universitätsklinik Innsbruck	51.606	1.352.255,06	26,20
Institute der Universität Innsbruck	1.143	26.371,10	23,07
Krankenhaus Salzburg	23	528,21	22,97
Krankenhaus Hochzirl	274	40.404,10	147,46
Insgesamt	53.046	1.419.558,47	26,76

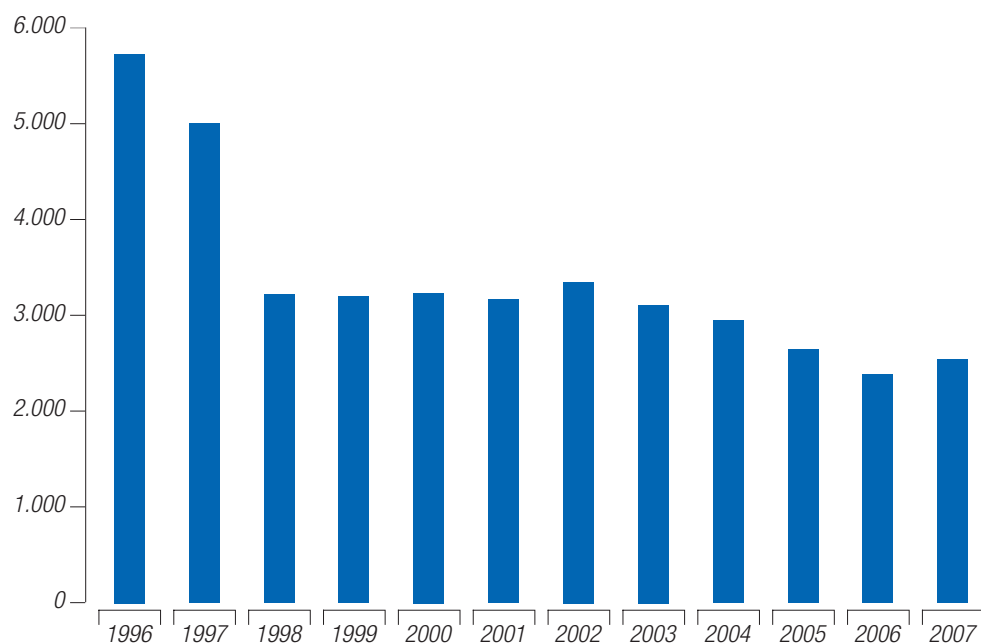
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Abbildung 13: **Trend der von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen – Jahre 1996–2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Abbildung 14: **Anzahl der Patienten, die sich an österreichische Einrichtungen gewendet haben – Jahre 1996–2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Festzustellen ist (Abbildung 13), dass die von den österreichischen Einrichtungen für Südtiroler Patienten erbrachten Leistungen bis zum Jahr 2003 angestiegen und dann in den darauffolgenden Jahren erneut zurückgegangen sind, während sich die Anzahl der Patienten, die sich an die österreichischen Einrichtungen wandten in den letzten Jahren konstant gesunken ist; nur im Jahr 2007 ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 14).

**ERBRACHTE UND
VERBRAUCHTE
LEISTUNGEN**
**PROZENTANTEILE
DER MOBILITÄT**
**VON ANSÄSSIGEN IN
ANSPRUCH GENOMMENE
LEISTUNGEN**

2.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt

In den folgenden Analysen wurden die im Jahr 2007 erbrachten Leistungen und die entsprechenden Beträge nach leistungserbringender Einrichtung und Wohnsitz des Patienten getrennt. Aus Tabelle 39, welche die Prozentanteile der Mobilität enthält, geht eine allgemein hohe aktive Mobilität in Bezug auf die für die anderen Regionen Italiens erbrachten Leistungen hervor. Das Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch (entsprechend 103,5) zeigt, dass das Land mehr Leistungen produziert als es verbraucht.

Tabelle 38: Ambulante fachärztliche Leistungen nach leistungserbringender Einrichtung und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2007

Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten			Insgesamt
	Provinz	Übriges Italien	Ausland	
Provinz	7.205.741	296.316	113.002	7.615.059
Übriges Italien	97.656			
Österreich	53.046			
Insgesamt	7.356.443			

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Tabelle 39: Prozentanteile der Mobilität der von den Landeseinrichtungen erbrachten Leistungen, nach Wohnsitz des Patienten – Jahr 2007

	Provinz
Aktive Mobilität (an der Produktion)	
vom Übrigen Italien	3,9
vom Ausland	1,5
Produzierte Leistungen insgesamt	5,4
Passive Mobilität (am Verbrauch von Leistungen seitens Ansässiger)	
in Richtung übriges Italien	1,3
in Richtung Österreich	0,7
Verbrauchte Leistungen insgesamt	2,0
Produzierte Leistungen an verbrauchten Leistungen (pro 100)	103,5

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

2.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Südtiroler

Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den von den Ansässigen angeforderten (und überall erbrachten) Leistungen und der Wohnbevölkerung. Dieses Phänomen nimmt eine besondere Bedeutung für den Landesgesundheitsdienst ein, da daran (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten des Landes bemessen wird.

Tabelle 40: Inanspruchnahme von Leistungen durch Südtiroler nach Leistungserbringer – Jahr 2007

Leistungserbringer	Leistungen an Südtiroler Ansässigen	% insgesamt
Provinz	7.205.741	98,0
Übriges Italien	97.656	1,3
Österreich	53.046	0,7
Insgesamt	7.356.443	100,0

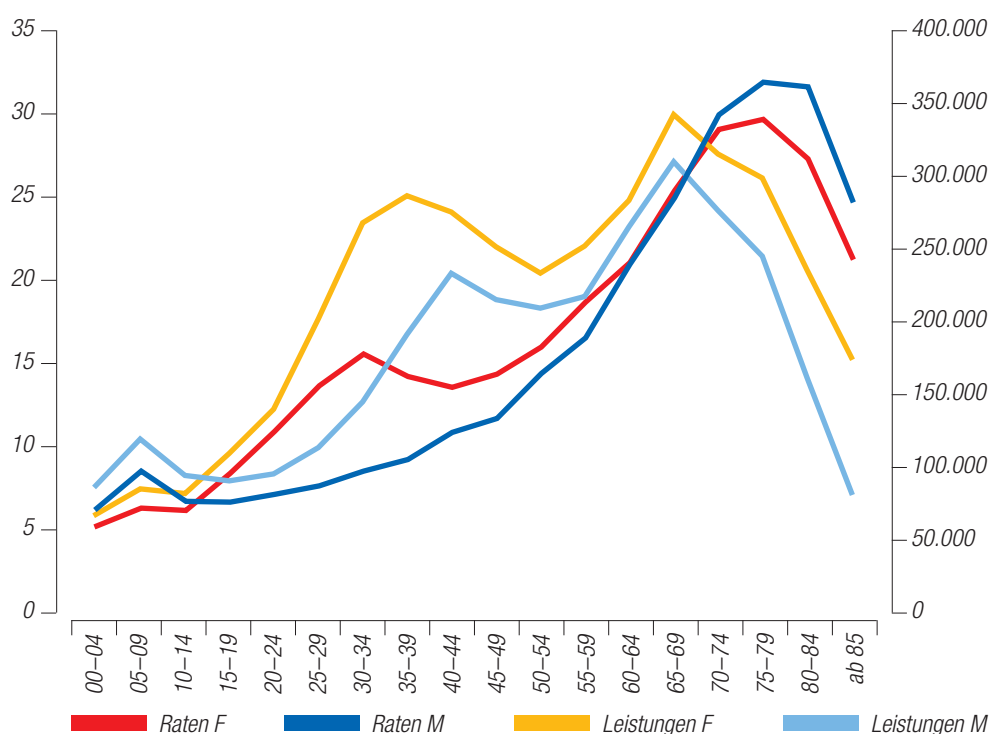
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Von den 7.356.443 von ansässigen Südtirolern angeforderten Leistungen wurden 98 % in der Provinz erbracht.

Pro Südtiroler werden 14,2 fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen.

Die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen nach Altersklasse und Geschlecht ist in der Abbildung 15 wiedergegeben. Die graphische Darstellung des Ressourcenverbrauchs zeigt einen Verlauf, der jenen der gesamten Verteilung widerspiegelt, außer für die extremen Altersklassen, wo ein Umkehrtrend zwischen den Geschlechtern ersichtlich wird: Zu bemerken ist, dass die Männer sowohl unter 15 Jahren als auch über 70 Jahren mehr Leistungen als die Frauen in Anspruch nehmen. In der Altersklasse zwischen 5 und 9 Jahren ist ein leichter Anstieg der Leistungen vor allem für die männliche Bevölkerung zu verzeichnen. Die Leistungen betreffen überwiegend logopädische und ergotherapeutische Behandlungen, die bei den Männern deutlich über denen der Frauen liegen (22 % gegenüber 11 % der gesamten Leistungen in dieser Altersklasse). Für die männliche Bevölkerung dieser Altersklasse werden zudem mehr fachärztliche Visiten und radiologische Leistungen sowie Leistungen im Zusammenhang mit eventuellen Traumata erbracht. Festzustellen ist außerdem, dass 55,81 % der gesamten Nachfrage nach Leistungen den Frauen zuzuschreiben sind. Ihr Verbrauch an Leistungen ist in der Altersklasse zwischen 30 und 44 Jahren besonders hoch, wo die gynäkologischen Leistungen und die Laboruntersuchungen überwiegen. Was hingegen den Leistungsverbrauch ohne Unterscheidung nach Geschlechtern angeht, ist zu bemerken, dass 40,5 % der gesamten Leistungen von den Versorgungsberechtigten im Alter zwischen 55 und 79 Jahren in Anspruch genommen werden.

Abbildung 15: **Verteilung der Anzahl der von den Einwohnern Südtirols (überall) angeforderten Leistungen und Raten der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

2.5. STATIONÄRE REHABILITATION

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Diese Einrichtung erbringt gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78, konventioniert mit den Gesundheitssprengeln des Landes, Rehabilitationsleistungen in der postakuten Versorgung und bei chronischen Krankheiten in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nichtpflegebedürftige Patienten; Pflegefälle oder Fälle mit genereller Beeinträchtigung werden im Rahmen von Rehabilitationsprogrammen anderer Versorgungsformen behandelt.

Das Reha-Zentrum nimmt gemäß Art. 26 Patienten mit Kardiopathien, Krankheiten der Atemwege, onkologischen Krankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Nervensystems auf.

Die Patienten erhalten mit einer vom Wohnsitzgesundheitsprengel ausgestellten Einweisung aufgrund eines nachweisbaren Antrags eines Krankenhausarztes des Gesundheitsdienstes Zugang zu diesen Einrichtungen. In der Einweisung werden die Diagnose und die genehmigte Aufenthaltszeit angegeben. Das Rehabilitationszentrum überprüft die Einweisung, nimmt den Patient in die stationäre Behandlung auf und sendet dem Herkunftsgesundheitsprengel einen detaillierten und individuellen Rehabilitationsplan mit den Leistungen und der vorgesehenen Aufenthaltsdauer.

Neben dem Salus Center ist auf dem Landesgebiet auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart tätig. Es handelt sich um eine öffentliche Einrichtung des Gesundheitsbezirks Brixen, die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 471 vom 21.02.2001 (Genehmigung des Projekts zur Einrichtung des Rehabilitationszentrums für Alkoholabhängige Bad Bachgart in Rodeneck) gegründet und durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 3281 vom 16.09.2002 erweitert wurde, mit welchem die Vergrößerung durch die Einrichtung der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie laut Landestherapieplan genehmigt wurde. Dies ist das einzige Fachzentrum des Landes, das Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen aufnimmt und Behandlungen sowie intensive Leistungen für einen langfristigen Zeitraum garantiert.

2.5.1. Salus Center

Im „Salus Center“ werden Patienten mit onkologischen, neurologischen, pneumologischen oder kardiologischen und das Muskel-Skelett-System betreffende Krankheiten behandelt. 110 Betten standen für diese konventionierte Art von Rehabilitation im Jahr 2007 zur Verfügung (davon 4 für Tagesklinik-Aufenthalte).

Die Rehabilitation der Patienten mit neurologischen, pneumologischen, onkologischen und das Muskel-Skelett-System betreffende Krankheiten besteht in einer anfänglichen Bewertung, Pharmakotherapie, einem individuellen Rehabilitationsprogramm, in der Überwachung des Patienten und in der Schlussbewertung der erzielten Ergebnisse mit Schlussbericht.

Zum Rehabilitationszyklus zählen individuelle oder Gruppen-Bewegungstherapie, Massagen, manuelle und instrumentelle Lymphdrainage, Aerobic-Training, Bewegungstherapie im Wasser, Physiotherapie, psychologischer Beistand (einzeln oder in der Gruppe), Akupunktur, Entspannungstherapie in der Gruppe, Diättherapie und sonstige Leistungen.

Die Rehabilitationsleistungen für kardiologische Patienten umfassen:

- kardiologische Fachbewertung beim Eingang des Patienten;
- Test unter maximaler Belastung mit Fahrradergometer mit Bewertung der Höchstleistung, der induzierbaren Ischämie, der Rhythmusstabilität und des Herzdruck- und -frequenzverhaltens unter Belastung;
- Erarbeitung eines individuellen Rehabilitationsprogramms;
- Gymnastik in kleinen, leistungshomogenen Gruppen;
- Gesundheitserziehung;
- psychologischer Beistand (sowohl individuell als auch in der Gruppe) zu spezifischen Problemen;
- Schlussgespräch mit Festlegung der zu empfehlenden Bewegung und Eignung zur Arbeit (bei der Entlassung).

Das im Rehabilitationszentrum dienstleistende Personal setzt sich aus verschiedenen Berufsbildern zusammen: Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger und Rehabilitationsphysiotherapeuten. Das „Salus Center“ kann bei Bedarf auf die onkologische und rheumatologische Beratung seitens der Mitarbeiter der Abteilung Onkologie und Medizin II des Krankenhauses Bozen sowie auf die chirurgische Beratung seitens der Mitarbeiter der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Meran zurückgreifen.

Alle medizinisch-rehabilitativen Leistungen zugunsten der pneumologischen Patienten fallen in den Kompetenzbereich des Dienstes für Pneumologie von Bozen, während für die medizinisch-rehabilitativen Leistungen für die kardiologischen Patienten die Mitarbeiter der Abteilung Kardiologie des Krankenhauses Bozen zuständig sind.

Das Ärzteteam der Abteilung Kardiologie des Krankenhauses Bozen greift bei Bedarf auch ein, um den Patient in das Krankenhaus zu verlegen oder um den Einsatz oder die Beratung eines anderen Facharztes, eines Nicht-Kardiologen, anzufordern.

2.5.1.1. Versorgungstätigkeit

2007 gab es insgesamt 2.288 Einweisungen, was einer Steigerung von 26,2% im Vergleich zum Jahr 2006 entspricht. Diese Erhöhung ist darauf zurückzuführen, dass das Salus Center seit dem 01.11.2006 auch über eine Abteilung für kardiologische Rehabilitation verfügt. Das Salus Center nimmt nur Patienten auf, die in unserem Land wohnhaft sind. Von den 2.288 Aufnahmen betreffen 56,9% weibliche Patientinnen. 3,5% der Aufnahmen betreffen Tagesklinik-Aufenthalte.

2007 wurden vorwiegend Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems (62,0% aller Aufnahmen im Reha-Zentrum) durchgeführt.

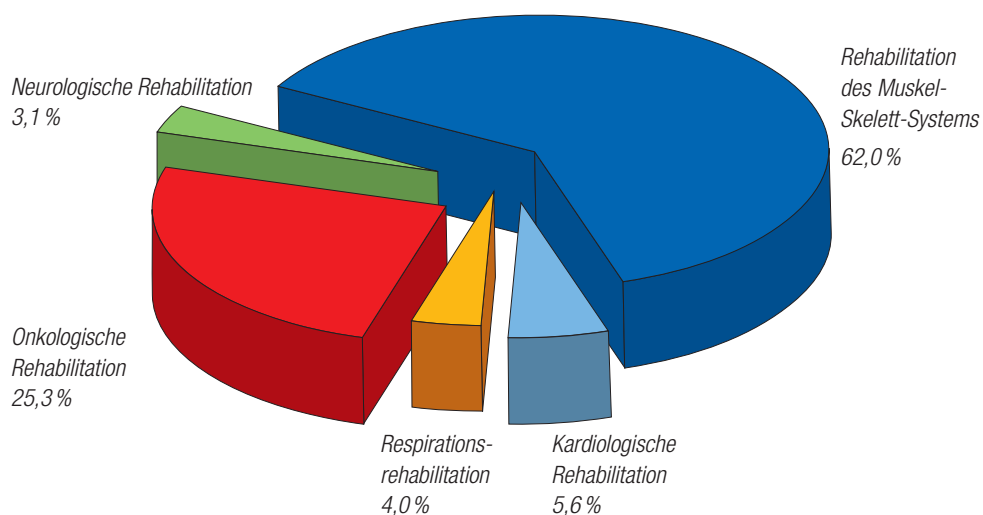
PERSONAL

Tabelle 41: Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach Geschlecht, Art des Aufenthalts und Rehabilitation – Jahr 2007

Abteilung/Art der Rehabilitation	Männer			Frauen			Aufenthalte insgesamt (Männer + Frauen)
	Ordentlich	TK	Ins-gesamt	Ordentlich	TK	Ins-gesamt	
Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems	428	15	443	960	16	976	1.419
Kardiologische Rehabilitation	374	38	412	161	7	168	580
Respirationsrehabilitation	76	–	76	52	–	52	128
Onkologische Rehabilitation	22	–	22	68	1	69	91
Neurologische Rehabilitation	31	3	34	35	1	36	70
Insgesamt	931	56	987	1.276	25	1.301	2.288

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Abbildung 16: Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach Art der Rehabilitation – Jahr 2007



Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Die Bewertung in Geldwert anhand der Anwendung des Tarifverzeichnisses der erbrachten Leistungen beläuft sich auf 4.500.815,03 Euro.

Die Inanspruchnahme der Einrichtung seitens der männlichen Bevölkerung betrifft vorwiegend die kardiologische Rehabilitation und die Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems (jeweils 41,7 % bzw. 44,9 % aller Aufnahmen). Was hingegen die Frauen anbelangt, nahmen 75 % Rehabilitationsleistungen für das Muskel-Skelett-System in Anspruch, und ein weit geringerer Anteil die kardiologische Rehabilitation (12,9 %), die onkologische Rehabilitation (5,3 %), die Rehabilitation der Atemwege (4,0 %) sowie die neurologische Rehabilitation (2,8 %).

Bei 19,3 % der Aufnahmen insgesamt im Salus Center gilt die Rehabilitation der Behandlung der „multiplen Arthrose“, gefolgt vom „vorausgegangenen Myokardinfarkt“ (14,4 % der Fälle). Diese beiden Hauptursachen für die Aufnahme stellen 33,7 % aller beim Salus Center erfolgten Aufnahmen zur Rehabilitation dar. Es folgen das „Nacken-Schulter-Hinterkopf-Syndrom“ (5,6 %) sowie die „lokalisierte primäre Arthrose der Hüfte“ (5,4 %). Mit nur zehn Diagnosearten werden zirka 70 % der in der Einrichtung Salus Center behandelten Fälle beschrieben.

Für die männlichen Patienten ist die Hauptursache für die Rehabilitationsaufnahme der vorausgehende Myokardinfarkt (25,6%), gefolgt von der „multiplen Arthrose“ (10,5%) und der Aufnahme wegen „postchirurgischem Zustands nach Bypass-Operation“ (8,7%). Der Hauptaufnahmegrund für die Frauen war „multiple Arthrose“ (26,0%), gefolgt von „Nacken-Schulter-Hinterkopf-Syndrom“ (7,1%) und von „nicht spezifizierter Osteoporose“ (6,3%).

Die unterschiedlichen Entlassungsdiagnosen sind natürlich je nach Abteilung, in der die einzelnen Patienten behandelt werden, mit unterschiedlicher Häufigkeit vertreten.

Für die bei der Abteilung für die Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems behandelten Patienten wird am häufigsten die Diagnose „multiple Arthrose“ (Kode ICD9CM entsprechend 71509) erstellt, mit 104 Aufnahmen von Männern (24,3% der männlichen Patienten) und 334 Aufnahmen von Frauen (34,8% aller weiblichen Patientinnen).

Für die im Bereich Rehabilitation der Atemwege behandelten Patienten ist die häufigste Diagnose sowohl bei Männern als auch bei Frauen die „chronische obstruktive Bronchitis ohne akute Exazerbation“ (Kode 49120) mit jeweils 36 (47,4% aller Aufnahmen von Männern in diesem Rehabilitationsbereich) bzw. 25 Aufnahmen (48,1%).

Tabelle 42: **Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach Geschlecht, primärer Entlassungsdiagnose und Art des Aufenthalts – Jahr 2007**

Kodex ICD9CM	Entlassungsdiagnose	Männer			Frauen			Aufenthalte insgesamt (M + F)	%	% kumul.
		Or-dent-lich	TK	Ins-ge-samt	Or-dent-lich	TK	Ins-ge-samt			
71509	Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen	104	–	104	335	3	338	442	19,3%	19,3%
412	Früherer Myokardinfarkt	226	27	253	73	3	76	329	14,4%	33,7%
7231	Zervikalgie	33	1	34	92	1	93	127	5,6%	39,2%
71515	Primär lokalisierte Arthrose, Hüfte	67	1	68	55	1	56	124	5,4%	44,7%
7242	Lumbalgie	40	1	41	70	4	74	115	5,0%	49,7%
V4581	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	80	6	86	23	1	24	110	4,8%	54,5%
V433	Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln	42	4	46	52	3	55	101	4,4%	58,9%
73300	Nicht spezifizierte Osteoporose	11	–	11	82	–	82	93	4,1%	63,0%
71516	Primär lokalisierte Arthrose, Knie	28	2	30	50	–	50	80	3,5%	66,5%
49120	Chronisch-obstruktive Bronchitis, ohne Angabe akuter Verschlimmerung	36	–	36	25	–	25	61	2,7%	69,1%
72210	Hernia einer Zwischenwirbelscheibe ohne Myelopathie	19	1	20	25	1	26	46	2,0%	71,2%
V4582	Perkutane transluminale Koronarangioplastie	26	1	27	13	–	13	40	1,7%	72,9%
2330	Mammakarzinom in situ	–	–	–	34	–	34	34	1,5%	74,4%
7233	Zervikobrachialsyndrom (verbreitet)	5	–	5	28	–	28	33	1,4%	75,8%
71500	Generelle Arthrose, nicht spezif. Lokalisationen	8	–	8	24	–	24	32	1,4%	77,2%
Sonstige primäre Entlassungsdiagnosen		206	12	218	295	8	303	521	22,8%	
Insgesamt		931	56	987	1.276	25	1.301	2.288		

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Für die männlichen Patienten im Bereich onkologische Rehabilitation ist der Hauptgrund „Magenkarzinom in situ“ (Kode 2302) mit 3 Aufnahmen (13,6 %), während das „Brustkarzinom in situ“ (Kode 2330) der häufigste Grund für die Aufnahme im Bereich onkologische Rehabilitation bei Frauen ist.

Bei der kardiologischen Rehabilitation steht der vorausgehende Myokardinfarkt (Kode 412) mit jeweils 226 bzw. 73 Fällen (60,4 % und 45,3 %) bei beiden Geschlechtern an erster Stelle der Hauptursachen.

Bei der neurologischen Rehabilitation herrscht bei den Männern die Ursache „Erschlaffende Lähmung und nicht spezifizierte Halbseitenlähmung“ (Kode 34200) mit 5 Fällen (16,1 %) vor, während bei den Frauen die Aufnahmeursachen die „Spinalkanalstenose“ (Kode 72402) und die „Multiple Sklerose“ (Kode 340) mit jeweils 5 Fällen (14,3 %) betreffen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei stationärer Behandlung (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) für im Salus Center aufgenommene Patienten entspricht 18,2 Tagen für männliche Patienten und 16,0 Tagen für weibliche Patientinnen. Die in der Tabelle 43 angeführten Daten zeigen Unterschiede in Bezug auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Art der erbrachten Leistung und Geschlecht der Patienten.

Tabelle 43: **Durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte im Salus Center nach Geschlecht und Art der Rehabilitation – Jahr 2007**

Abteilung/Art der Rehabilitation	Männer	Frauen	Insgesamt
Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems	14,7	14,8	14,8
Respirationsrehabilitation	20,4	20,3	20,4
Onkologische Rehabilitation	16,1	15,4	15,6
Kardiologische Rehabilitation	22,1	22,0	22,0
Neurologische Rehabilitation	16,8	17,2	17,0
Insgesamt	18,2	16,0	17,0

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Die Daten nach Abteilung/Art der Rehabilitation, Wohnsitzgesundheitsbezirk und/oder Behandlungs-/Entlassungsdiagnose eingestuftten Aufenthalte sind in der beiliegenden CD-ROM veröffentlichten Tabellen verfügbar.

2.5.2. Bad Bachgart

Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt über 65 Betten und kümmert sich um die stationäre, intensive und umfassende Behandlung verschiedener Abhängigkeitsprobleme und/oder psychischer und psychosomatischer Störungen.

Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten“ wurde 2001 eingeweiht und verfügt über 30 Betten. Dieser Bereich ist der therapeutischen Behandlung von Abhängigkeitsproblemen im Zusammenhang mit Suchtmitteln oder Verhaltensweisen gewidmet. Für eine Dauer von acht Wochen können Patienten mit Problemen in Bezug auf Alkoholsucht oder Arzneimittelabhängigkeit, mehrere Abhängigkeiten und/oder Glücksspielsucht aufgenommen werden. Zur Aufnahme in der Abteilung für Abhängigkeitskrankheiten müssen die im Land wohnhaften Patienten von den territorialen Diensten für Abhängigkeitskrankheiten oder von konventionierten privaten Diensten überwiesen werden.

Die therapeutischen Ziele können wie folgt zusammengefasst werden: Erreichen des Bewusstseins im Hinblick auf das Suchtproblem und die Abstinenz; Wiederherstellung oder Wiedererlangen der physischen und psychischen Effizienz – soweit möglich; Eingreifen

hinsichtlich der Risikofaktoren und der gefährdeten Verhalten; Verbesserung der Lebensqualität durch die Änderung des Lebensstils; Hilfe zur Selbsthilfe durch Self-Management und Motivierung zur Weiterführung der ambulanten Therapie außerhalb der Einrichtung.

Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie“ verfügt über 35 Betten und richtet sich an Patienten mit Essstörungen, Angststörungen, obsessiven kompulsiven Störungen, affektiven Störungen und sonstigen Störungen. Die Dauer der Behandlung dieser Art von Patienten beträgt 6 bis 8 Wochen, wird jedoch den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten angepasst.

Die Patienten dieses Bereichs können von den ambulanten Behandlungsdiensten für Psychosomatik, von den psychologischen Diensten, den psychiatrischen Diensten, den territorialen Diensten für Abhängigkeitskrankheiten oder von konventionierten privaten Diensten sowie von verschiedenen Krankenhausabteilungen, Allgemeinmediziner und Fachärzten für Psychiatrie überwiesen werden.

Die Rehabilitationstätigkeit in diesem Bereich setzt sich folgende Ziele: Unterstützung des Genesungsprozesses durch die Behebung oder Verbesserung körperlicher, psychischer und sozialer Probleme; Stärkung der persönlichen Ressourcen und Energien, um die Krankheit und ihre Folgen zu bewältigen; Erleichterung einer biopsychosozialen Vision des eigenen Problems und/oder der Störung; Eingriff auf die Risikofaktoren und die gefährdeten Verhalten sowie Hilfe zur Selbsthilfe durch das Self-Management.

Auf der Grundlage der Untersuchung des Zustands, der Verhaltensweisen und der Ziele jedes Patienten wird ein individuelles Therapieprojekt erstellt. Anhand von Eingliederungsgesprächen werden den Patienten die Therapiemethoden erläutert. Diese Gespräche ermöglichen dem Personal des Therapiezentrum auch die Bewertung hinsichtlich einer eventuellen Aufnahme in die Einrichtung, um die für jeden einzelnen Patienten festgesetzten Therapieziele zu verfolgen. Der Unterschied zwischen der Anzahl der geführten Gespräche und der effektiven Aufnahme in die Einrichtung stellen die Filterfunktion dieser Begegnungen zur ersten Kontaktaufnahme mit der Einrichtung unter Beweis.

BEREICH
PSYCHOSOMATIK

Tabelle 44: Anzahl der Voreingliederungsgespräche und Prozentsatz der nach den Gesprächen vorgenommenen Aufenthalte, nach Wohnsitz des Patienten (Bad Bachgart) – Jahr 2007

Herkunft des Patienten	Abhängigkeiten			Psychosomatik		
	Anzahl der Gespräche	Anzahl der Aufenth.	% Aufenth.	Anzahl der Gespräche	Anzahl der Aufenth.	% Aufenth.
In der Provinz ansässig	225	178	79,1%	275	159	57,8%
Ausser der Provinz ansässig	18	–	–	4	–	–
Insgesamt	243	178	73,3%	279	159	57,0%

Quelle: Therapiezentrum Bad Bachgart

Die Ruhe der stationären Aufnahme im Therapiezentrum soll den Patienten ermöglichen, direkt und geschützt neue Verhaltensweisen zu erproben und so zu versuchen, diese je nach dem persönlichen Wachstumsprozess auf der Grundlage ihrer Wirksamkeit zu implementieren.

Für den Bereich „Ernährungsstörungen“ werden folgende spezifische Ziele gesetzt: Normalisierung des Essverhaltens durch die Planung und Einführung einer regelmäßigen Ernährungsstruktur mit ausgewogenen Mahlzeiten und einer ausreichenden Kalorienzufuhr;

Erhöhung oder Reduzierung des Gewichts und Stabilisierung innerhalb eines angemessenen Gewichtsintervalls (BMI 18–20); Anerkennung der biologischen Bedürfnisse, des Hunger-Sättigungsgefühls, Verhältnis zu einer gesunden Ernährung; Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und Akzeptanz des eigenen Körpers und der eigenen Person; Management der körperlichen Betätigung; Fähigkeit, Vergnügen und Genugtuung zu empfinden; Bewältigung von Problemsituationen wie Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, Perfektionismus, Stressmanagement, Verminderung interner Spannungen und Training zur Gefühlsregulierung; Aufbauen alternativer Methoden für das Ernährungsmanagement.

Für beide Bereiche können die therapeutischen Leistungen in verschiedene Module aufgeteilt werden, die sich jeweils ergänzen (ärztliche und psychologische Behandlung, psychologische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und ergotherapeutische Trainings sowie kreative Therapie, physiotherapeutische Behandlungen und Sporttherapien, Hippotherapie, Ernährungsberatung und Gesundheitserziehung) und die je nach den jeweiligen individuellen Bedürfnissen des Patienten durchgeführt werden. Hervorzuheben ist, dass die Integration der Familienangehörigen beim Veränderungsprozess eine feste und grundlegende Rolle bei der Therapie spielt.

Die Rückkehr zum Alltag nach Abschluss der stationären Rehabilitation ist für viele Patienten mit relativ großen Schwierigkeiten der Wiedereingliederung verbunden. Um diese unmittelbar auf die Entlassung aus der Einrichtung folgende Phase zu erleichtern, bietet das Therapiezentrum aus diesem Grund seinen Patienten die Möglichkeit für Nachbegegnungen/Nachgespräche mit der Unterstützung bei der Rehabilitationsbehandlung durch die ambulanten Dienste, welche die Patienten übernehmen. Im Jahr 2007 wurden insgesamt 568 Einzelgespräche geführt (274 mit Patienten aus dem Bereich Psychosomatik, die restlichen 294 mit Patienten aus dem Bereich Abhängigkeitskrankheiten). Das Therapiezentrum bietet außerdem die Möglichkeit zur Teilnahme an Gruppentreffen (insgesamt 63 Treffen mit 652 Teilnehmern).

2.5.2.1. Versorgungstätigkeit

2007 wurden insgesamt 353 Einweisungen verzeichnet¹. Die Leistungen in Bezug auf Aufnahme/Rehabilitation in Bad Bachgart werden sowohl für in unserem Land wohnhafte Patienten als auch für nichtansässige Patienten (wohnhaft in anderen Regionen Italiens oder im Ausland) erbracht. Die gesamte Tätigkeit sieht die stationäre Betreuung vor.

54,4% der Gesamtanzahl der 2007 erbrachten Leistungen für die stationäre Betreuung betrafen Patienten mit Abhängigkeitsproblemen. Insgesamt zehn Aufnahmen erfolgten für Patienten, die ihren Wohnsitz in anderen Regionen Italiens haben (2,8%), sechs von der Einrichtung betreute Patienten kamen aus dem Ausland (1,7%).

Werden diese Leistungen mit den entsprechenden Tarifen verrechnet, entspricht dies einem Wert von 2.273.890,00 Euro (95% der Leistungen wurden für in unserer Provinz ansässige Patienten erbracht).

¹ Bezieht sich auf die im Jahr 2007 erfolgten Entlassungen. Insgesamt wurde 2007 der Zugang von 383 Patienten verzeichnet.

Tabelle 45: **Anzahl der Aufenthalte in Bad Bachgart nach Geschlecht, Art der Rehabilitation und Wohnsitz-Region/Land des Patienten – Jahr 2007**

Geschlecht	Wohnsitz	Abhängigkeits-rehabilitation	Psychosomatische Rehabilitation	Insgesamt
Männer	In der Provinz ansässig	123	40	163
	In Italien ansässig	7	–	7
	Im Ausland ansässig	2	–	2
	Insgesamt	132	40	172
Frauen	In der Provinz ansässig	55	119	174
	In Italien ansässig	2	1	3
	Im Ausland ansässig	3	1	4
	Insgesamt	60	121	181
Aufenthalte insgesamt	In der Provinz ansässig	178	159	337
	In Italien ansässig	9	1	10
	Im Ausland ansässig	5	1	6
	Insgesamt	192	161	353

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Betreuung für die Wohnsitzbevölkerung

In Bad Bachgart wurden insgesamt 337 in unserer Provinz ansässige Patienten aufgenommen, 52,8 % davon zur Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen, die restlichen 159 Personen zur psychosomatischen Rehabilitation.

Tabelle 46: **Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen in Bad Bachgart, nach Geschlecht und Art der Rehabilitation – Jahr 2007**

Abteilung/Art der Rehabilitation	Männer	Frauen	Insgesamt
Abhängigkeitsrehabilitation	123	55	178
Psychosomatische Rehabilitation	40	119	159
Insgesamt	163	174	337

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Die stationäre Behandlung zur Rehabilitation betraf in geringem Maße mehr Frauen als Männer (174 Frauen gegenüber 163 Männern). Bei den Männern überwiegt die Rehabilitation wegen Abhängigkeitskrankheiten (123 Aufnahmen entsprechend 75,5 % der Aufnahmen von Männern), bei den Frauen dagegen die psychosomatische Rehabilitation (119 entsprechend 68,3 % der Aufnahmen von Frauen).

Die Diagnose „Störungen aufgrund von Alkoholgenuss – derzeit abstinenter in geschütztem Bereich“ (Kode F1021) ist der Hauptgrund für die stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl für Männer als auch für Frauen (jeweils 84,6 % bzw. 74,5 %).

Tabelle 47: **Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen in Bad Bachgart zur Abhängigkeitsrehabilitation, nach Geschlecht und primärer Entlassungsdiagnose – Jahr 2007**

Kodex ICD10	Entlassungsdiagnose	Männer	Frauen	Ins-gesamt	%	% kumul.
F1021	Störungen durch Alkoholmissbrauch (derzeit abstinenter, in geschütztem Raum)	104	41	145	81,5%	81,5%
F102	Störungen durch Alkoholmissbrauch (Abhängigkeitssyndrome)	4	6	10	5,6%	87,1%
	Sonstige Diagnosen	15	8	23	12,9%	
Insgesamt		123	55	178	100,0%	

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

BETREUUNG FÜR
ANSÄSSIGE PATIENTEN

ENTLASSUNGS-
DIAGNOSEN
DER PATIENTEN

Tabelle 48: **Anzahl der Aufenthalte von ansässigen Patienten in Bad Bachgart zur psychosomatischen Rehabilitation, nach Geschlecht und primärer Entlassungsdiagnose – Jahr 2007**

Kodex ICD10	Entlassungsdiagnose	Männer	Frauen	Ins-gesamt	%	% kumul.
F32	Depressive Episode	6	6	12	7,5%	7,5%
F412	Angst und depressive Störung, gemischt	3	6	9	5,7%	13,2%
F6031	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung; Borderline-Typus	–	9	9	5,7%	18,9%
F500	Anorexia nervosa	–	7	7	4,4%	23,3%
F432	Anpassungsstörungen	1	5	6	3,8%	27,0%
F31	Bipolare affektive Störung	2	4	6	3,8%	30,8%
F421	Vorwiegend Zwangshandlungen	3	3	6	3,8%	34,6%
	Sonstige Diagnosen	25	79	104	65,4%	
Insgesamt		40	119	159	100,0%	

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Was die psychosomatische Rehabilitation anbelangt, ist die Diagnose „Depressive Phase (Kode F32)“ am häufigsten bei männlichen Patienten (15,0%), bei den Frauen sind dagegen die Ursachen „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (Kode F6031)“, „Nervöse Anorexie“ (Kode F500), „Depressive Phase“ (Kode F32) und „Gemischte Störung Angst/Depression“ (Kode F412) mit jeweils 7,6%, 5,9% und 5,0% für die beiden letzten aufgeführten Diagnosen am häufigsten.

Tabelle 49: **Durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte von ansässigen Patienten in Bad Bachgart nach Geschlecht und Art der Rehabilitation – Jahr 2007**

Abteilung/Art der Rehabilitation	Männer	Frauen	Insgesamt
Abhängigkeitsrehabilitation	44,8	43,3	44,3
Psychosomatische Rehabilitation	41,2	46,1	44,9
Insgesamt	43,9	45,2	44,6

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Die durchschnittliche Behandlungsdauer (durchschnittlicher Aufenthalt) der im Zentrum Bad Bachgart aufgenommenen und behandelten Patienten beträgt 43,9 Tage für männliche Patienten und 45,2 Tage für weibliche Patientinnen. Leichte Unterschiede in Bezug auf die durchschnittliche Behandlungsdauer ergeben sich nach Art der Betreuungsleistung und Geschlecht der Patienten.

Die Daten nach Abteilung/Art der Rehabilitation, Wohnsitzgesundheitsbezirk und/oder Behandlungs-/Entlassungsdiagnose eingestufteten Aufenthalte sind in den beiliegenden CD-ROM veröffentlichten Tabellen verfügbar.

Betreuung für Nichtansässige

In Bad Bachgart erfolgten 16 Aufnahmen von nicht in unserem Land ansässigen Patienten. Zehn betrafen in anderen Regionen Italiens wohnhafte Patienten, sechs dagegen betrafen Personen aus dem Ausland (5 österreichische Patienten, 1 Patient aus der Schweiz).

Der Hauptgrund für die stationäre Rehabilitation ist auf „Störungen aufgrund von Alkoholkonsum – derzeit abstinent in geschütztem Bereich“ (Kode F1021) zurückzuführen, mit der Aufnahme von 12 Nichtansässigen (75 % der Gesamtzahl).

Tabelle 50: **Anzahl der ordentlichen Aufenthalte von nicht-ansässigen Patienten in Bad Bachgart nach Geschlecht und Wohnsitz-Region/Land des Patienten – Jahr 2007**

Wohnsitz	Männer	Frauen	Insgesamt (*)
Venetien	3	1	4
Toskana	1	–	1
Piemont	1	–	1
Lombardei	–	1	1
Apulien	1	–	1
Emilia-Romagna	–	1	1
Sizilien	1	–	1
Italien insgesamt	7	3	10
Österreich	2	3	5
Schweiz	–	1	1
Ausland insgesamt	2	4	6
Insgesamt	9	7	16

(*) alle Aufenthalte wurden wegen Abhängigkeitsrehabilitation vorgenommen

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

Tabelle 51: **Anzahl der Aufenthalte von Nicht-Ansässigen in Bad Bachgart, nach Geschlecht und primärer Entlassungsdiagnose – Jahr 2007**

Kodex ICD10	Entlassungsdiagnose	Männer	Frauen	Ins-gesamt	%	% kumul.
F1021	Störungen durch Alkoholmissbrauch (derzeit abstinente, in geschütztem Raum)	7	5	12	75,0%	75,0%
F101	Störungen durch Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch)	1	–	1	6,3%	81,3%
F102	Störungen durch Alkoholmissbrauch (Abhängigkeitssyndrome)	1	–	1	6,3%	87,5%
F132	Störungen durch Sedativa- oder Hypnotika-Missbrauch (Abhängigkeitssyndrome)	–	1	1	6,3%	93,8%
F412	Angst und depressive Störung, gemischt	–	1	1	6,3%	100,0%
Insgesamt		9	7	16	100,0%	

Quelle: SDERIA – Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Bad Bachgart

2.6. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Im Jahr 2007 wurden 59.714 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 164 Einsätzen entspricht, sowie 95.093 geplante Krankentransporte mit durchschnittlich 261 Transporteinsätzen pro Tag.

2.6.1. Medizinisches Notrufsystem

Dem Landesgesundheitsplan 2000–2002 zufolge ist das Medizinische Notrufsystem Bestandteil des Medizinischen Notfallsystems mit dem Ziel der interdisziplinären und koordinierten Verwaltung der medizinischen Notfälle auf dem gesamten Landesgebiet. Das Medizinische Notrufsystem wird von der Landesnotrufzentrale 118 verwaltet (eingerrichtet im Jahr 1991 und aktiv seit 1993), in der alle medizinischen Notrufe zusammenlaufen. Seit 1998 wird die Notrufzentrale 118 vom Sanitätsbetrieb verwaltet. Diese Dienststelle, die rund um die Uhr arbeitet, koordiniert die Tätigkeit des Personals und der Einsatzwagen auf dem gesamten Landesgebiet und stellt die Verbindung mit dem Krankenhaus her.

Die wichtigsten Funktionen der Notrufzentrale sind:

- Entgegennahme der Notrufe;
- Bewertung des Schwierigkeitsgrads des durchzuführenden Einsatzes;
- Aktivierung und Koordinierung des Rettungseinsatzes.

Außerdem koordiniert sie die nicht dringenden Krankentransporte der Patienten von Krankenhaus zu Krankenhaus, führt Transporte von medizinischem Material (Blutplasma, Laborproben, etc.) durch und sorgt für den Transport von Organen und Medikamenten.

Zur Durchführung dieser Aufgaben stehen der Notrufzentrale erfahrenes Krankenpflegepersonal, ausgebildete Mitarbeiter der Rettungsorganisationen und ärztlicher Beistand zur Verfügung.

Der Verantwortliche für die Notrufzentrale 118 ist ein Arzt der zweiten Leitungsebene, Chefarzt des überbezirklichen Dienstes für dringende Einsätze und medizinische Notfälle. Die operative Verantwortung für die Entgegennahme, Aufzeichnung und Auswahl der Notrufe und die Bestimmung des Schwierigkeitsgrads des Einsatzes trägt hingegen das Krankenpflegepersonal der Notrufzentrale gemäß den Vereinbarungen mit dem leitenden Arzt der Zentrale.

Die Notrufzentrale 118 ist mit einem Telekommunikations- und Funksystem ausgestattet, das folgende Funktionen ermöglicht:

- Entgegennahme aller Notrufe aus dem gesamten Landesgebiet;
- direkte Verbindung mit anderen öffentlichen Diensten für Noteinsätze (Erste-Hilfe-Dienste, Feuerwehr, Carabinieri, Polizei);
- direkte Verbindung mit dem Standort der Fahrzeuge und mit den Rettungsfahrzeugen selbst.

Außerdem verfügt die Notrufzentrale 118 über ein Informationssystem zum Echtzeit-Abruf aktualisierter Daten über die Erste Hilfe-Dienste, den Standort der Rettungsfahrzeuge sowie über Angaben zum Einsatzort (kartographische Bezugspunkte und Straßenlage).

FUNKTIONEN DER NOTRUFZENTRALE 118

PERSONAL DER NOTRUFZENTRALE 118

TECHNOLOGISCHE RESSOURCEN

2.6.2. Territorialer Notarztdienst

Der Territoriale Notarztdienst, eingerichtet mit Beschluss der Landesregierung von 1991, ist Bestandteil des landesweiten Notfallsystems. Dieser Dienst gewährleistet den rechtzeitigen Einsatz des Notarztes auf dem gesamten Landesgebiet.

Je nach Schwierigkeitsgrad des Einsatzes leisten die territorialen Notärzte Erste Hilfe und fortgeschrittene Lebensrettung (auch traumatologische und pädiatrische) mit dem Ziel, den klinischen Zustand des Patienten für den Transport im Rettungswagen zu stabilisieren. Den Notärzten obliegt außerdem die Wahl des Zielkrankenhauses und die Ablieferung des Patienten an die Erste Hilfe-Dienste der Krankenhäuser.

Die Organisation des Territorialen Notarztdienstes auf Landesebene sieht im Rahmen des Einzugsgebiets jedes Krankenhauses den Einsatz von Krankenhausärzten vor, deren Tätigkeit von einem leitenden Arzt für jedes Krankenhaus koordiniert wird. Außerhalb der territorialen Bereiche der öffentlichen Landeskrankenhäuser wird die Tätigkeit des Territorialen Notarztdienstes auch von einigen Basisärzten ausgeübt, die per Funk mit der Notrufzentrale 118 verbunden sind und spezifischen Ausbildungs- und Ausrüstungsanforderungen entsprechen.

Für den Einsatz der Notärzte können je nach Situation und örtlichen Bedingungen Rettungswagen, Arztwagen und tagsüber auch Rettungshubschrauber verwendet werden.

2.6.3. Krankentransport

Der mittels Konvention mit den Rettungsverbänden Weißes und Rotes Kreuz organisierte Krankentransport Südtirols garantiert den Bürgern folgende Leistungen:

- a. Dringende Krankentransporte mit Notarzt
- b. Dringende Krankentransporte ohne Notarzt
- c. Nicht dringende Krankentransporte, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten
- d. Krankentransporte mit Fahrzeugen, die nicht über eine medizinische Ausstattung verfügen, zum Beispiel für den Transport von Nieren- und Krebskranken, die zur Dialyse bzw. Strahlentherapie gebracht werden
- e. Transport von Laborproben, Befunden, Muttermilch, Blutplasma etc., der dringend oder nicht dringend sein kann.

Im Laufe des Jahres 2001 legte die Landesregierung mit eigener Beschlussfassung Nr. 4326/2001 sechs Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge fest. Die folgende Tabelle enthält eine Übersicht über diese Indikatoren mit den entsprechenden Grenzwerten.

**LEISTUNGEN
DES TERRITORIALEN
NOTARZTES**

**ORGANISATION
DES DIENSTES**

**LEISTUNGEN DES
KRANKENTRANSPORT-
DIENSTES**

**INDIKATOREN
FÜR DIE TERRITORIALE
VERTEILUNG**

STANDORTE DER RETTUNGSFAHRZEUGE

KRANKENTRANSPORT- WAGEN

Tabelle 52: **Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge.**
Beschlussfassung der Landesregierung Nr. 4326/2001

Indikatoren	Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren – Einsätze mit Arzt	Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren – Einsätze ohne Arzt
1. Prozentanteil der Einsätze mit Dauer unter 20 Minuten (berechnete Dauer ab Start vom Standort bis zur Ankunft am Einsatzort. Nur Einsätze mit gelbem und rotem Code)	MIN. Grenzwert 90%	MIN. Grenzwert 85%
2. Distanz zwischen den Standorten der Rettungsfahrzeuge	MIN. Grenzwert 25 km MAX. Grenzwert 35 km	MIN. Grenzwert 10 km MAX. Grenzwert 30 km
3. Bevölkerung in den Einzugsgebieten d. Standorte d. Rettungsfahrzeuge	MIN. Grenzwert 20.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 5.000 Einwohner
4. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Einzugsgebieten der Standorte	MIN. Grenzwert 1 fortschrittlicher Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 3 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 20 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner
5. Anzahl der jährlichen Einsätze pro Rettungsfahrzeug	MAX. Grenzwert 2.000 Einsätze pro fortschrittlichen Rettungswagen (NAW – NEF)	MIN. Grenzwert 500 Einsätze pro Rettungswagen (RTW) MAX. Grenzwert 2.000 Einsätze pro Rettungswagen (RTW)
6. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Bezirken	MIN. Grenzwert 1 fortschrittlicher Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 3 fortschrittliche Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 6 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 10 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner

Auf der Grundlage der von diesen Indikatoren angenommenen Werte wurde die Lage der Standorte der Rettungsfahrzeuge sowie die Anzahl der Fahrzeuge für den Notfalltransport an den verschiedenen Standorten festgelegt.

Im Jahr 2007 gab es auf Landesebene 31 Rettungswagen-Standorte, die rund um die Uhr einsatzbereit waren. Der Verband Weißes Kreuz verfügt in der Provinz über 30 Standorte (7 davon mit Arzt), während das Rote Kreuz 5 Standorte hat (1 davon mit Arzt).

Tabelle 53: **Ausstattung mit Krankentransportwagen. Stand zum 31.12.2007.**

	Notarztwagen (NAW, NEF)	Fortschrittl. Basis-Rettungswagen (RTW)	Krankenwagen für den Transport (NKTW)	Krankentransportwagen (KTW)	Langstrecken-transportwagen (LKTW)	PKWs
Weißes Kreuz	9*	28	5	101	6	24**
Rotes Kreuz	3	6	1	7	1	4
Insgesamt	12	34	6	108	7	28

* Davon ein Reservewagen

** Einschließlich 7 BTW (Wagen für den Transport von Menschen mit Behinderung/Blutplasma/Organen) Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

2007 erfuhr die Gesamtausstattung der aktiven Standorte der Rettungsfahrzeuge in Südtirol im Vergleich zum Jahr 2006 einige Änderungen.

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 12 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 34 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen – NKTW), 115 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 28 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

Der Landeshubschrauberrettungsdienst, Bestandteil des Krankentransportdienstes, wurde vom Land der Arbeitsgemeinschaft AVS-BRD, CAI-CNSA und Weißes Kreuz übertragen; Letzteres übernimmt koordinierende Funktion.

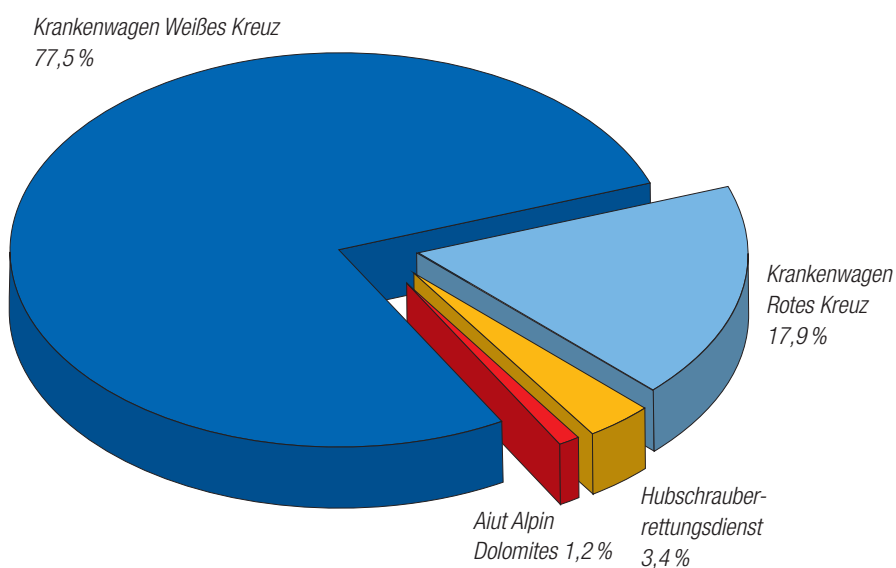
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen) ausgestattet. Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

2.6.4. Noteinsätze

Im Jahr 2007 wurden 59.714 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 164 Einsätzen entspricht. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Anstieg von 6,7 % zu verzeichnen.

In 77,5 % der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißes Kreuzes zum Einsatz, in 17,9 % der Fälle jene des Roten Kreuzes. Auf den Hubschrauberrettungsdienst entfielen 3,4 % der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,2 %.

Abbildung 17: Noteinsätze nach Rettungsverband – Jahr 2007



Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2007 1½ Millionen Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 28 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.766 Einsätze für insgesamt 1.558 Flugstunden durch (rund 34 Flugminuten pro Einsatz).

**EINSÄTZE,
TRANSPORTIERTE
PERSONEN, ZURÜCK-
GELEGTE KILOMETER**

Tabelle 54: Von den Landesrettungsverbänden durchgeführte Einsätze, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer – Jahr 2007

Rettungsverbände	Anzahl der dringenden Einsätze	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer/ Flugminuten
Weißes Kreuz	46.279	47.821	1.385.451
Rotes Kreuz	10.669	10.783	194.307
Hubschrauberrettungsdienst Weißes Kreuz	2.047	1.939	68.233
Aiut Alpin Dolomites	719	695	25.256
Insgesamt	59.714	61.238	

Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

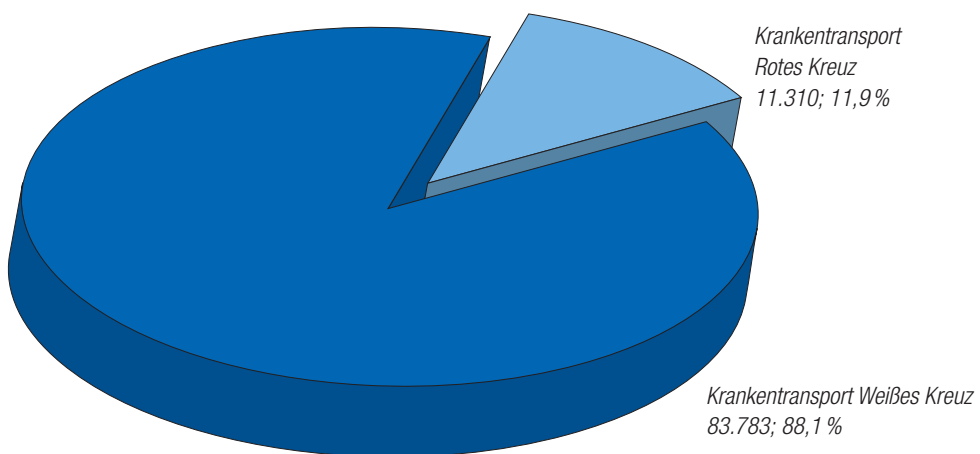
DURCHGEFÜHRTE TRANSPORTE

2.6.5. Nicht dringende Krankentransporte

2007 tätigte der Krankentransportdienst 95.093 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 261 Transporteinsätzen pro Tag.

In 88,1 % der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 11,9 % der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Abbildung 18: Nicht dringende Krankentransporte nach Transportverband – Jahr 2007



Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

ZURÜCKGELEGTE KILOMETER

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2007 mehr als 4 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 45 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Tabelle 55: **Von den Krankentransportverbänden durchgeführte nicht dringende Krankentransporte, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer – Jahr 2007**

Krankentransportverbände	Anzahl der nicht dringenden Krankentransporte	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer/Flugminuten
Weißes Kreuz	83.783	104.348	3.956.481
Rotes Kreuz	11.310	13.251	305.374
Insgesamt	95.093	117.599	4.261.855

Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

Im Vergleich zum Vorjahr fanden 2007 pro Tag ca. 8 Krankentransporte mehr statt, was einer jährlichen Steigerung von 3,2 % entspricht. Außerdem wurden 104 Hubschrauber-einsätze zwecks Übung und/oder für nicht dringende Einsätze für insgesamt 8.221 Flugminuten getätigt.

2.7. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Im Jahr 2007 gab es auf Landesebene 114 Apotheken mit einem Deckungsgrad des Stellenplans von 91,2 %.

Im Jahr 2007 wurden über 2,6 Millionen Rezepte ausgestellt, was 5,4 Verschreibungen pro Kopf und durchschnittlich 10,9 Medikamentenpackungen pro Bürger entspricht. Am häufigsten wurden von der Südtiroler Bevölkerung Medikamente für das Herzkreislaufsystem eingenommen (über 2 Millionen verschriebene Packungen, was durchschnittlich 290 täglichen Dosen pro 1.000 Einwohner entspricht).

2007 beliefen sich die Nettoaussgaben des Landesgesundheitsdienstes auf rund 60,5 Millionen Euro mit einem Rückgang gegenüber 2006 von 4,9 % bei einem durchschnittlichen gesamtstaatlichen Rückgang von 6,7 %. Die privaten Ausgaben für Medikamente stellen 40 % der territorialen Gesamtausgaben (zirka 41 Millionen Euro) dar.

Der größte Teil der Medikamente (86,7 %) wird von den Allgemeinmedizinerinnen verschrieben.

Die vom Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen über die Apotheken gewährleistete pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Arzneimitteln und Galenika an die Versorgungsberechtigten mit oder ohne Ticket.

Es gibt konventionierte Privatapotheken und öffentliche Apotheken. Die öffentlichen Apotheken unterteilen sich in interne Apotheken, wenn sie ausschließlich im Dienst der Inhaberkörperschaft, beispielsweise des Sanitätsbetriebs, stehen, und in externe Apotheken, wie zum Beispiel Gemeindeapotheken.

Sämtliche in diesem Kapitel enthaltene Angaben betreffen die Dienste, die von den privaten und Gemeindeapotheken angeboten werden.

VERTEILUNG DER
APOTHEKEN AUF DEM
LANDESGEBIET

 DURCHSCHNITTliche
ANZAHL AN APOTHEKEN
PRO 10.000 EINWOHNER

2.7.1. Apotheken

Die Gesundheitsbehörden regeln die Verteilung der Apotheken auf dem Landesgebiet so, dass mindestens 1 Apotheke pro 5.000 Einwohner in den Gemeinden mit einer Bevölkerung bis zu 12.500 Einwohnern und 1 pro 4.000 Einwohner in den übrigen Gemeinden vorhanden ist. Zum 31.12.2007 gab es auf Landesebene 114 Apotheken, sieben mehr im Vergleich zum Vorjahr.

Im Jahr 2007 stieg der Deckungsgrad der bestehenden Apotheken gegenüber den im Stellenplan vorgesehenen im Vergleich zum Vorjahr von 86,4 % auf 91,2 % und somit um 4,8 % an. Mit Bezug auf die vorgesehenen Standards laut Beschluss der Landesregierung Nr. 4707 vom 05.12.2005 sind die Apotheken in über der Hälfte der Landesgesundheits-sprengel vollständig abgedeckt. Die durchschnittliche Pro-Kopf-Anzahl der Apotheken pro 10.000 Einwohner beträgt 2,4 und schwankt von einem Mindestwert von 1,5 im Gesundheitssprengel Überetsch bis zu einem Höchstwert von 4,1 im Sprengel Gadertal.

Tabelle 56: Geplante und eingerichtete Apotheken nach Sprengel, Deckungsgrad des Stellenplans, Apotheken pro 10.000 Einwohner – Jahr 2007

	Geplant	Eingerichtet	% Deckung des Stellenplanes	Apotheken/ 10.000 Einw.	Einwohner pro Apotheke
Grödental	3	3	100,0	3,4	2.942,3
Eggental-Schlern	6	6	100,0	3,3	3.051,1
Salten-Sarnthal-Ritten	5	4	80,0	2,4	4.244,1
Überetsch	5	4	80,0	1,5	6.684,0
Leifers-Branzoll-Pfatten	5	5	100,0	2,6	3.824,0
Unterland	7	5	71,4	2,2	4.595,2
Bozen	25	25	100,0	2,3	4.423,6
Oberer Vinschgau	4	3	75,0	2,0	4.905,4
Mittlerer Vinschgau	4	4	100,0	2,3	4.294,6
Naturns-Umgebung	3	2	66,7	2,0	4.968,2
Lana-Umgebung	5	5	100,0	2,3	4.396,3
Meran-Umgebung	12	12	100,0	2,2	4.446,3
Passeiertal	3	2	66,7	2,6	3.901,4
Wipptal	6	4	66,7	2,3	4.298,8
Brixen-Umgebung	9	8	88,9	2,4	4.148,0
Klausen-Umgebung	5	4	80,0	2,7	3.657,4
Taufers-Ahrntal	2	2	100,0	1,7	5.934,0
Bruneck-Umgebung	8	8	100,0	2,5	4.048,4
Hochpustertal	4	4	100,0	2,7	3.659,5
Gadertal	4	4	100,0	4,1	2.413,3
Insgesamt	125	114	91,2	2,4	4.228,6

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel, APB

 DURCHSCHNITTliche
KUNDENANZAHL PRO
APOTHEKE

Durchschnittlich hat jede Apotheke des Landes einen potenziellen Kundenkreis von 4.229 Einwohnern. Auf Sprengelzebene schwanken die Zahlen jedoch sehr stark: im Gadertal beträgt die Anzahl der Einwohner pro Apotheke 2.413, im Sprengel Überetsch über 6.500. Diese durchschnittlichen Kundenzahlen berücksichtigen jedoch nicht den Touristenzustrom im Sommer und Winter in den wichtigsten Fremdenverkehrszentren Südtirols.

2.7.2. Medikamentenverbrauch

Die pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Medikamenten an die Versorgungsberechtigten, normalerweise auf Verschreibung des behandelnden Arztes; in einigen Fällen erfolgt die Abgabe kostenlos, in anderen unter teilweiser oder voller Kostenbeteiligung des Bürgers, je nach der Bedeutung der verschriebenen Arzneimittel für die Gesundheit.

Gemäß Gesetz Nr. 405 vom 16. November 2001, Art. 8 haben die Regionen und autonomen Provinzen die Möglichkeit mit den Gewerkschaftsverbänden der konventionierten öffentlichen und privaten Apotheken Abkommen abzuschließen, in denen vorgesehen ist, dass die Patienten auch direkt über die Apotheken Arzneimittel beziehen können, die denselben Kontrollen unterliegen, wie jenen die nur für die Abgabe über die Sanitätsbetriebe des Nationalen Gesundheitsdienstes vorgesehen sind (direkte pharmazeutische Versorgung). Mit dieser Vorschrift wird außerdem die direkte Abgabe der nötigen Medikamente für die Behandlung der Patienten zu Hause, die stationäre und halbstationäre Versorgung durch den Sanitätsbetrieb gewährleistet.

Die Liste der direkt verteilbaren Medikamente gemäß Angaben des Art. 8 des Gesetzes 405/2001 ist in der AIFA-Bestimmung vom 29. Oktober 2004 enthalten (Amtsblatt Nr. 259 vom 04.11.2004). Darin wird das Handbuch der Medikamente für die direkte Abgabe vorgestellt, d. h. der Medikamente, die als alternative Verteilungsformen bereitgestellt werden können und dadurch die Versorgungskontinuität im Krankenhaus (H) und auf dem Territorium (T) gewährleisten.

Das Gesetz Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, Art. 8 (Bestimmungen im Bereich Gesundheitswesen) legt die Kriterien fest, nach denen die „Commissione Unica del Farmaco“ (CUF, heute AIFA – Italienische Arzneimittelbehörde) die abzugebenden Medikamente klassifizieren muss. Die von der Gesetzgebung für das Jahr 2003 vorgesehenen Klassen sind¹: Klasse A – Essenzielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, voll zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD. Die Klasse A sieht auch eine Untergruppe (Klasse H) vor, welche Medikamente umfasst, deren Kosten ausschließlich dann erstattet werden, wenn sie im Krankenhaus oder Tagesklinik-Betrieb verwendet werden; Klasse C – Pharmaka zu Lasten der Bürger, die für leichte oder mindere Krankheiten eingesetzt werden. Sie umfasst:

1. Medikamente C-bis (Gesetz 311/2004) für leichte Krankheiten (Antineuralgika, Antipyretika, Nasenabschwellungsmittel, Laxativa etc.), die keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen und für die Werbung gemacht werden darf;
2. Medikamente, die keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen und für die nicht geworben werden darf;
3. Medikamente, die vom Arzt verschrieben werden müssen und nur für kurze Zeitspannen zur Vermeidung von potenziellen Missbräuchen verwendet werden können (Benzodiazepinderivate).

Auf der Grundlage des Gesetzes Nr. 326 vom 24. November 2003, welches bei Überschreitung der für die pharmazeutische Versorgung geplanten Ausgaben den Ausgleich der Differenz durch die Aufteilung der Kosten (60 % zu Lasten der Pharmaunternehmen und 40 % zu Lasten der Regionen) vorsieht, setzte die Regierung mit Gesetzesdekret Nr. 202 vom 02.08.2004 ein Korrekturmanöver in Kraft. Das Ziel dieses Manövers war die Reduzierung der Schere zwischen den geplanten Ausgaben (von 13 % der Ausgaben für das Gesundheitswesen) und den effektiven Ausgaben.

**GESETZ NR. 405
VOM 16.11.2001**

**PHT-HANDBUCH DER
MEDIKAMENTE FÜR DIE
DIREKTE ABGABE**

**KLASSIFIKATIONS-
KRITERIEN**

229

¹ Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

**GESETZ NR. 326
VOM 24.11.2003**

**GESETZ NR. 202
VOM 02.08.2004**

**NEUES HANDBUCH
DER MEDIKAMENTE**

Seit 01.01.2005 ist das neue Nationale Handbuch der Medikamente in Kraft, das einerseits die Preisschwankungen zwischen homogenen Medikamentengruppen reduzieren und andererseits die pharmazeutische Versorgung durch die Rückerstattungsfähigkeit neuer Pharmaka erweitern soll².

PAYBACK-MASSNAHME

Mit den Rundschreiben, Prot. Nr. 2877/92 vom 15. Februar 2007 und 3759/121 vom 28. Februar 2007 verbreitete die Federfarma die neuen Medikamentenverzeichnisse A und H mit der Angabe der ab dem 1. März 2007 gültigen Preise durch die Anwendung der Payback-Maßnahme laut Finanzgesetz 2007.

Diese Maßnahme sieht eine Ermäßigung von 0,6 % vor, welche die Apotheken dem gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst zusätzlich zum vorherigen Rabatt von 0,6 % seitens der Pharmaindustrie gewähren müssen. Der infolge der Anwendung des Payback-Mechanismus vorgesehene Rabatt wird am Verkaufspreis einschließlich MwSt aller an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst abgegebenen Medikamente berechnet.

**RUNDSCHREIBEN DES
GESUNDHEITS-
MINISTERIUMS NR. 3
VOM 03.10.2006**

Mit dem Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 3 vom 03.10.2006 wurde die Verkaufsmöglichkeit einiger Arzneiformen außerhalb der Apotheken eingeführt. Art. 5 des Gesetzesdekrets Nr. 223 vom 04.07.2006, umgewandelt in Gesetz Nr. 248 vom 04.08.2006 legt fest, dass Handelsbetriebe gemäß Art. 4, Absatz 1, Buchstaben d), e) und f) des Legislativdekrets Nr. 114 vom 31.03.1998 und Landesgesetz Nr. 7 vom 17.02.2000, Artikel 4, 5 und 6 (Klein-, Mittel- und Großhändler) freiverkäufliche Arzneimittel oder Medikamente für die Selbstmedikation sowie alle rezeptfreien Heilmittel oder Produkte nach Mitteilung an das Gesundheitsministerium und an die Region, in der sie ihren Sitz haben, verkaufen dürfen.

**TICKET-EINFÜHRUNG
AB 1. JULI 2002**

Auf Landesebene wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 die Kostenbeteiligung der Bürger für alle Leistungen des Landesgesundheitsdienstes eingeführt. Im Rahmen der Pharmazeutischen Versorgung kam es dadurch zur Einführung des Tickets ab 1. Juli 2002 nach folgenden Modalitäten:

- Nicht befreite Bevölkerung: zwei Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung bei maximal vier Euro für zwei oder mehrere Packungen;
- Wegen Krankheit oder Einkommen oder nicht hohem Invaliditätsgrad befreite Bevölkerung: ein Euro pro Rezept;
- Bevölkerung, die steuerrechtlich zu Lasten eines oder beider Elternteile ist: ein Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung und zwei Euro für zwei oder mehrere verschriebene Packungen;
- Bevölkerung mit hohem Invaliditätsgrad oder Kinder, deren Familien wegen Einkommen ticketbefreit sind: kein Ticket.

² Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

**RUNDSCHREIBEN
DES LANDESRESSORTS
FÜR GESUNDHEIT
VOM 08.08.2000**

Mit dem Rundschreiben vom 8. August 2000 wurde in Umsetzung des ministeriellen Rundschreibens die Ticket-Befreiung für Bürger mit Kriegsrente auf Lebenszeit, welche auch die Pharmaka C völlig zu Lasten des NGD vorsieht, mit Attest der bewiesenen Zweckdienlichkeit seitens des verschreibenden Arztes eingeführt.

**RUNDSCHREIBEN DES
LANDESRESSORTS FÜR
GESUNDHEIT VOM
30.10.2003**

Mit dem Rundschreiben der Landesregierung Nr. 289 vom 30.01.2006, Durchführungsverordnung des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 „Neuregelung des Landesgesundheitsystems“, fand die Ticket-Befreiung für Bürger mit einigen seltenen Krankheiten (Lymphödem, Fibromyalgie und strukturelle Skoliose, Letztere beschränkt auf Patienten bis zu 18 Jahren) Anwendung.

Die Autonome Provinz Bozen ermächtigte mit Beschluss der Landesregierung Nr. 3583 vom 04.10.2004 (in Kraft seit 27.09.2005) in Umsetzung des Art. 8 des Gesetzes 405/2001 den Abschluss eines Abkommens mit den Gewerkschaftsverbänden der konventionierten öffentlichen und privaten Apotheken für die Abgabe der Medikamente über die öffentlichen Apotheken seitens des Sanitätsbetriebs. Damit wurde die Abgabe der PHT-Medikamente (Handbuch Krankenhaus-Territorium der Medikamente für die direkte Abgabe) seitens des Sanitätsbetriebs über die territorialen Apotheken eingeführt.

Die direkte Abgabe gilt in Südtirol für die folgenden Fälle:

- fachärztliche Visite oder Kontrolle;
- chronische Patienten, die häufigen Kontrollen unterliegen;
- chronische Patienten, die therapieplan-basierte Medikamente einnehmen;
- Hauspflege-Patienten;
- Patienten in stationären Einrichtungen.

Die nachstehenden Analysen des Medikamentenverbrauchs in Südtirol im Jahr 2007 beziehen sich auf die Medikamente zu Lasten des NGD; ausgeschlossen sind also die Pharmaka, die vollständig zu Lasten der Bürger sind. Die Informationsquellen der Datenerfassung sind:

- das Amt für Gesundheitssprengel (Anzahl der Apotheken und deren territoriale Verteilung, Anzahl der Rezepte, Gesamtausgaben pro Gesundheitsbezirk und deren Zusammensetzung);
- das Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs (es stellt die anonymen Daten der Medikamentenverschreibung der Apotheken im Landesgebiet bereit, zusammen mit den Informationen über die meldeamtlichen Daten der Kunden).

Tabelle 57: **Anzahl von Rezepten und Pro-Kopf-Rezepten nach Sanitätssprengel und Geschlecht – Jahr 2007**

	Rezepte insgesamt			Pro-Kopf-Rezepte		
	Männer	Frauen	N.S.	Männer	Frauen	N.S.
Grödenal	18.374	20.532	3.490	4,1	4,7	0,4
Eggental-Schlern	31.098	35.409	3.137	3,4	3,9	0,2
Salten-Sarnal-Ritten	25.359	33.239	2.271	2,9	4,0	0,1
Überetsch	53.965	65.597	5.369	4,1	4,8	0,2
Leifers-Branzoll-Pfatten	47.477	57.389	5.000	5,0	6,0	0,3
Unterland	51.723	61.697	5.368	4,6	5,3	0,2
Bozen	292.337	371.214	38.050	5,6	6,4	0,3
Oberer Vinschgau	25.959	32.608	7.143	3,5	4,5	0,5
Mittlerer Vinschgau	35.515	44.600	9.672	4,1	5,2	0,6
Naturns-Umgebung	19.289	22.904	2.300	3,8	4,7	0,2
Lana-Umgebung	46.471	62.075	5.829	4,3	5,6	0,3
Meran-Umgebung	128.693	162.670	18.645	5,1	5,8	0,3
Passeiertal	19.044	24.757	2.440	4,8	6,5	0,3
Wipptal	39.505	51.670	3.541	4,6	6,1	0,2
Brixen-Umgebung	87.220	110.171	13.304	5,4	6,5	0,4
Klausen-Umgebung	22.840	26.383	1.542	3,1	3,6	0,1
Taufers- Ahrntal	25.524	32.450	2.211	4,1	5,7	0,2
Bruneck-Umgebung	70.417	90.442	15.710	4,3	5,6	0,5
Hochpustertal	27.974	35.831	7.213	3,9	4,8	0,5
Gadertal	20.199	22.630	4.047	4,1	4,8	0,4
Insgesamt	1.088.983	1.364.268	156.282	4,6	5,6	0,3

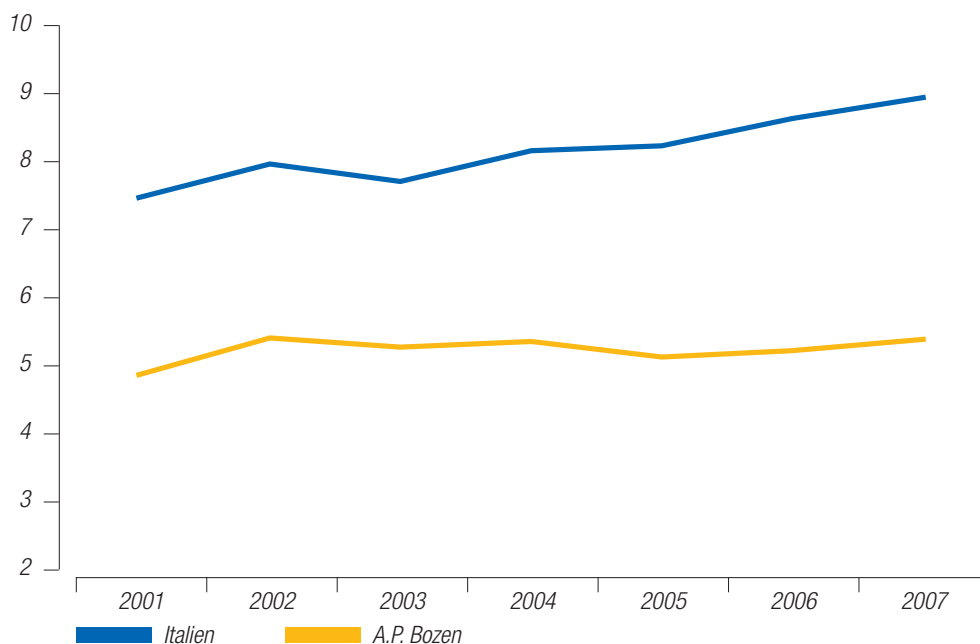
Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

REZEPTVERSCHREIBUNG

Im Jahr 2007 wurden vom Landesgesundheitsdienst insgesamt 2,6 Millionen Rezepte ausgestellt, was einem Anstieg auf Landesebene von 4,2 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht; pro Kopf wurden im Verlauf des Jahres durchschnittlich 5,4 Rezepte pro Einwohner ausgestellt, mit erheblichen Unterschieden zwischen Frauen (5,6) und Männern (4,6) und Gesundheitssprengeln. Die Verschreibung von Medikamenten an die weibliche Bevölkerung variiert von einem Mindestwert von 3,6 im Sprengel Klausen verschriebenen Rezepten bis zu einem Höchstwert von 6,5 Rezepten in den Sprengeln Brixen und Passeiertal. Für die männliche Bevölkerung variiert die Verschreibung von Medikamenten von einem Mindestwert von 3 Rezepten im Sprengel Salten-Sarntal-Ritten bis zu einem Höchstwert von 5,6 Rezepten in Bozen.

Die Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen auf Landesebene in den letzten fünf Jahren ist stationär gegenüber einem konstant höheren gesamtstaatlichen Trend mit einer tendenziellen Steigerung der Differenz im vergangenen Dreijahreszeitraum.

Abbildung 19: Durchschnittliche Rezeptanzahl pro Kopf in Südtirol und Italien. Jahre 2001–2007



Quelle: OSMED, ISTAT

VERSCHREIBUNG VON
 MEDIKAMENTEN (ANZAHL
 AN PACKUNGEN)

Die Anzahl der verschriebenen Medikamentenpackungen stieg im Jahr 2007 über 5,2 Millionen, was 10,9 Medikamentenpackungen pro Kopf entspricht, gegenüber einem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 16,5 Packungen pro Einwohner. Der maximale Verbrauch bei der männlichen und weiblichen Bevölkerung ist in den Sprengeln Bozen (11,5) und Passeiertal (13,2) festzustellen.

INTERNATIONALE
 KLASSIFIKATION DER
 MEDIKAMENTE ATC

Um einen Vergleich zwischen den der Südtiroler Bevölkerung im Jahr 2007 verschriebenen Medikamentenmengen nach den verschiedenen Arten von Pharmaka und Verbrauchsmodalitäten in den Gesundheitssprengeln anstellen zu können, wurden bei der Analyse des Verbrauchs die internationale Klassifikation der Medikamente ATC (Anatomische, Therapeutische, Chemische Klassifikation) und die Standardmenge der verschriebenen Medikamentendosis (DDD – Defined Daily Dose) herangezogen. DDD ist die tägliche Medikamentendosis, die in Bezug auf den aktiven Wirkstoff im Medikament und für eine

pharmakologische Behandlungsdauer, die der in einer Packung enthaltenen Medikamentenmenge entspricht, verschrieben wird.

Der Indikator DDD/1.000 Einwohner stellt also die durchschnittliche Medikamentenmenge (in Standard-Einheiten) dar, die im Bezugszeitraum (Monat, Halbjahr, Jahr, etc.) pro 1.000 Einwohner/Tag verschrieben wird.

DEFINED DAILY DOSE DDD

Tabelle 58: **Anzahl von Medikamentenpackungen und Pro-Kopf-Medikamentenpackungen nach Sanitätssprengel und Geschlecht – Jahr 2007**

	Packungen insgesamt			Pro-Kopf-Packungen		
	Männer	Frauen	N.S.	Männer	Frauen	N.S.
Grödental	37.122	40.484	6.705	8,3	9,3	0,8
Eggental-Schlern	63.366	70.751	5.835	6,8	7,8	0,3
Salten-Sarnatal-Ritten	52.145	66.965	4.382	6,1	8,0	0,3
Überetsch	110.288	131.678	10.771	8,5	9,6	0,4
Leifers-Branzoll-Pfatten	97.331	113.377	10.120	10,2	11,8	0,5
Unterland	104.105	120.431	10.580	9,2	10,3	0,5
Bozen	603.130	740.745	75.675	11,5	12,7	0,7
Oberer Vinschgau	53.094	65.525	14.385	7,1	9,0	1,0
Mittlerer Vinschgau	70.660	86.527	19.493	8,2	10,1	1,1
Naturns-Umgebung	39.119	45.507	4.595	7,8	9,2	0,5
Lana-Umgebung	93.179	122.520	11.515	8,6	11,0	0,5
Meran-Umgebung	260.996	321.828	36.729	10,3	11,5	0,7
Passeiertal	38.668	50.252	5.047	9,7	13,2	0,6
Wipptal	80.731	104.018	7.016	9,3	12,2	0,4
Brixen-Umgebung	175.240	216.310	26.310	10,8	12,8	0,8
Klausen-Umgebung	46.399	52.130	3.019	6,3	7,2	0,2
Taufers- Ahrntal	51.737	65.569	4.282	8,4	11,5	0,4
Bruneck-Umgebung	142.801	179.147	30.909	8,7	11,2	1,0
Hochpustertal	57.095	72.840	13.603	7,9	9,8	0,9
Gadertal	39.880	44.015	6.825	8,1	9,3	0,7
Insgesamt	2.217.086	2.710.619	307.796	9,4	11,1	0,6

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

Wie zuvor gezeigt, ergeben die Angaben über den Medikamentenverbrauch deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: im Jahr 2007 verbrauchten die Männer durchschnittlich 531 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (9,4 Packungen pro Kopf im gesamten Jahr), während es bei den Frauen durchschnittlich 633 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen waren (11,1 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Tabelle 59: **Verteilung der Medikamente nach Alter und Geschlecht – Jahr 2007**

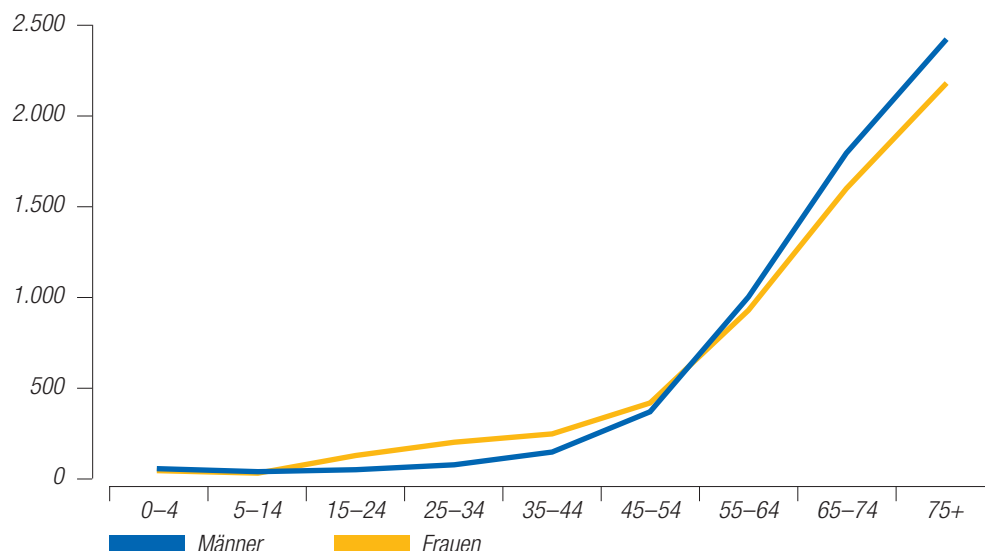
	Anzahl der Packungen			DDD/1.000 Einwohner/Tag		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0–4 Jahre	31.046	25.341	56.387	62,3	50,8	56,8
5–14 Jahre	39.931	32.884	72.815	46,6	36,7	41,8
15–24 Jahre	38.753	63.616	102.369	55,8	135,0	94,4
25–34 Jahre	58.829	110.832	169.661	82,5	206,6	144,6
35–44 Jahre	130.979	180.357	311.336	154,0	252,2	202,0
45–54 Jahre	212.853	232.092	444.945	375,7	423,1	399,1
55–64 Jahre	417.243	410.958	828.201	1.005,2	931,6	967,5
65–74 Jahre	630.518	644.181	1.274.699	1.794,2	1.600,8	1.691,5
Ab 75 Jahre	643.384	995.457	1.638.841	2.409,6	2.169,0	2.258,1
Insgesamt	2.203.536	2.695.718	4.899.254	531,3	632,8	583,0

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

MEDIKAMENTEN- VERBRAUCH NACH ALTER UND GESCHLECHT

Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Datenbank der verschriebenen Medikamente in einigen Fällen nicht Informationen über das Geschlecht und/oder Alter enthielt, was somit Differenzen bei der abgegebenen Stückzahl der Tabelle 58 im Vergleich zum Wert der Tabelle 59 ergibt.

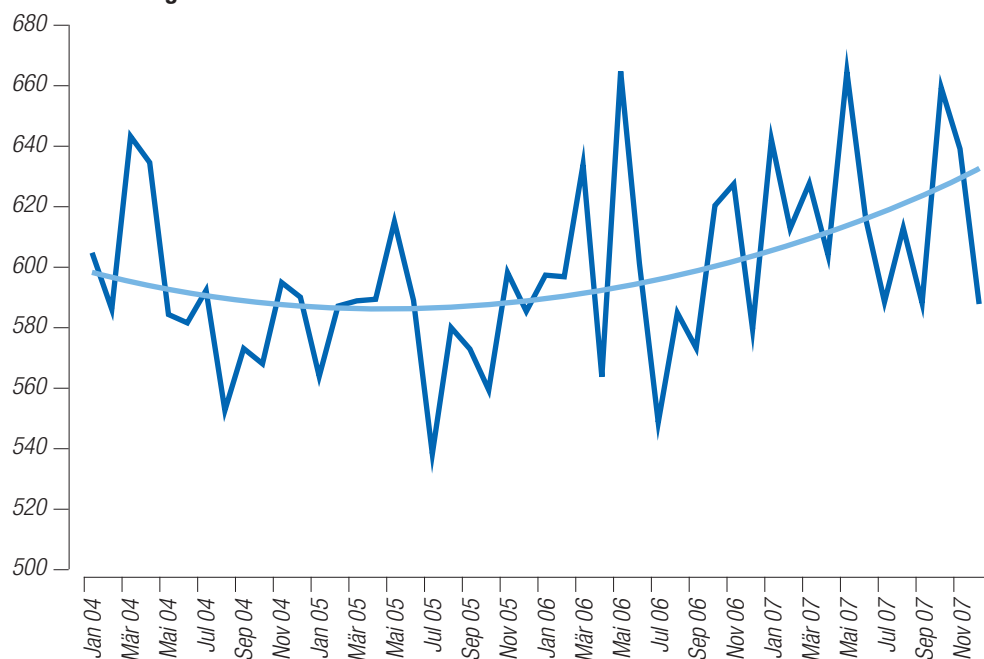
Abbildung 20: **Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einw./Tag) in Südtirol nach Alter und Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Große Unterschiede gibt es auch im Verbrauch nach Alter: im Kindesalter (0–14 Jahre) liegt der durchschnittliche Verbrauch im Jahr 2007 unter 60 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Kinder (ungefähr 1,6 Packungen pro Kind im Jahr), mit Schwankungen zwischen 18 (Mädchen im Sprengel Hochpustertal) und 93 (Jungen in Bozen); im Jugend-Erwachsenenalter (15–34 Jahre) steigt der durchschnittliche Verbrauch bis auf 122 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner (von einem Minimum von 26,6 für die Männer im Gadertal bis zu einem Höchstwert von 304,5 Dosen für die Frauen in Brixen); im Erwachsenenalter (35–64 Jahre) nimmt der Verbrauch bis auf 466 tägliche Dosen pro 1.000 Einwohner zu (von 96,6 Dosen für die männliche Bevölkerung in Salten-Sarntal-Ritten bis 1.184 Dosen für die Männer in Bozen), was rund 7,5 Packungen pro Kopf gleichkommt; im fortgeschrittenen Alter (ab 65 Jahren) vervierfacht sich der Verbrauch gegenüber der vorhergehenden Altersklasse mit über 1.960 täglichen Dosen pro 1.000 ältere Menschen (von einem Minimum von 1.107 Dosen für die Frauen im Sprengel Klausen bis zu einem Höchstwert von zirka 2.700 Dosen für die Senioren im Sprengel Brixen). Der Trend des Medikamentenverbrauchs nach Altersklasse und Geschlecht verläuft komplementär: im Kindesalter liegt der Verbrauch in der männlichen Bevölkerung leicht höher; im Erwachsenenalter verbrauchen die Frauen mehr Medikamente als Männer, im fortgeschrittensten Alter ist wiederum eine Trendumkehr zu beobachten (Abbildung 20).

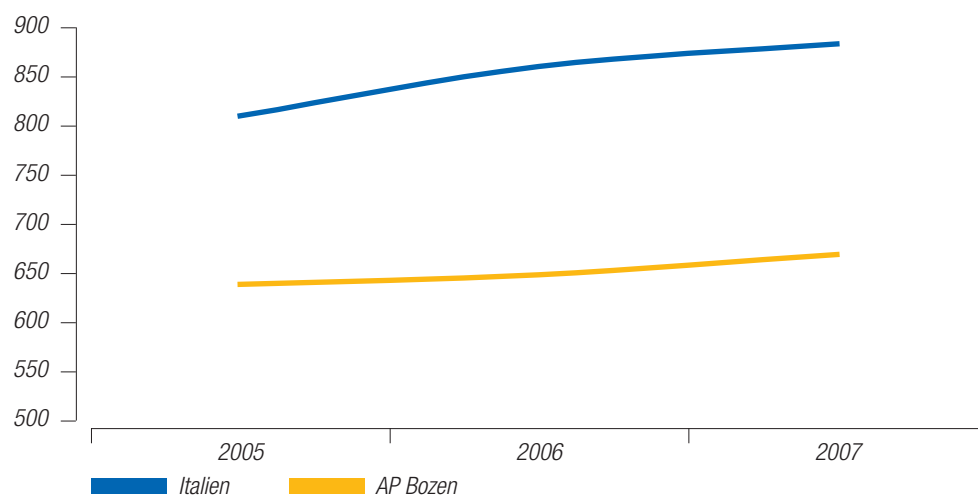
Abbildung 21: Durchschnittliche Anzahl der unter der Südtiroler Bevölkerung verteilten täglichen Medikamentendosen – Zeitraum 2004–2007



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Der tägliche Medikamentenverbrauch pro 1.000 Südtiroler im Zeitraum 2004–2007 zeigt einen abnehmenden Trend in den ersten 18 Monaten des Zeitraums, gefolgt von einer progressiven Zunahme im zweiten Teil des betreffenden Zeitraums bei einer Steigerung der saisonbedingten und monatlichen Variabilität.

Abbildung 22: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) in Südtirol und Italien – Jahre 2005–2007



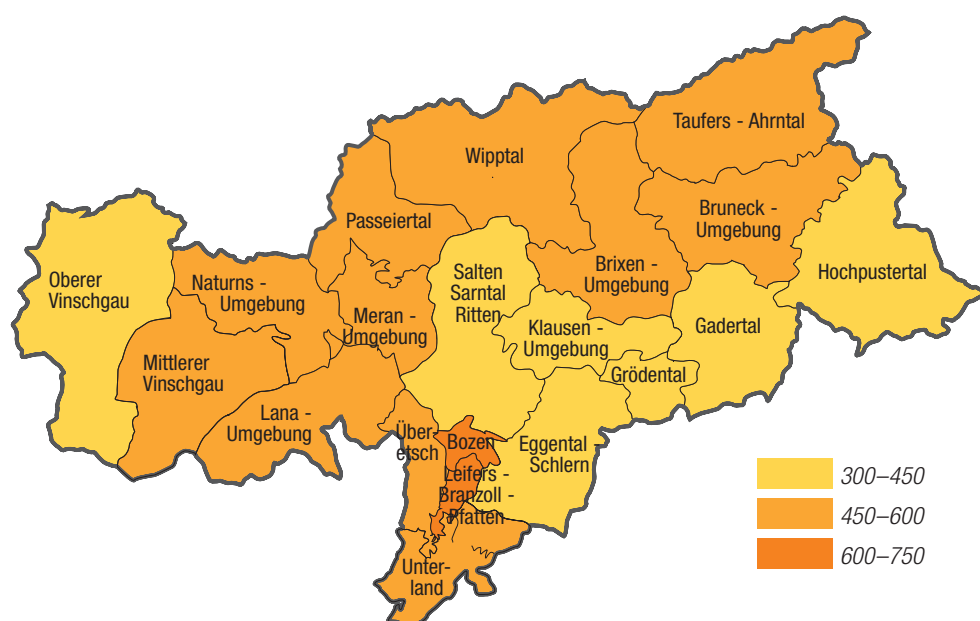
Quelle: OSMED

**GEWICHTESYSTEM
AUFGRUND DER
DEMOGRAPHISCHEN
MERKMALE**

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Verlauf zeigt sich der Medikamentenverbrauch auf Landesebene in den letzten drei Jahren konstant, mit einer tendenziellen Steigerung der Schere zwischen den durchschnittlichen Verbrauchswerten auf Staats- und Landesebene (Abbildung 22).

Zur Beseitigung der Unterschiede im Medikamentenverbrauch auf der Grundlage der demographischen Merkmale der Bevölkerung (Geschlecht und Alter) im Vergleich zwischen den Gesundheitssprengeln wurde ein Gewichtesystem eingeführt, das von der Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums für die Aufteilung der Pro-Kopf-Quote des Nationalen Gesundheitsfonds (NGF) benutzt wird.

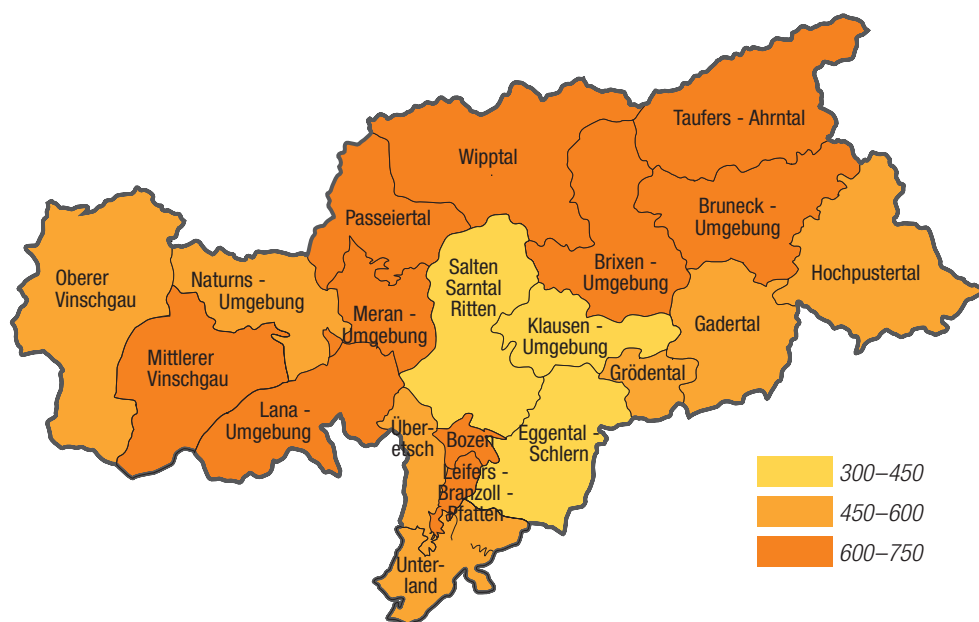
Abbildung 23: **Durchschnittliche Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler nach Gesundheitssprengel – MÄNNER – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Der Medikamentenverbrauch auf Gesundheitssprengelstufe zeigt Unterschiede sowohl zwischen den verschiedenen territorialen Bereichen als auch zwischen der männlichen und weiblichen Bevölkerung (Abbildung 23 und Abbildung 24), wie mehrmals zuvor festgestellt wurde. Eine hohe Inanspruchnahme der pharmakologischen Therapie wird für beide Geschlechter in den Zentren mit hoher Wohndichte (Bozen und Leifers) festgestellt; für die weibliche Bevölkerung wird ein hoher Verbrauch auch in den anderen großen Stadtzentren (Meran, Brixen und Bruneck) sowie in den außerstädtischen Zonen des Mittleren Vinschgaus, von Lana, des Passeiertals, des Wipptals und des Tauferer Ahrntals verzeichnet. Bei beiden Geschlechtern der Bevölkerung sind die Gesundheitssprengel Salten-Sarntal-Ritten, Eggental-Schlern und Klausen von einem geringeren Medikamentenverbrauch im Vergleich zu den anderen Gebieten gekennzeichnet.

Abbildung 24: Durchschnittliche Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler nach Gesundheitssprengel – FRAUEN – Jahr 2007



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Die Analyse des Verlaufs des Medikamentenverbrauchs nach Gesundheitssprengel im letzten Fünfjahreszeitraum ergibt die höchste Abgabe an die ältesten Altersklassen (über 600 DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nicht nur in den Stadtzentren (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck), sondern auch in einigen außerstädtischen Gebieten.

Bei der Datenverarbeitung des Medikamentenverbrauchs nach Hauptkörperteil wurden für einige Medikamente die Informationen über die Art des Medikaments nicht in die Datenbank eingegeben, was zu einer Differenz in Bezug auf die in der Tabelle 58 aufgeführte Gesamtanzahl an Packungen im Vergleich zum in der Tabelle 60 angegebenen Wert führte.

Die Verteilung der durchschnittlich pro 1.000 Einwohner Südtirols im Jahr 2007 verschriebenen täglichen Medikamentenmengen nach therapeutischer Gruppe ATC zeigt auf den ersten fünf Plätzen die Medikamentengruppen für das Herz-Kreislaufsystem, für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel, für das Blut und die blutbildenden Organe, das zentrale Nervensystem und für den Urogenitaltrakt und die Sexualhormone.

Aus dem Vergleich des Medikamentenverbrauchs zwischen der männlichen und weiblichen Bevölkerung ergeben sich interessante Hinweise auf die Krankheitsbilder bezüglich der beiden Geschlechter (Tabelle 60).

Der Medikamentenverbrauch betrifft bei Männern und Frauen in gleichem Maße die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie antimikrobiische Arzneimittel zur systemischen Anwendung, während bei den Männern eine höhere Inanspruchnahme von Medikamenten für Erkrankungen der Atemwege und Hautkrankheiten als bei den Frauen zu beobachten ist. Bei den anderen Medikamentenarten ist der Verbrauch bei der weiblichen Bevölkerung höher als bei den Männern; insbesondere werden von den Frauen mindestens doppelt so viele Arzneimittel für das Skelett-Muskel-System, systemische Hormonpräparate und antineoplastische Mittel eingenommen als von den Männern.

Tabelle 60: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl und DDD / 1.000 Einw. pro Tag) nach ATC und Geschlecht – Jahr 2007**

	Anzahl der Verpackungen			DDD/1.000 Einwohner / Tag		
	Männer	Frauen	N.S.	Männer	Frauen	N.S.
Herz-Kreislaufsystem	939.183	1.012.792	120.442	274,6	272,1	32,6
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	280.960	339.363	36.267	52,1	62,2	6,5
Blut und blutbildende Organe	201.656	201.434	25.656	52,9	60,1	7,0
Zentrales Nervensystem	203.510	337.094	38.189	34,8	60,8	6,4
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	125.237	165.176	14.124	30,0	51,5	4,0
Allgemeine Antimikrobika zur syst. Verabreich.	150.185	177.201	24.286	11,3	12,2	1,8
Muskel- und Skelett-System	80.350	152.751	16.882	18,0	34,5	3,7
Respirationstrakt	121.883	97.098	13.156	33,6	25,3	3,5
Systemische Hormonpräparate	48.930	129.374	10.363	13,4	36,2	2,9
Sinnesorgane	31.002	41.585	3.282	8,5	11,0	0,9
Antineoplastika und Immunmodulatoren	8.938	28.108	2.138	1,0	5,8	0,4
Dermatologika	14.001	10.014	1.145	2,5	1,7	0,2
Antiparasitäre Pharmaka	3.869	10.103	777	0,3	0,9	0,1
Sonstige	1.785	903	175	0,1	0,0	0,0
Insgesamt	2.211.489	2.702.996	306.882	533,2	634,4	69,9

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

Aus dem Vergleich des Verbrauchs der verschiedenen Medikamentenarten zwischen den Gesundheitssprengeln (Tabelle 61) ergeben sich hauptsächlich Unterschiede zwischen den Stadtzentren Bozen und Bruneck und den außerhalb der Städte liegenden Gebieten im Passeiertal und im Wipptal. Der Gesundheitssprengel Bozen zeichnet sich durch den höchsten Verbrauch an Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem, für den Magendarmtrakt und den Stoffwechsel, dermatologische Arzneimittel, antineoplastische Immunomodulatoren, antiparasitäre Medikamente, Arzneimittel für die Atemwege sowie für die Sinnesorgane aus. Im Gesundheitssprengel Bruneck ist auf Landesebene der größte Verbrauch an Medikamenten für das Blut und blutbildende Organe sowie für das Nervensystem zu verzeichnen, während der Gesundheitssprengel Passeiertal an erster Stelle in Bezug auf den Verbrauch von systemischen Hormonpräparaten und allgemeinen antimikrobiischen Arzneimitteln für systemische Anwendung steht.

Im Gesundheitssprengel Wipptal gebraucht die Bevölkerung im Vergleich zu anderen Gebieten mehr Medikamente für das Urogenitalsystem und Sexualhormone, für das Skelett-Muskel-System sowie dermatologische Arzneimittel.

Die Daten über den Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einw. pro Tag) nach Sprengel, ATC und Geschlecht stehen in den zusätzlichen Tabellen zur Verfügung, die in der dieser Ausgabe des Gesundheitsberichts beiliegenden CD-ROM veröffentlicht sind.

Tabelle 61: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach ATC und Sanitätssprengel – Jahr 2007**

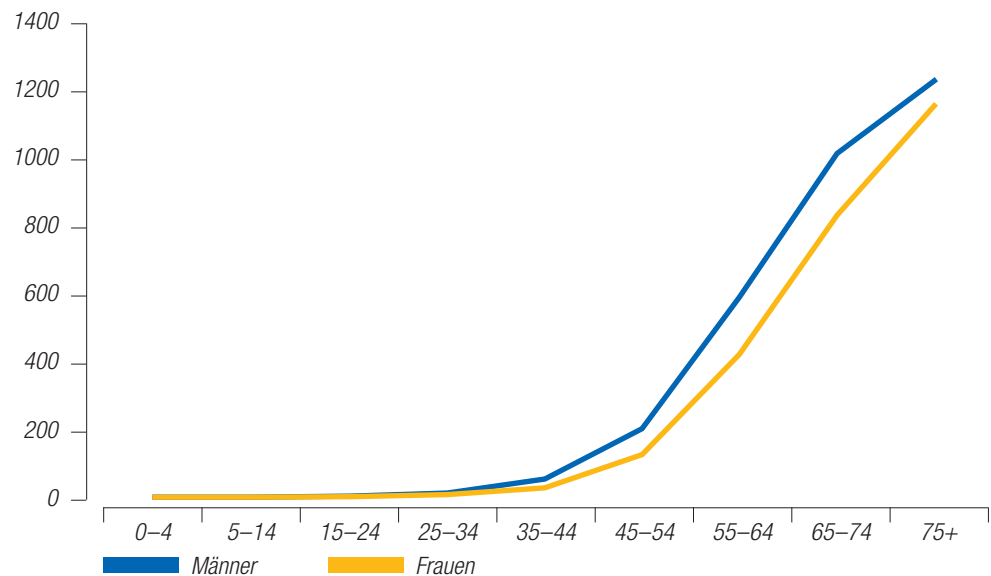
	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V
Grödental	45,6	54,4	245,5	0,9	36,4	21,5	12,4	3,6	24,4	37,4	0,6	23,4	7,5	0,0
Eggental-Schlern	40,6	37,6	206,0	0,9	33,3	18,3	9,3	1,6	20,6	35,6	0,6	21,5	5,4	0,0
Salten-Sarnthal-Ritten	38,5	35,8	194,1	0,9	28,9	17,9	8,1	2,0	16,4	31,5	0,4	24,8	4,3	0,0
Überetsch	56,8	44,7	264,0	1,8	37,0	22,7	10,4	3,1	25,2	40,6	0,5	24,0	8,3	0,0
Leifers-Branzoll-Pfatten	74,3	59,4	324,0	2,3	41,5	24,5	14,5	3,8	25,3	46,7	1,0	38,9	12,3	0,1
Unterland	66,9	56,1	280,4	1,6	35,4	22,8	12,8	3,4	26,8	43,6	0,8	31,3	9,6	0,1
Bozen	75,0	61,9	346,8	3,1	48,2	27,0	14,8	4,7	32,9	56,4	1,2	41,7	17,6	0,1
Oberer Vinschgau	42,1	56,6	240,3	1,4	45,8	26,3	9,7	3,0	29,3	37,9	0,2	24,7	5,3	0,0
Mittlerer Vinschgau	49,3	67,0	273,2	1,9	52,7	29,4	11,6	3,5	27,4	48,2	0,3	29,2	10,2	0,0
Naturns-Umgebung	45,4	54,9	254,8	1,4	38,1	23,8	11,7	2,6	19,3	43,6	0,4	24,0	10,6	0,0
Lana-Umgebung	60,6	66,5	319,4	1,6	39,6	29,5	11,0	3,8	27,5	48,2	0,5	31,3	7,7	0,0
Meran-Umgebung	66,8	71,9	323,8	2,2	34,9	28,6	11,8	4,5	31,4	47,5	0,5	33,4	13,0	0,1
Passeiertal	55,6	68,0	327,7	1,5	39,6	35,7	23,6	2,8	31,8	48,9	0,5	24,1	7,1	0,0
Wipptal	61,4	57,2	237,8	3,1	54,8	25,4	15,6	2,7	35,7	60,6	0,4	33,6	4,9	0,1
Brixen-Umgebung	66,8	68,4	297,1	2,8	57,4	30,2	16,0	3,7	33,2	68,1	0,4	31,8	7,4	0,0
Klausen-Umgebung	36,9	36,0	175,4	1,2	34,7	19,2	8,1	2,0	23,1	29,9	0,2	17,8	4,8	0,0
Taufers-Ahrntal	44,6	66,1	282,2	2,2	51,8	26,1	9,0	2,9	22,7	63,9	0,6	22,9	4,1	0,0
Bruneck-Umgebung	55,3	73,9	268,8	2,7	53,7	33,2	11,5	3,4	27,4	74,2	0,6	24,9	6,9	0,0
Hochpustertal	55,2	59,4	273,2	2,0	23,1	28,0	11,4	4,0	24,1	54,6	0,5	21,5	6,0	0,1
Gadertal	46,0	57,6	239,2	1,2	32,7	28,5	13,0	2,7	17,3	49,6	0,5	23,4	4,1	0,1
Insgesamt	60,6	60,1	289,9	2,2	42,9	26,5	12,7	3,6	28,3	51,3	0,7	31,2	10,2	0,1

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

A = Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel; B = Blut und blutbildende Organe; C = Herz-Kreislaufsystem; D = Dermatologika;
 G = Urogenitaltrakt/Sexualhormone; H = Systemische Hormonpräparate; J = Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreich.;
 L = Antineoplastika und Immunmodulatoren; M = Muskel- und Skelett-System; N = Zentrales Nervensystem; P = Antiparasitäre Pharmaka;
 R = Respirationstrakt; S = Sinnesorgane; V = Sonstige

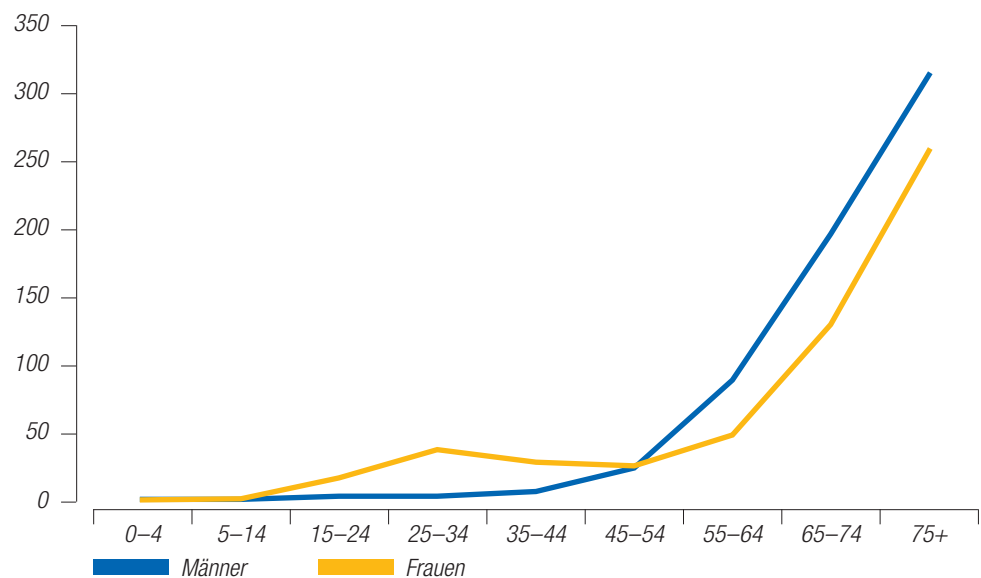
Der Verlauf des Medikamentenverbrauchs nach Geschlecht und Alter zeigt deutliche Unterschiede auch innerhalb der ATC: die Einnahme von Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem, die mit zunehmendem Alter ansteigt, wie auch das Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten, überlagert sich bei den Geschlechtern, die Mengen unterscheiden sich jedoch deutlich (Abbildung 25).

Abbildung 25: **Medikamentenverbrauch für das Herz-Kreislaufsystem (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

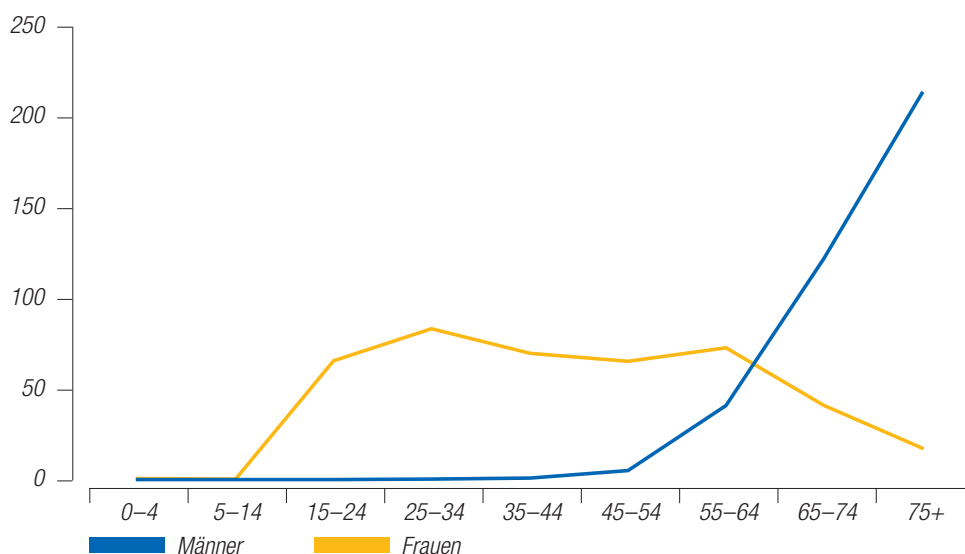
Abbildung 26: **Medikamentenverbrauch für das Blut und die blutbildenden Organe (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Medikamente für das Blut und die blutbildenden Organe betreffen in einer mittleren Altersklasse vorwiegend die Frauen im fruchtbaren Alter (25–45 Jahre) (antianämische Präparate); mit ansteigendem Alter ist ein Zuwachs auch bei den Männern (in der Form von Aggregationshemmern und Antimikrobika) zu beobachten, was im Zusammenhang mit den alters- und geschlechtsbezogenen Risiken zu sehen ist (Abbildung 26).

Abbildung 27: Medikamentenverbrauch für den Urogenitaltrakt/die Sexualhormone (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht – Jahr 2007



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

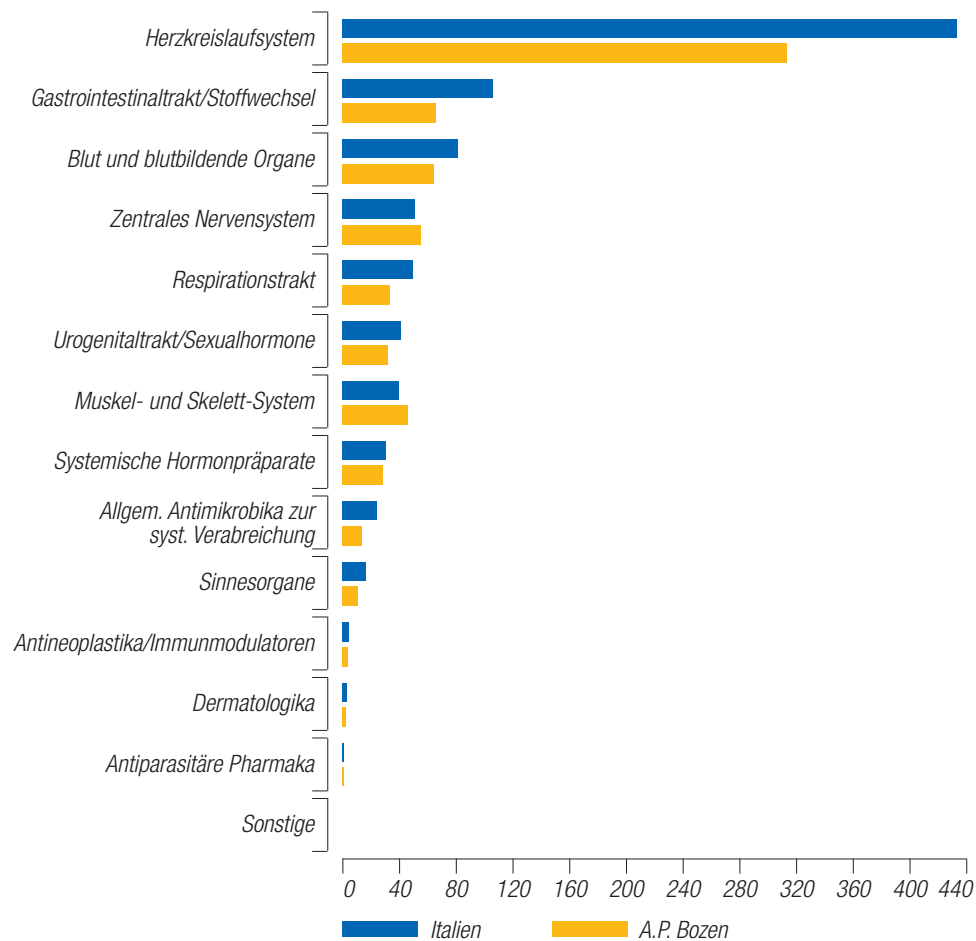
Die Analyse der Medikamente für den Urogenitaltrakt zeigen in der Südtiroler Bevölkerung einen unterschiedlichen Verlauf bei den Geschlechtern (Abbildung 27). Die Verschreibung betrifft im Alter zwischen 20 und 50 Jahren in Bezug auf die hormonalen Kontrazeptiva fast ausschließlich die Frauen³. Die Männer sind umgekehrt von einem Anstieg der Medikamente im Alter nach 50 Jahren betroffen, was auf die Prostataerkrankungen zurückzuführen ist.

Auch zwischen dem restlichen Staatsgebiet und der Südtiroler Bevölkerung sind Unterschiede zu erkennen (Abbildung 28): auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Zugriff auf Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem, den Gastrointestinaltrakt, das Blut und die blutbildenden Organe und den Respirationstrakt stärker als in Südtirol. Auf Landesebene wird ein gleichmäßiger Verbrauch für die verschiedenen ATC-Gruppen mit Ausnahme der Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem verzeichnet.

³ Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

**BRUTTOAUSGABEN FÜR
DIE PHARMAZEUTISCHE
VERSORGUNG**

Abbildung 28: Verteilung DDD/1.000 Einwohner/Tag – Südtirol und Italien – Jahr 2007



Quelle: OSMED

2.7.3. Ausgaben für Medikamente

Die Bruttoausgaben für die über die Apotheken abgegebenen Medikamente erfuhren im Jahr 2007 einen Rückgang von 4,1 % im Vergleich zu 2006 (gegenüber –5,4 % auf gesamtstaatlicher Ebene) und erreichten rund 68,6 Millionen Euro; diesem Betrag sind weitere 41 Millionen Euro für die privaten Medikamentenausgaben, die vollständig von den Bürgern zu tragen sind, hinzuzufügen. Insgesamt belaufen sich daher die territorialen Ausgaben für Medikamente im Jahr 2007 auf über 100 Millionen Euro.

Prozentuell nehmen die Privatausgaben für Medikamente (40 %) den zweiten Platz in der Rangordnung der Italienischen Regionen, nach Ligurien und dem Aostatal (41 %), ein.

Die Bruttoausgaben für Medikamente umfassen nur die von den konventionierten Apotheken dem Verbuchungsamt für Rezepte des Südtiroler Sanitätsbetriebes übermittelten Rezepte. Der Gesamtbetrag der Tickets entspricht der tatsächlichen Beteiligung der Versorgten an den Ausgaben des Landes für Arzneimittel; gegenüber 2006 ist der Beitrag der Südtiroler Bürger an den Medikamentenausgaben um 7,0 % gestiegen, gegenüber einer durchschnittlichen Steigerung von 30,2 % auf gesamtstaatlicher Ebene.

Der Rückgang der Ausgaben hängt teilweise mit der Medikamentenpreissenkung zusammen, die aufgrund der AIFA-Maßnahmen ab 15. Juli 2006 zustande kam, sowie mit einer

weiteren 5%igen Senkung der Preise aller rückerstattungsfähigen Arzneimittel des NGD, die seit 1. Oktober 2006 in Kraft ist.

Ein weiterer Effekt des Rückgangs der Ausgaben kann auf die Aktivierung von direkten Verteilungsformen der Medikamente im September 2005 zurückgeführt werden (Beschluss der Landesregierung Nr. 3583 vom 04.10.2004).

Tabelle 62: **Ausgaben für konventionierte Medikamente – Südtirol und Italien – Jahre 2006–2007**

	Jahr 2006		Jahr 2007		Differenzen % 2006/2007	
	Südtirol	Italien	Südtirol	Italien	Südtirol	Italien
Bruttoausgaben	71.565,34	13.440.166,59	68.615,66	12.712.226,26	-4,1	-5,4
Tickets	4.350,38	413.877,15	4.656,75	538.851,90	7,0	30,2
Rabatt Apotheken	3.546,16	699.124,00	3.417,59	680.256,96	-3,6	-2,7
Nettoausgaben zu Lasten des NGD	63.668,80	12.327.165,44	60.541,31	11.493.117,40	-4,9	-6,8

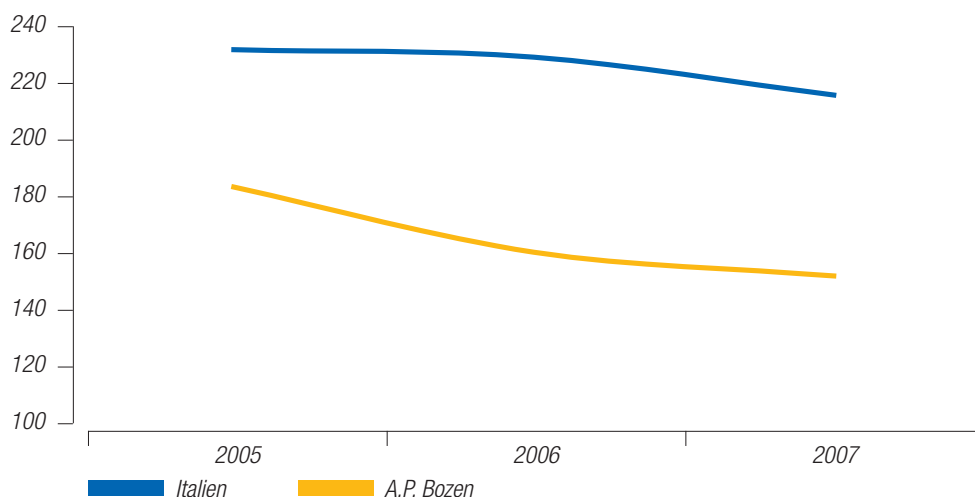
Quelle: Amt für Gesundheitssprengel – APB

Gemäß den nationalen Bestimmungen müssen die Apotheken dem Nationalen/Landesgesundheitsdienst einen Rabatt auf die auf den Packungen angegebenen Preise gewähren; zieht man von den Bruttoausgaben den von den Bürgern gezahlten Ticketbetrag und den Rabatt der Apotheken ab, erhält man die Nettoausgaben, die dem Betrag entsprechen, den das Land den Apotheken rückerstattet.

**BRUTTO- UND
NETTOAUSGABEN FÜR
MEDIKAMENTE**

243

Abbildung 29: **Bruttoausgaben für Medikamente pro Kopf in Südtirol und Italien 2005–2007**



Quelle: OSMED

Im Jahr 2007 nahmen die Nettoausgaben des Landesgesundheitsdienstes im Vergleich zum Vorjahr um 4,9 % ab. Der Landesgesundheitsdienst gab durchschnittlich rund 126 Euro pro Kopf für die pharmazeutische Versorgung aus, 35,4 % weniger im Vergleich zum nationalen Durchschnitt (194 Euro).

Auf Gesundheitssprengel Ebene wurden die höchsten Beträge für Brutto-Pro-Kopf-Ausgaben, abgesehen vom Alter, vom Gesundheitssprengel Bozen (169,19 Euro) getragen, während die geringsten Werte im Gesundheitssprengel Klausen festzustellen sind (87,93 Euro).

**DURCHSCHNITTLICHER
TÄGLICHER MEDIKAMEN-
TENVERBRAUCH NACH
DURCHSCHNITTlichen
EINHEITSKOSTEN PRO
TÄGLICHE DOSIS**

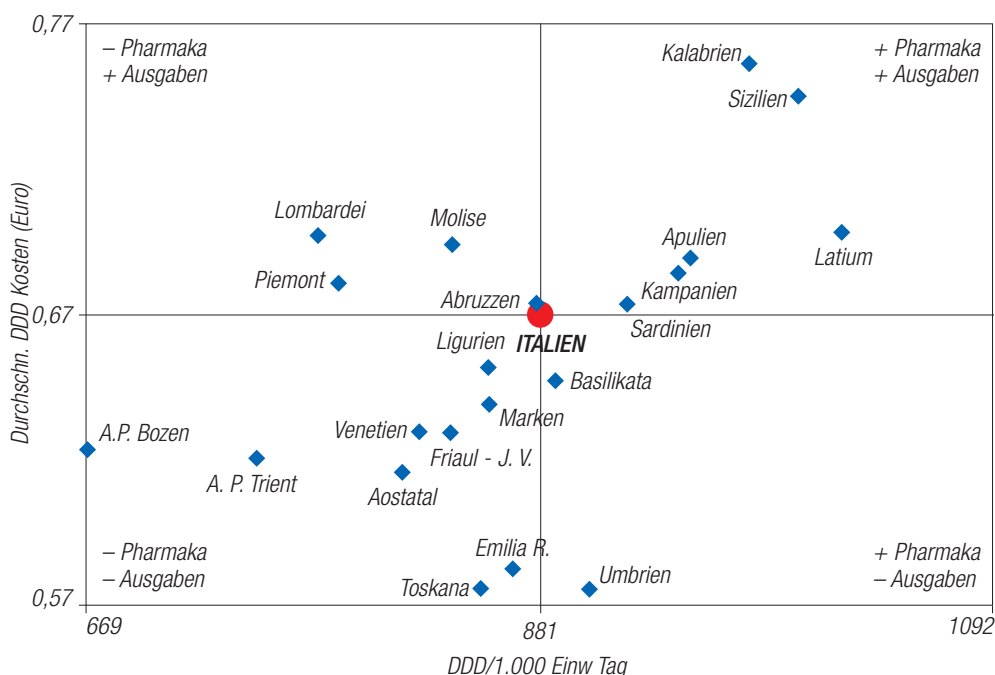
**MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS
ZUM VERBRAUCH –
ÜBERREGIONALER
VERGLEICH**

Die territoriale Verteilung nach Region und Gesundheitssprengel des durchschnittlichen täglichen Medikamentenverbrauchs (DDD/1.000 Einwohner/Tag) im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten pro DDD ermöglicht einige interessante Betrachtungen über den Medikamentenverbrauch sowohl in Bezug auf die Menge als auch in wirtschaftlicher Hinsicht.

Die folgenden Schaubilder stellen eine in vier Quadranten eingeteilte Zone dar, die durch die Schnittpunkte des durchschnittlichen Tageskonsums auf gesamtstaatlicher Ebene (Landesebene) und der durchschnittlichen gesamtstaatlichen Kosten (Kosten auf Landesebene) pro DDD-Einheit festgelegt werden. Die Regionen (Gesundheitssprengel) ordnen sich innerhalb der Quadranten nach der durchschnittlichen, im Jahr 2007 pro Tag eingenommenen Medikamentenmenge in DDD-Standard-Einheiten und nach den Einheitskosten pro eingenommene Dosis an.

Die meisten nördlichen Regionen haben einen Medikamentenverbrauch und Einheitskosten pro Tagesdosis, die unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegen. Die Autonome Provinz Bozen weist den niedrigsten Konsum auf gesamtstaatlicher Ebene auf, während die Region Umbrien die niedrigsten Einheitskosten verzeichnet. Die süditalienischen Regionen haben einen hohen und teuren Medikamentenkonsum.

Abbildung 30: **Nationaler Vergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag – Jahr 2007**

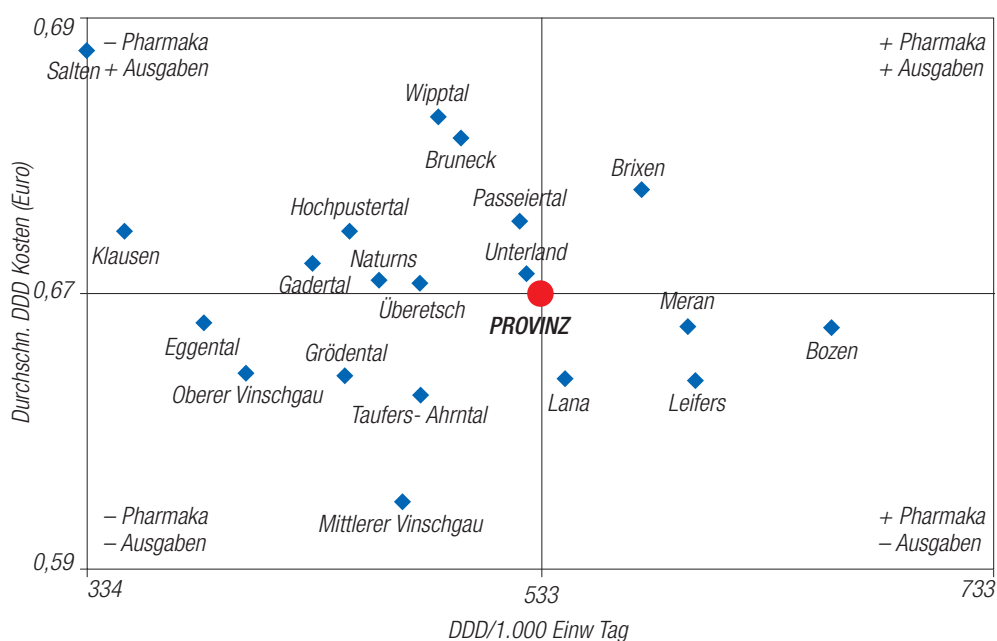


Quelle: OSMED

**MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS
ZUM VERBRAUCH –
ÜBERBEZIRKLICHER
VERGLEICH**

Auf Landesebene haben die Stadtzentren den höchsten und teuersten Medikamentenverbrauch (Gesundheitssprengel Brixen für die männliche Bevölkerung, Gesundheitssprengel Bozen, Meran und Leifers-Branzoll-Pfatten für die weibliche Bevölkerung). Der außerhalb der Stadt befindliche Gesundheitssprengel Passeiertal zeichnet sich auf Landesebene durch den höchsten Verbrauch an teuren Medikamenten bei der weiblichen Bevölkerung aus.

Abbildung 31: Landesvergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag – MÄNNER – Jahr 2007

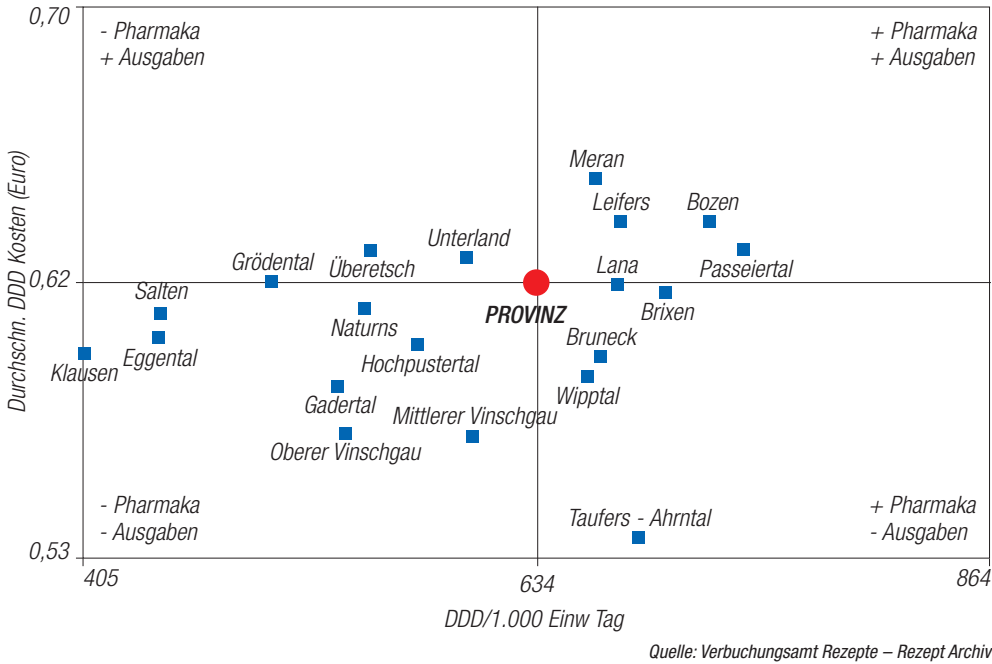


Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Aus dem Vergleich der Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch bei der männlichen und der weiblichen Bevölkerung ergibt sich ein interessantes Profil, das bei den Frauen die Inanspruchnahme teurer Arzneimittel vorwiegend in den Gesundheitssprengeln des Gesundheitsbezirks Bozen und in den Gesundheitssprengeln Meran und Passeiertal verdeutlicht.

Auf der anderen Seite betrifft der Verbrauch teurer Medikamente seitens der männlichen Bevölkerung überwiegend die Gesundheitssprengel des nordöstlichen Gebiets Südtirols.

Abbildung 32: Landesvergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag – FRAUEN – Jahr 2007



Die prozentmäßige Verteilung der Landesbruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach ATC-Kategorie setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (38,6 %, mit höheren Werten bei den Männern – 41,7 % – im Vergleich zu den Frauen – 36,0 %) an die erste und jene für das zentrale Nervensystem (13,1 %, mit höheren Werten bei den Frauen – 15,0 % – im Vergleich zu den Männern – 10,7 %) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Verdauungstrakt mit einem Anteil von 12,1 %.

Tabelle 63: Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch nach ATC-Kategorie und Geschlecht (absolute, Prozent- und Pro-Kopf-Werte) – Jahr 2007

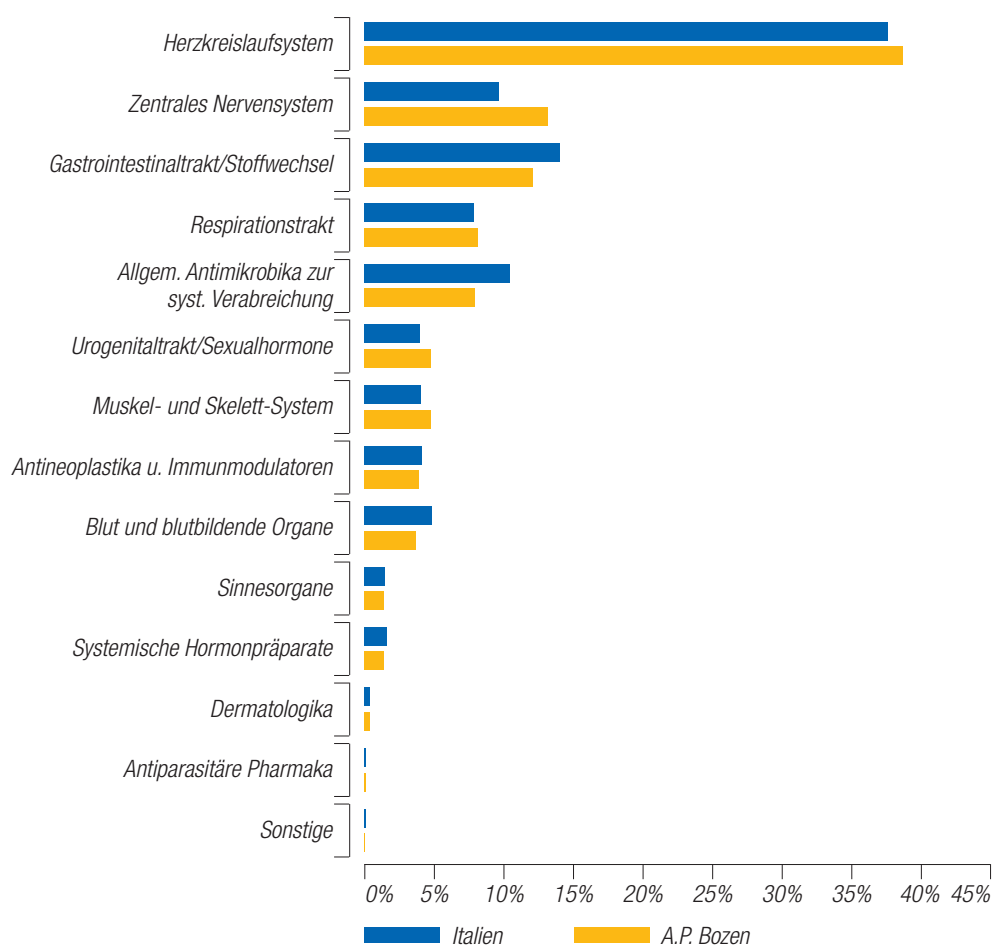
	Männer			Frauen		
	Euro	%	Pro-Kopf	Euro	%	Pro-Kopf
Gastrointestinaltrakt/ Stoffwechsel	3.702.773,93	12,6%	15,64	4.074.300,37	11,6%	16,61
Blut und blutbildende Organe	1.183.390,54	4,0%	5,00	1.194.173,59	3,4%	4,87
Herzkreislaufsystem	12.253.834,48	41,7%	51,74	12.608.370,12	36,0%	51,41
Dermatologika	159.033,39	0,5%	0,67	103.039,55	0,3%	0,42
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	1.809.622,33	6,2%	7,64	1.264.683,69	3,6%	5,16
Systemische Hormonpräparate	248.180,89	0,8%	1,05	620.295,49	1,8%	2,53
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	2.316.048,90	7,9%	9,78	2.716.441,37	7,8%	11,08
Antineoplastika und Immunmodulatoren	445.431,38	1,5%	1,88	2.031.935,08	5,8%	8,29
Muskel- und Skelett-System	710.818,21	2,4%	3,00	2.308.326,40	6,6%	9,41
Zentrales Nervensystem	3.130.616,54	10,7%	13,22	5.246.804,81	15,0%	21,39
Antiparasitäre Pharmaka	28.631,49	0,1%	0,12	59.737,87	0,2%	0,24
Respirationstrakt	2.991.492,94	10,2%	12,63	2.243.852,72	6,4%	9,15
Sinnesorgane	386.697,37	1,3%	1,63	497.842,93	1,4%	2,03
Sonstige	20.625,36	0,1%	0,09	10.826,01	0,0%	0,04
Insgesamt	29.387.197,75	100,0%	124,09	34.980.630,00	100,0%	142,64

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept-Archiv

Bei einigen Medikamenten wurden in der Datenbank nicht die Art des Medikamentes eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen bei den Bruttoausgaben (Tabelle 63) im Vergleich zum Wert der Tabelle 62.

Deutliche Unterschiede gehen aus dem Vergleich zwischen Südtirol und Italien hervor: das Südtiroler Gesundheitswesen trägt prozentmäßig höhere Ausgaben für die Erkrankungen des Herzkreislaufsystems und des zentralen Nervensystems, für die Erkrankungen des Urogenitaltrakts und des Muskel- und Skelett-Systems gegenüber prozentmäßig niedrigeren Ausgaben für den Gastrointestinaltrakt, die Antimikrobika zur systematischen Verabreichung und Arzneien des Blutes und der blutbildenden Organe.

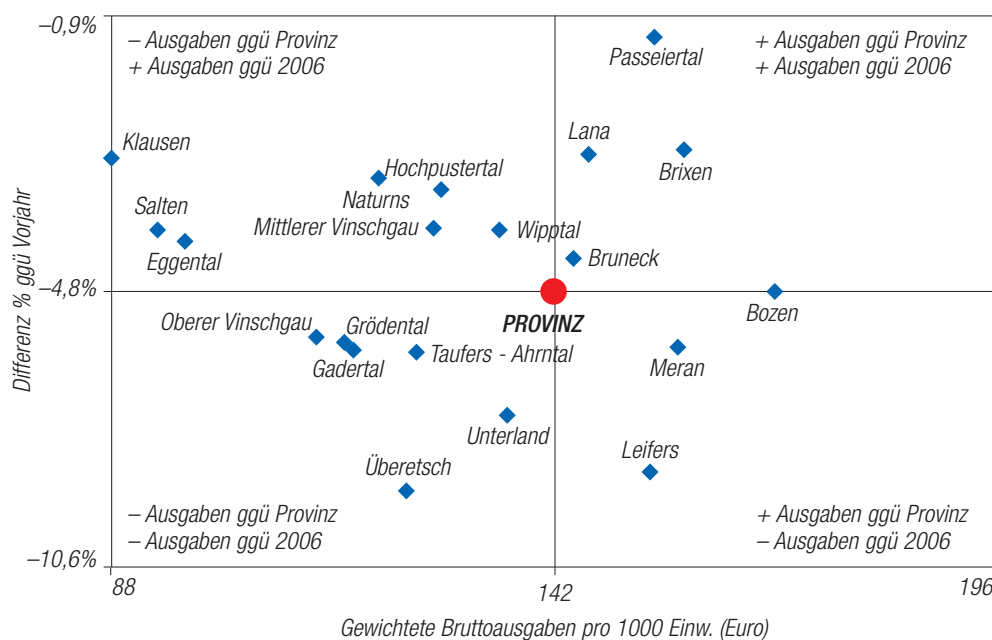
Abbildung 33: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC – Südtirol und Italien – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv; OSMED

Unterteilt man, wie vorher beschrieben, eine Zone in vier Quadranten, kann die Entwicklung der Bruttoausgaben für Medikamente des Jahres 2007 nach Gebiet und die Abweichungen zum Vorjahr beurteilt werden.

Abbildung 34: Landesvergleich der gewichteten Bruttoausgaben pro 1.000 Einwohner und Änderung in % der Bruttoausgaben 2006–2007



Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Aus der Abbildung 34 geht hervor, dass die Medikamentenausgaben in den Städten oder Ortszentren höher sind, als in ländlichen Gebieten, mit Ausnahme der Gesundheitssprengel Passeiertal und Lana; in den Sprengeln Unterland, Leifers-Branzoll-Pfatten und Überetsch wird gegenüber 2005 ein deutlicher Rückgang der Medikamentenausgaben verzeichnet.

2.7.4. Verschreibung der Medikamente

Die konventionierten Ärzte, d.h. die Ärzte, die ermächtigt sind, die vom Landesgesundheitsdienst ausgegebenen Pharmaka zu verschreiben, können Allgemeinmediziner, Kinderärzte freier Wahl, Krankenhausärzte oder Fachärzte sein.

Der größte Teil der Medikamente verschreiben Allgemeinmediziner mit einem Ausmaß von 86,7 % der Verschreibungen (Anzahl der Packungen) auf Landesebene. Die Werte schwanken dabei zwischen 76,5 % und 94,6 % in den Gesundheitssprengeln Hochpustertal und Passeiertal.

Tabelle 64: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl und DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibender Ärztekategorie und Sanitätssprengel – Jahr 2007**

	Basisärzte und Kinderärzte		Fachärzte	
	Absolute Werte	DDD / 1.000 Einw.	Absolute Werte	DDD / 1.000 Einw.
Grödental	75.936	466,9	8.178	46,9
Eggental-Schlern	128.211	395,2	11.931	36,2
Salten-Sarnal-Ritten	113.923	374,0	9.289	29,5
Überetsch	229.984	495,0	22.312	44,2
Leifers-Branzoll-Pfatten	198.346	608,0	21.982	60,4
Unterland	225.822	541,6	21.442	50,0
Bozen	1.197.823	632,3	204.701	99,1
Oberer Vinschgau	122.707	482,2	10.156	40,4
Mittlerer Vinschgau	150.939	514,0	25.582	89,8
Naturns-Umgebung	81.104	484,7	7.864	45,9
Lana-Umgebung	218.937	591,6	21.630	55,7
Meran-Umgebung	520.308	582,3	83.636	88,1
Passeiertal	88.559	631,8	5.022	34,9
Wipptal	157.650	499,5	33.246	93,9
Brixen-Umgebung	350.166	586,4	62.509	96,9
Klausen-Umgebung	95.675	353,4	9.992	36,0
Taufers- Ahrntal	107.100	527,3	14.297	71,8
Bruneck-Umgebung	275.324	502,4	76.479	134,2
Hochpustertal	109.526	440,4	33.737	122,6
Gadertal	81.524	464,3	8.999	51,4
Insgesamt	4.529.564	542,2	692.984	78,1

Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Auch in diesem Fall führt die Nicht-Angabe des verschreibenden Arztes zu einer Differenz bei den insgesamt verschriebenen Packungen (Tabelle 64) im Vergleich zum Wert von Tabelle 57.

Tabelle 65: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibendem Arzt und ATC – Jahr 2007**

	Basisärzte und Kinderärzte			Fachärzte		
	Männer	Frauen	N.S.	Männer	Frauen	N.S.
Herzkreislaufsystem	253,3	255,3	15,4	21,3	16,8	1,2
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	43,0	53,1	2,8	9,1	9,1	0,5
Zentrales Nervensystem	26,9	48,7	2,5	7,9	12,1	0,7
Blut und blutbildende Organe	46,6	48,3	3,0	6,3	11,8	0,6
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	27,3	41,3	1,7	2,7	10,2	0,4
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	7,9	9,4	0,6	3,4	2,9	0,3
Muskel- und Skelett-System	15,6	30,1	1,6	2,5	4,4	0,3
Respirationstrakt	28,7	21,5	1,4	4,9	3,8	0,4
Systemische Hormonpräparate	11,1	31,2	1,3	2,4	5,1	0,2
Sinnesorgane	6,2	8,0	0,3	2,3	3,0	0,1
Antineoplastika und Immunmodulatoren	0,6	3,9	0,1	0,4	1,9	0,1
Dermatologika	1,6	0,9	0,1	1,0	0,8	0,1
Antiparasitäre Pharmaka	0,2	0,8	0,0	0,1	0,2	0,0
Sonstige	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Insgesamt	469,0	552,4	30,7	64,2	82,0	4,8

Quelle: Verbuchungsamt Rezepte – Rezept Archiv

Während der größte Teil der Verschreibungen seitens beider Ärztekategorien das Herzkreislaufsystem betrifft, werden von den Fachärzten vorwiegend Arzneimittel für das Zentralnervensystem, das Blut und die blutbildenden Organe sowie das Urogenitalsystem und die Sexualhormone, die hauptsächlich an die weibliche Bevölkerung verabreicht werden, verschrieben.

3. KRANKENHAUSVERSORGUNG

3.1. ERSTE HILFE

Im Jahr 2007 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste insgesamt 241.549 Zugänge. Die Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner betrug in Südtirol für das Jahr 2007 493,6 und liegt somit über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes verfügen über einen Erste-Hilfe-Dienst. Die Erste-Hilfe-Dienste bilden gemeinsam mit dem medizinischen Notrufsystem, dem territorialen Notarztdienst und dem Netz der Departements für Notfälle und dringende Einsätze das landesweite medizinische Notfallsystem, das für die Notfälle und dringenden Einsätze auf Landesebene zuständig ist.

Der Erste-Hilfe-Dienst des Krankenhauses Bozen verfügt über einen eigenen Stellenplan für Ärzte und wird von einem Arzt der zweiten Leitungsebene geführt. Im Krankenhaus Meran besteht ein Departement für Erste Hilfe und Medizinische Aufnahme, das von einem in Anästhesie und Reanimation spezialisierten Arzt der ersten Leitungsebene geleitet wird. In den anderen Krankenhäusern verfügt die Erste Hilfe über keinen eigenen ärztlichen Stellenplan, sondern ist in interdisziplinärer Form organisiert und wird organisatorisch vom ärztlichen Leiter des Krankenhauses koordiniert.

Alle Erste-Hilfe-Dienste verfügen über spezifisches Krankenpflegepersonal, das bei Bedarf durch anderes, von den verschiedenen Abteilungen abwechselnd zur Verfügung gestelltes Krankenpflegepersonal ergänzt wird.

Im November 2006 wurde in der Ersten Hilfe von Meran eine neue Beobachtungseinheit für die engMännnerge Betreuung von Risikopatienten ab 14 Jahren untertags eingeführt, deren Betrieb durch ein Protokoll des Direktors des notfallmedizinischen Departements geregelt ist.

Im Laufe des Jahres 2007 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser 241.549 Zugänge.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach Abschluss der Arbeiten zur Neuorganisation des Informationssystems der Ersten Hilfe, die 2006 aufgenommen wurden, mit Beschluss der Landesregierung Nr. 4824 vom 18.12.2006 ab dem 1. Februar 2007 die „Leitlinien für das Informationsverfahren – Erste-Hilfe-Bogen“ für die Aufzeichnung und die einheitliche Einsendung der Daten bezüglich der Tätigkeit der Erste-Hilfe-Abteilungen des Landes verabschiedet wurden.

Aufgrund der unvollständigen Implementierung dieses Verfahrens in einigen Landeseinrichtungen wurden für das Jahr 2007 für den Gesundheitsbericht die manuell zugesandten Daten aufgrund der Erhebungsbögen und nicht die über den neuen aktivierten Informationsfluss eingesandten Daten verwendet. Aufgrund der unterschiedlichen internen Organisation und der verschiedenen verwendeten Informationssysteme kann die Erfassung der Zugänge in den verschiedenen Erste Hilfe-Einrichtungen in den Krankenhäusern also sehr unterschiedlich ausfallen.

Wenn der Anteil an Zugängen berücksichtigt wird, die dann zu einer Einweisung führten, ergeben sich unterschiedliche Werte in den verschiedenen Landeseinrichtungen: Diese

**PERSONAL DER
ERSTE-HILFE-DIENSTE**

**NEUE
BEOBACHTUNGSEINHEIT**

**ZUGÄNGE ZUR
ERSTEN HILFE**

variieren zwischen 20 % im Krankenhaus Bozen und 8,7 % in Sterzing. Diese Unterschiede sind zum Teil auch auf die organisatorischen Verfahren und die verschiedenartigen Datenerfassungsmodalitäten und die Vollständigkeit der Daten der Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

Tabelle 1: **Anzahl der Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser – Jahr 2007**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck (Chirurgie und Traumatologie)	Innichen
Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe insgesamt	85.690*	63.568	15.114	27.814	8.425	30.372**	10.566***
Anzahl der Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt insgesamt	17.177	6.932	n.a.	4.568	737	4.994	1.998
Prozentsatz der eingewiesenen EH-Patienten an der Anzahl der Zugänge insgesamt	20,0 %	10,9 %	n.a.	16,4 %	8,7 %	16,4 %	18,9 %

* Die Gesamtzahl der Patienten, für die ein Erste Hilfe-Verfahren eingeleitet wurde und die mindestens einmal von den Erste Hilfe-Ärzten untersucht wurden, ausgenommen Patienten mit direktem Zugang zu den Fachabteilungen, alle geplanten Zugänge und die Kontrollvisiten und -ultraschalluntersuchungen.

** Ausgeschlossen die Kontrollvisiten und die geplanten Zugänge

*** Ausgeschlossen die geplanten Zugänge

Quelle: Erste Hilfe-Dienste

Abbildung 1: **Anteil der eingewiesenen Erste Hilfe-Patienten – Jahr 2007**

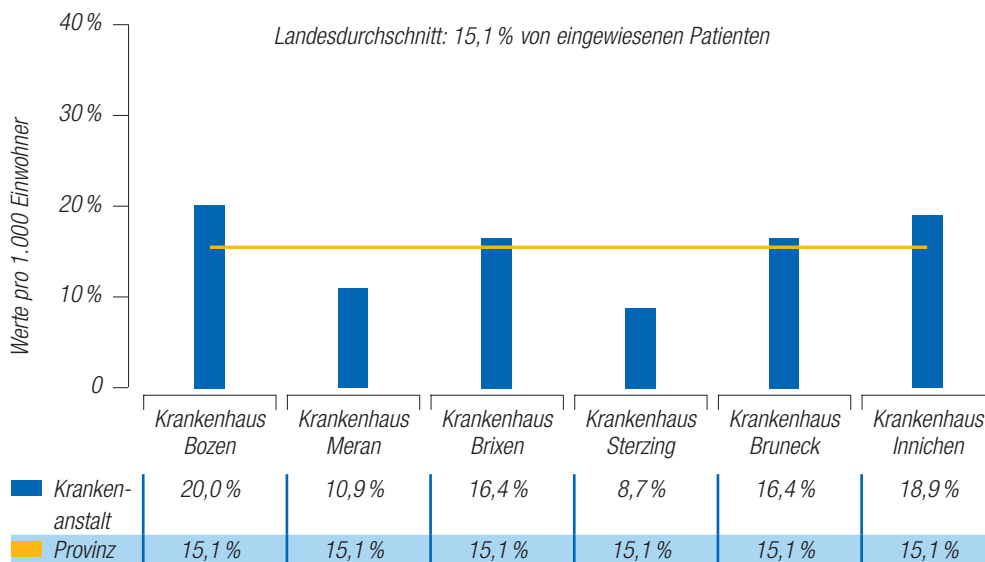
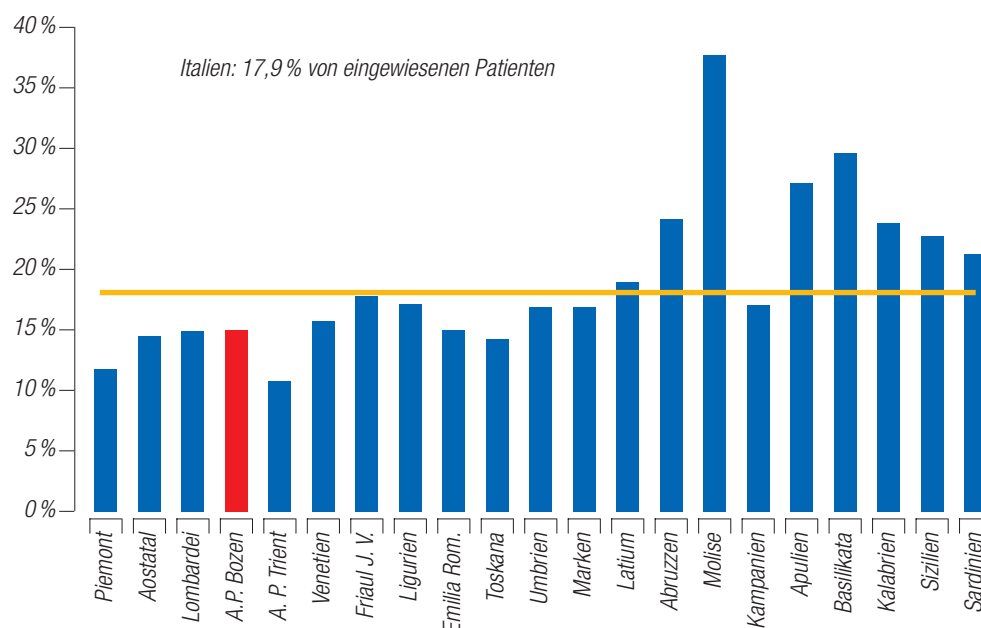


Abbildung 2: Anteil der eingewiesenen Erste Hilfe-Patienten in den italienischen Regionen – Jahr 2005



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

Tabelle 2: Anzahl der Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser – Jahre 2004–2007

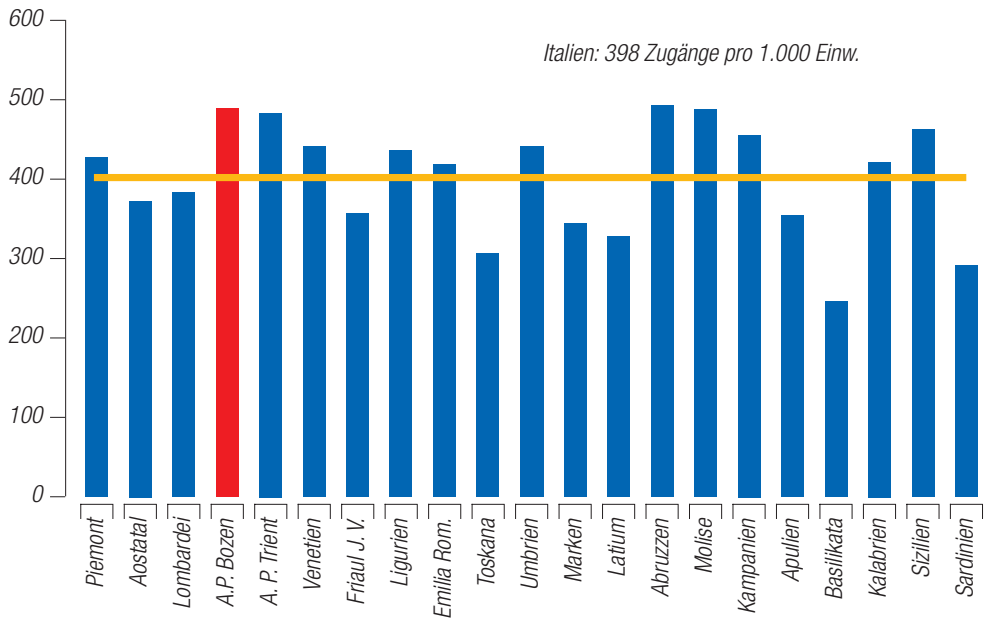
	Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe insgesamt			
	2004	2005	2006	2007
Krankenhaus Bozen	77.105	81.449	83.752	85.690
Krankenhaus Meran	54.052	60.159	60.191	63.568
Krankenhaus Schlanders	12.349	12.829	13.855	15.114
Krankenhaus Brixen	23.871	25.246	26.426	27.814
Krankenhaus Sterzing	6.919	12.775	13.812	8.425
Krankenhaus Bruneck	29.058	53.241	45.855	30.372
Krankenhaus Innichen	7.787	13.117	8.214	10.566
Provinz	211.141	258.816	252.105	241.549

Quelle: Erste-Hilfe-Dienste

Bei einem Vergleich der Erste-Hilfe-Zugänge von ansässigen Personen mit den Einwohnern des Landes ergibt sich ein Indikator, anhand dessen die Anfrage nach dringenden/Erste-Hilfe-Leistungen seitens der Wohnbevölkerung bewertet werden kann. Da keine Informationen bezüglich der Zugänge nach Wohnsitzbereich zur Verfügung stehen, wird der Indikator unter Berücksichtigung der Zugänge insgesamt berechnet. Hohe Werte spiegeln somit auch die Inanspruchnahme der Erste-Hilfe-Leistungen seitens der Touristen wider. Dieser Indikator entsprach auf Landesebene im Jahr 2007 einem Wert von 493,6 Zugängen pro 1.000 Einwohner und liegt somit unter den im Jahr 2006 verzeichneten Zahlen (518,0 Zugänge pro 1.000 Einwohner). Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) liegt die Anzahl an Erste-Hilfe-Zugängen in Südtirol nach Wohnbevölkerung über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (398 Zugänge pro 1.000 Einwohner).

MEDIZINISCHE
EINWEISUNGEN AUS
DER ERSTEN HILFE

Abbildung 3: Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den italienischen Regionen – Jahr 2005



Quelle: Gesundheitsministerium – Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

Im Jahr 2007 wurden 17.486 dringende medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 3 Tagen erhoben (KEB-Landesdatenbank). Aufgrund der Dringlichkeit der Einweisung kann angenommen werden, dass sie aus der Ersten Hilfe kommt; daher kann der Anteil dieser Art von Aufenthalten im Vergleich zu den Aufenthalten laut Gesundheitsministerium als Indikator für die Filterfunktion der Ersten Hilfe verwendet werden. Dieser Indikator nimmt auf Landesebene einen Wert von 72,4 pro 1.000 Zugänge ein und liegt im Krankenhaus Meran mit ca. 39 dringenden medizinischen Einweisungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0 bis 3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe am niedrigsten. Die höchsten Werte weisen hingegen die Krankenhäuser Bruneck und Sterzing auf (98,5 bzw. 95,7 bzw. Aufenthalte pro 1.000 Zugänge).

Tabelle 3: Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0 bis 3 Tagen – Jahr 2007

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0 bis 3 Tagen	7.172	2.484	1.166	2.090	806	2.993	775
Prozentsatz der medizin. Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0 bis 3 Tagen an den medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit DRG insgesamt	41,7 %	39,7 %	40,3 %	51,5 %	58,5 %	49,2 %	48,5 %
Medizinische Einweisungen mit DRG und einer Aufenthaltsdauer von 0 bis 3 Tagen an den Zugängen zur Ersten Hilfe insgesamt (pro 1.000)	83,7	39,1	77,1	75,1	95,7	98,5	73,3

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

LEISTUNGEN DER
ERSTE-HILFE-DIENSTE

Folgende Tabelle enthält eine Übersicht über einige der von den Erste-Hilfe-Diensten im Laufe des Jahres 2007 erbrachten Leistungen. Sehr häufig erbrachte, aber derzeit nicht homogen von den Landesdiensten erfassbare Leistungen (zum Beispiel arterielle und venöse Blutentnahme, Bandagen und einfache Verbände, Injektionen oder Infusionen etc.) wurden nicht angeführt.

Tabelle 4: **Einige der von den Erste-Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser erbrachten Leistungen – Jahr 2007**

	Bozen *	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck (Chirurgie und Traumatologie)	Innichen
Ärztliche Untersuchung	85.690	63.383	15.114	27.474	8.425	46.471**	10.566
Anästhesiebehandlung	3.534	4.150	920	3.648	2.373	1.058	865
Anlegen von Geräten/ Gipsverbänden	3.984	3.873	810	5.291	827	6.741	1.484
Nähen	3.710	2.350	932	1.459	1.460	1.085	688
Durchführung kleiner chirurgischer Eingriffe	386	9.200	1.400	3.189	913	1.648	486
Instrumentaldiagnostik:							
ECHO	2.883	2.121	800	338	1.095	1.402	871
EKG	12.490	6.664	2.946	4.557	4.380	1.130	374
SKOPIEN	7	1.558	18	100	18	9	147
Einfache Wiederbelebung und Defibrillation	80	35	10	2	14	7	–
Impfungen, Tetanusprophylaxe mit Immunglobulinen	1.973	1.302	512	1.379	546	249	216
Gelenkpunktion	496	264	66	54	73	1.109	247
Interkost. Thoraxdrainage	12	38	6	–	24	40	–

* Aufgrund von Problemen bei der Datenerhebung, ist die Anzahl der Leistungen unterschätzt

** Einschließlich nicht dringende Zugänge

Quelle: Erste Hilfe-Dienste

3.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Im Jahr 2007 hatten die Landeskrankenanstalten zur Befriedigung der Aufenthaltsnachfrage 1.957 Betten für Akutkranke (91,5% in öffentlichen Krankenhäusern), mit 4,0 Betten pro 1.000 Einwohner, zur Verfügung. Für den Tagesklinik-Betrieb standen 192 Betten bereit. Außerdem sind 84 Säuglingskrippen eingerichtet, 10 davon in den Privatkliniken.

2007 erfolgten 104.733 Einweisungen von Akutkranken, 77.361 davon betrafen ordentliche Aufenthalte und 27.372 (26,1%) Tagesklinikaufenthalte.

94,9% der Einweisungen von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern.

Die Hospitalisierungsrate der in Südtirol Ansässigen entsprach 2007 205,6 Aufenthalten von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (151,9 ordentliche Aufenthalte und 53,7 Tagesklinikaufenthalte). Im Vergleich zum Jahr 2006 stieg die Hospitalisierungsrate der Ansässigen um 1,6 Prozentpunkte, was auf eine Reduzierung der ordentlichen Aufenthalte und eine Erhöhung der Tagesklinikaufenthalte zurückzuführen ist; insgesamt liegt die Hospitalisierungsrate der Ansässigen weit über dem Zielwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner, den der nationale Plan als Ziel für das Jahr 2007 vorgibt.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Landesgebiet produzierten Aufenthalte von Akutkranken und der Anzahl der Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz ist 2007, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 4.074 (produzierte Aufenthalte: 104.733, Inanspruchnahme von Aufenthalten durch Ansässige: 100.659).

In Bezug auf die Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit gibt es folgende problematische Aspekte:

- Die Bettenauslastungsrate (78,2% für die öffentlichen und privaten Einrichtungen) liegt leicht unter dem vom Gesundheitsplan festgelegten Wert von 80%. Für die öffentlichen Krankenhäuser weist dieser Indikator (80,9%) auf eine noch übermäßige Bettenausstattung hin;
- Der Case-mix-Index (0,910) liegt insgesamt und für die einzelnen Anstalten unter dem gesamtstaatlichen Standardwert (1,0);
- Die Organisation der Versorgung ist teilweise noch sehr unangemessen, vor allem in Bezug auf den Tagesklinik-Betrieb: die Inzidenz der „angemessenen“ Tagesklinik-Aufenthalte ist (gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 3878 vom 04.11.2003 in geltender Fassung) niedrig.

Betrachtet man alle genannten Punkte, ergibt sich eine Situation, die durch die Umsetzung der vom Landesgesundheitsplan 2000–2002 vorgeschriebenen Bestimmungen folgendermaßen verbessert werden kann:

- Kohärente Anpassung des Personalbestandes der Krankenhäuser durch Verminderung der Bettenzahl in einigen Anstalten;
- Stärkung von Alternativen zum Krankenhausaufenthalt;
- Reduzierung der Unangemessenheit durch Überwachung und Kontrollen;
- Erhöhung der Bettenauslastungsrate;

- Reduzierung der passiven Mobilität durch Anpassung der Leistungen und Steigerung der wahrgenommenen und technisch-beruflichen Qualität;
- Neuorganisation der Krankenhausproduktion durch die verstärkte Einführung der Departements.

Seit dem 01.01.2007 wurde in der Autonomen Provinz Bozen ein einziger Betrieb mit der Bezeichnung „Südtiroler Sanitätsbetrieb“ eingerichtet, und zwar gemäß den Vorschriften des Landesgesetzes Nr. 9 vom 2. Oktober 2006.

Die Landeskrankenanstalten im Einzugsgebiet des Südtiroler Sanitätsbetriebs gliedern sich in öffentliche Krankenhäuser und Privatkliniken.

Die öffentlichen Krankenhäuser werden vom Landesgesundheitsfonds finanziert; der Zugang ist für alle Versorgungsberechtigten kostenlos.

Die öffentlichen Krankenhäuser sind:

- Krankenhaus Bozen
- Krankenhaus Meran
- Krankenhaus Schlanders
- Krankenhaus Brixen
- Krankenhaus Sterzing
- Krankenhaus Bruneck
- Krankenhaus Innichen.

Die Privatkliniken werden von Privatpersonen geführt. Einige wurden vorläufig akkreditiert und in den Haushaltsvoranschlag des Gesundheitswesens aufgenommen, wobei die Kosten vom Landesgesundheitsdienst übernommen werden. In diesen erhält der Patient die Leistungen kostenlos, und die Kliniken werden mit dem einschlägigen Tarif für die DRG vergütet, die dem Aufenthalt zugeordnet wird.

In den nicht akkreditierten Kliniken zahlen die Patienten direkt die Kosten für den Aufenthalt; es ist jedoch eine partielle Rückerstattung der Kosten vorgesehen (indirekte Versorgung).

Folgende Privatkliniken gibt es in Südtirol:

- „Marienlinik“
- Privatklinik „L. Bonvicini“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege)
- Privatklinik „Villa Melitta“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege)
- Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin)
- Privatklinik „Martinsbrunn“.

Die Bettenausstattung 2007 in den öffentlichen und privaten Anstalten des Landes betrug 1.957 Betten für Akutkranke (91,5 % in den öffentlichen Anstalten), davon 192 Betten für Tagesklinikaufenthalte (14 in privaten Anstalten), zu denen 84 Kinderbetten kommen, 10 davon in privaten Einrichtungen. In den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen stehen insgesamt 4,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner zur Verfügung. Dieser Wert liegt über dem gesamtstaatlichen Standard von 3,5.

NEUREGELUNG DES LANDESGESUNDHEITS- DIENSTES

ÖFFENTLICHE KRANKENHÄUSER

PRIVATKLINIKEN

BETTENAUSSTATTUNG

**AUFENTHALTE VON
NEUGEBORENEN**
**AUFENTHALTE VON
AKUTKRANKEN**

In Bezug auf die Bettenausstattung wird auf die Daten hinsichtlich der einzelnen Landeskrankenanstalten auf der dieser Publikation beiliegenden CD-ROM verwiesen.

In den Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen wurden 2007 insgesamt 5.658 Kinder geboren, 4.383 (77,4 %) davon gesund (DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“).

Als Akutkranke gelten in Übereinstimmung mit der Begriffsbestimmung auf Ministerialebene¹ die Patienten, die aus verschiedenen Abteilungen, die Einheiten für Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung sowie Langzeitpflege ausgeschlossen, entlassen wurden, mit Ausnahme der gesunden Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ fallen.

Die präsentierten Daten sind das Ergebnis der Auswertungen des Archivs der Landeskrankenhausaufenthalte, aktualisiert zum 28.05.2008.

In diesem Artikel wird die Versorgungstätigkeit der öffentlichen Krankenhäuser und der Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen für Akutkranke mit ordentlichen Aufenthalten und Tagesklinikaufenthalten beschrieben.

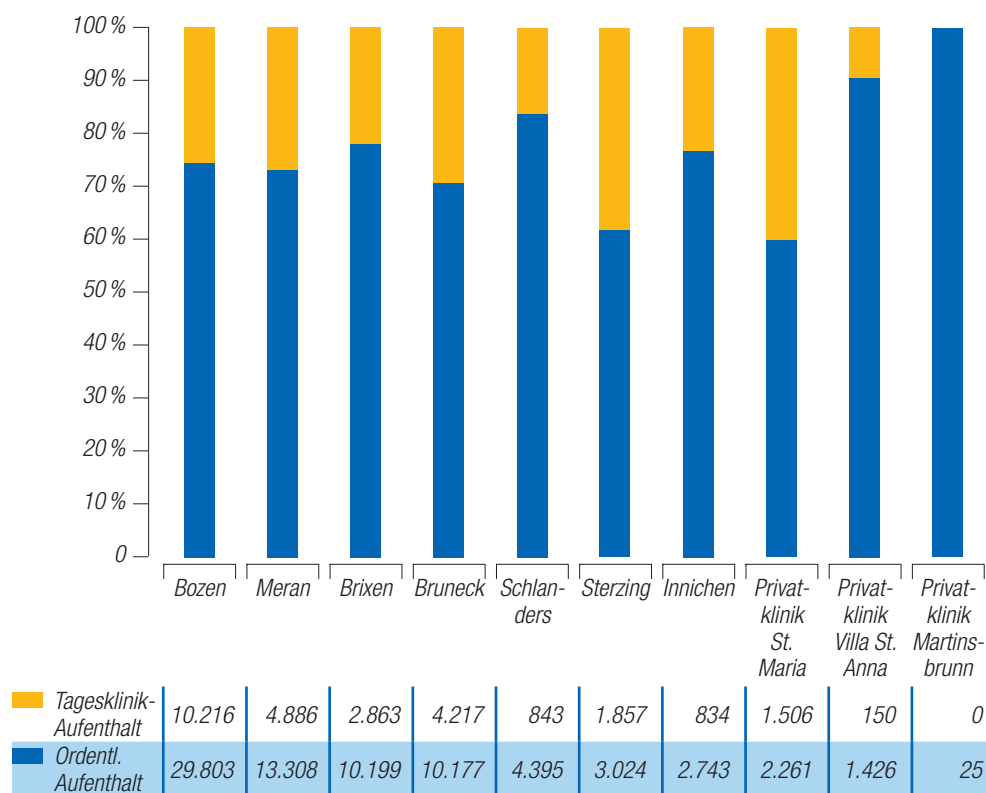
Im Jahr 2007 beliefen sich die Einweisungen mit ordentlichem Aufenthalt auf 104.733.99.365 (94,9 %) davon erfolgten in den öffentlichen Landeskrankenhäusern.

Im Vergleich zum Jahr 2006 blieb die Anzahl der Einweisungen mit ordentlichem Aufenthalt und mit Tagesklinikaufenthalt nahezu stabil. Ausnahmen hierzu bilden in Bezug auf den ordentlichen Aufenthalt die Krankenhäuser Bozen und Brixen und hinsichtlich des Tagesklinikaufenthalts die Krankenhäuser Bozen, Meran und Sterzing, die einen leichten Anstieg der Einweisungen verzeichneten; zu beobachten ist dagegen eine Abnahme der Einweisungen mit ordentlichem Aufenthalt für das Krankenhaus Meran und die Marienkl. nik sowie mit Tagesklinikaufenthalt für das Krankenhaus Bruneck.

Die Einweisungen mit Tagesklinikaufenthalt in den Landeskrankenanstalten betragen 26,1 % der gesamten Einweisungen; höhere Anteile sind in den Krankenhäusern Bruneck und Sterzing zu verzeichnen (jeweils 29,3 % und 38,0 % der Einweisungen mit Tagesklinikaufenthalt am Gesamtwert) und im in der Marienkl. nik (40,0 %).

¹ Jahresbericht über die
Krankenhausaufenthalte,
Gesundheitsministerium

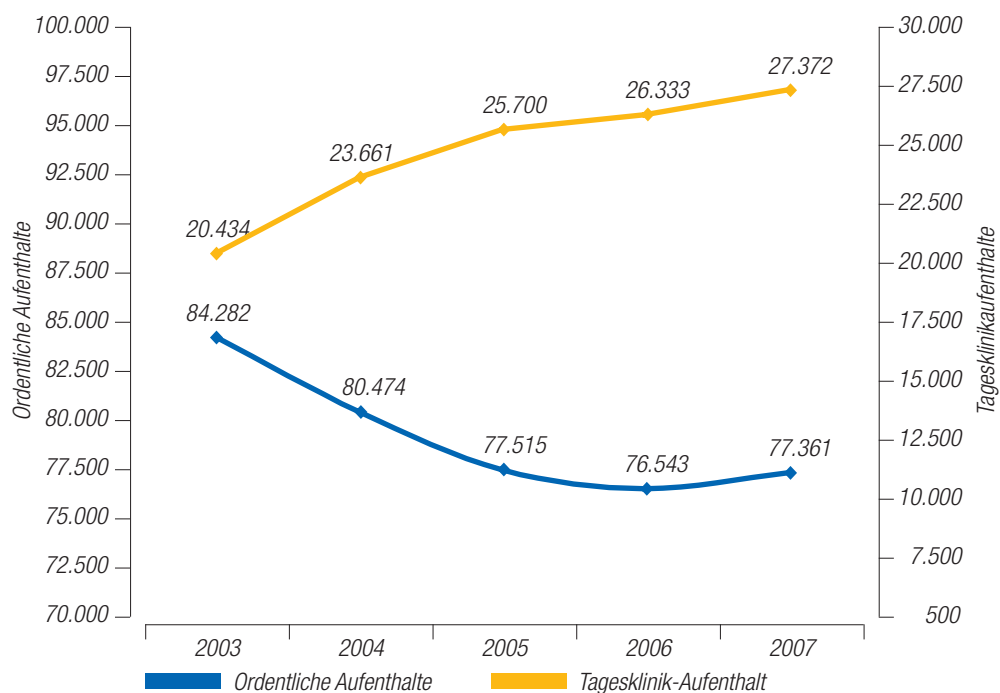
Abbildung 4: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken (gesunde Säuglinge ausgeschlossen) in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

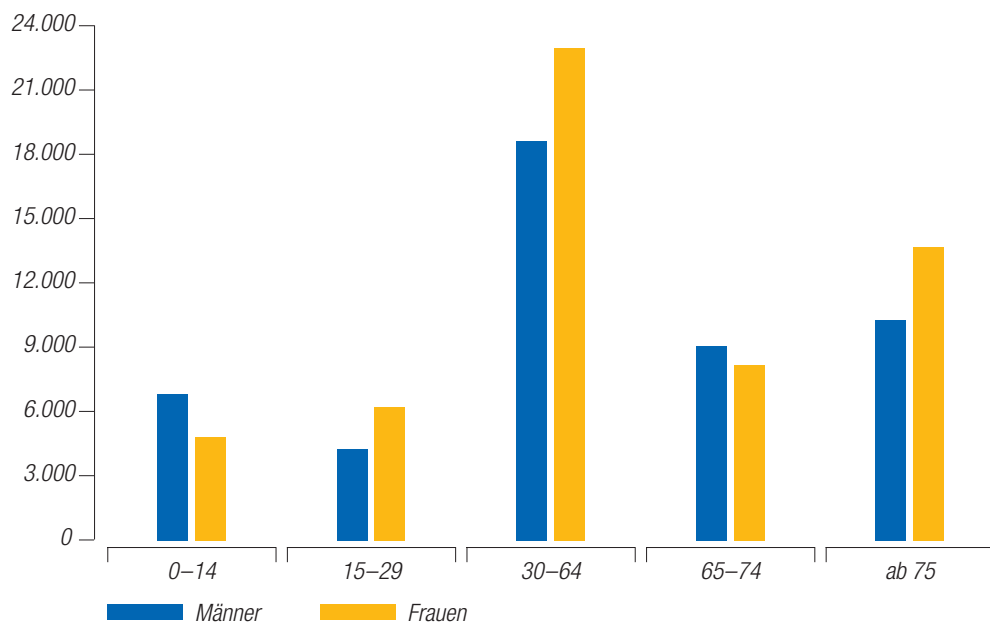
Bei der Beobachtung des Trends in den letzten fünf Jahren ist zu bemerken, dass die Einweisungen mit ordentlichem Aufenthalt sich nach einem deutlichen Rückgang in den ersten drei Jahren auf zirka 77.000 Aufenthalte pro Jahr stabilisierten. Im Tagesklinikbetrieb ist die Anzahl an Aufenthalten dagegen seit jeher ansteigend, und in den letzten drei Jahren wurden 25.000 Aufenthalte pro Jahr verzeichnet.

Abbildung 5: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken (gesunde Säuglinge ausgeschlossen) in den Landeskrankenanstalten – Jahre 2003–2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Abbildung 6: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

3.2.1. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken

Zur Beschreibung der Versorgungstätigkeit im Rahmen des ordentlichen Aufenthalts seitens der öffentlichen Krankenhäuser und der Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen wurden in dieser Publikation sowohl klassische Indikatoren (durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenauslastungsrate, Turnover-Intervall, Rotationsindex der Betten) verwendet, die sich nur auf die Anzahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen, als auch Indikatoren, die sich auf das Kriterium der DRG-Klassifikation der Aufenthalte beziehen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalenter DRG-Aufenthaltseinheit, durchschnittliches DRG-Gewicht pro Aufenthalt, durchschnittlicher Landestarif pro Aufenthalt, Case Mix Index und Vergleichsindex Performance), bei denen auch die Komplexität der behandelten Fälle nach dem DRG-Kriterium berücksichtigt wurde. Maßeinheiten für die Erhebung:

a) Krankenhausaufenthalt (oder Entlassung): gesamtes Aufenthaltseignis ab dem Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung aus der Krankenanstalt

b) Abteilungsaufenthalt: spezifisches Aufenthaltseignis in einer Abteilung ab dem Zeitpunkt des Eingangs des Patienten in die Abteilung durch Aufnahme oder Verlegung aus einer anderen Abteilung bis zum Verlassen der Abteilung wegen Verlegung in eine andere Abteilung oder Entlassung.

Bei Aufenthalten ohne interne Verlegung fallen die beiden Einheiten zusammen; bei internen Verlegungen desselben Krankenhausaufenthalts ergibt sich ein Krankenhausaufenthalt mit zwei oder mehreren Aufenthaltsabteilungen, je nach Anzahl der stattgefundenen Verlegungen. Die Einheit des Abteilungsaufenthalts steht mit den internen Anwendungen des Sanitätsbetriebes im Zusammenhang und dient der operativen Planung der Tätigkeiten und der Betriebskontrolle (Anwendung der Budgetmethode).

Die Berechnung der klassischen Indikatoren auf der Grundlage der nach den zwei Erfassungseinheiten definierten Aufenthalte bringt keine Schwierigkeiten mit sich. Bei der Auswertung der Ergebnisse muss natürlich auch die Art der jeweiligen Einheit berücksichtigt werden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist die durchschnittliche Zeit, die ein Patient in der jeweiligen Abteilung oder Einrichtung verbringt; sie wird berechnet, indem die Aufenthaltstage der Patienten durch die Anzahl der Aufenthalte geteilt werden.

Die Bettenauslastungsrate ist der Zeitanteil, in dem ein Bett während eines Jahres durchschnittlich genutzt wird.

Das Turnover-Intervall ist die durchschnittliche Zeit, die zwischen der Entlassung eines Patienten aus einem Bett und der Aufnahme des nächsten Patienten verstreicht.

Der Rotationsindex der Betten ist die durchschnittliche Anzahl an Patienten, die im Laufe eines Jahres dasselbe Bett belegen.

Die Indikatoren, die sich auf die DRG-Klassifikation der Aufenthalte stützen, benützen für die Einheit Krankenhausaufenthalt (Entlassung) festgelegte Gewichts- und Tariftabellen. Diese Indikatoren beziehen sich daher immer auf die Krankenhausaufenthalte.

Durch die Gewichtung der produzierten Krankenhausaufenthalte mit dem Gewicht² der entsprechenden DRG erhält man die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte.

ORDENTLICHE AUFENTHALTE

KRANKENHAUS- AUFENTHALT UND ABTEILUNGSAUFENTHALT

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

BETTENAUSLASTUNGS- RATE

TURNOVER-INTERVALL

ROTATIONSINDEX

DRG-PRODUKTION UND ÄQUIVALENTE

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

² Das System der Gewichte ist das offiziell im Landestarifverzeichnis angenommene (Beschluss der Landesregierung Nr. 2797 vom 27.08.01 in der geltenden Fassung)

**DURCHSCHNITTliches
DRG-GEWICHT**

Teilt man die Gesamtanzahl der Aufenthaltstage durch die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte, erhält man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalentem DRG-Aufenthalt.

TARIFWERT

Teilt man die äquivalente DRG-Produktion der Aufenthalte durch die Anzahl der effektiv produzierten Aufenthalte, erhält man das durchschnittliche DRG-Gewicht pro Krankenhausaufenthalt.

Wendet man auf die einzelnen Krankenhausaufenthalte den entsprechenden DRG-Tarif des Aufenthalts gemäß Landestarifverzeichnis an, erhält man den Gesamtwert der Produktion von Krankenhausaufenthalten. Teilt man den Tarifwert der Produktion durch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, erhält man den durchschnittlichen Landestarif pro Krankenhausaufenthalt.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden 77.361 ordentliche Krankenhausaufenthalte in Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen verzeichnet, die insgesamt 507.633 Aufenthaltstage umfassen. 95,2 % der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und bezogen sich auf 94,3 % aller Aufenthaltstage. 38,5 % aller Krankenhausaufenthalte betrafen Krankenanstalten im Zentralkrankenhaus Bozen. 24,4 % der ordentlichen Krankenhausaufenthalte bezogen sich auf Patienten ab 75 Jahren.

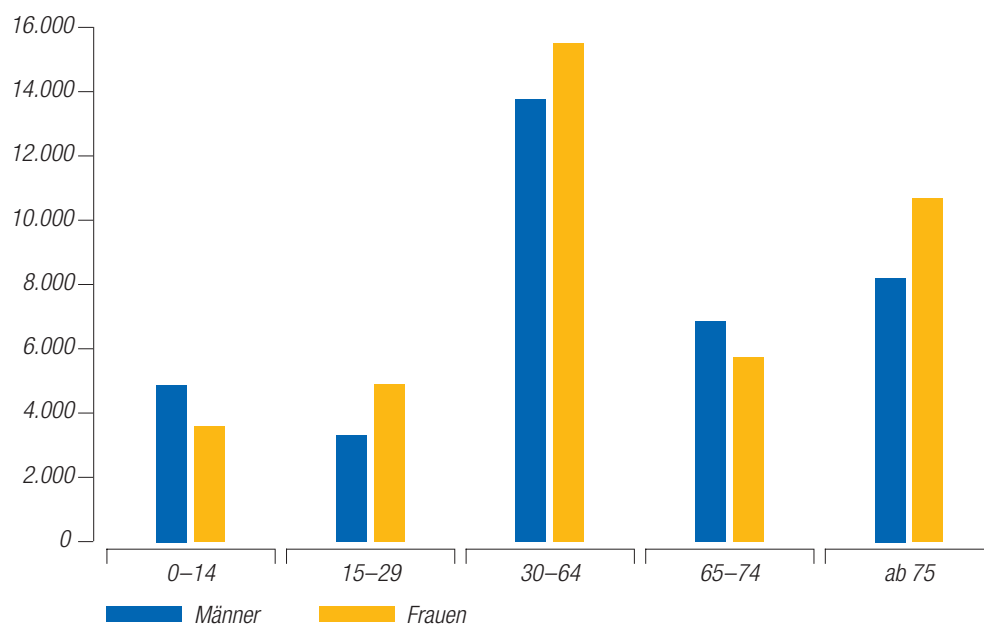
Tabelle 5: Ordentliche Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) und Aufenthaltstage nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007

Krankenanstalt	Krankenhausaufenthalte	Aufenthaltstage	% Noteinweisungen
Krankenhaus Bozen	29.803	213.662	71,2
Krankenhaus Meran	13.308	88.207	58,6
Krankenhaus Brixen	10.199	60.802	48,8
Krankenhaus Bruneck	10.177	59.185	71,7
Krankenhaus Schlanders	4.395	28.386	76,4
Krankenhaus Sterzing	3.024	14.797	57,9
Krankenhaus Innichen	2.743	13.857	72,5
Öff. Krankenhäuser insgesamt	73.649	478.896	65,7
Marienkl. n. S. Anna	2.261	13.671	21,0
Privatkl. n. S. Anna	1.426	14.608	10,9
Privatkl. n. S. Martinsbrunn	25	458	–
Privatkliniken insgesamt	3.712	28.737	17,0
Krankenanstalten insgesamt	77.361	507.633	63,4

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

**ABTEILUNGS-
VERLEGUNGEN**

Den 77.515 Krankenhausaufenthalten entsprechen 82.782 ordentliche Abteilungsaufenthalte. Die Differenz ergibt sich aus den 5.421 Abteilungsverlegungen in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Bei 3.759 Krankenhausaufenthalten – entsprechend 5 % aller Aufenthalte – ergab sich mindestens eine Abteilungsverlegung.

Abbildung 7: **Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB Archiv

Insgesamt waren die Betten zu 78,2 % der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 44,5 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 1,8 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Die Privatklinik Martinsbrunn weist eine extrem niedrige Bettenauslastungsrate vor, die wahrscheinlich auf die Verwendung der Betten für Akutkranke für postakute Fälle zurückzuführen ist.

EFFIZIENZ-INDIKATOREN

263

Tabelle 6: **Indikatoren der Effizienz der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten – Krankenhausaufenthalte – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Auslastungsrate %*	Turnover-Intervall*	Rotationsindex*
Krankenhaus Bozen	7,2	82,8	1,5	43,0
Krankenhaus Meran	6,6	78,1	1,8	44,3
Krankenhaus Brixen	6,0	80,9	1,4	50,3
Krankenhaus Bruneck	5,8	84,3	1,1	53,5
Krankenhaus Schlanders	6,5	76,5	1,9	44,2
Krankenhaus Sterzing	4,9	71,5	1,9	55,0
Krankenhaus Innichen	5,1	79,0	1,3	57,1
Öff. Krankenhäuser insges.	6,5	80,9	1,5	46,4
Marienkllinik	6,0	46,2	6,9	28,3
Privatklinik St. Anna	10,2	71,5	4,1	25,5
Privatklinik Martinsbrunn	18,3	7,0	244,5	1,4
Privatkliniken insgesamt	7,7	50,6	7,4	24,3
Krankenanstalten insgesamt	6,6	78,2	1,8	44,5

* * Bei der Berechnung wurden die Aufenthalte und die Aufenthaltstage, einschließlich jener der gesunden Neugeborenen, und die im effektiven Tätigkeitszeitraum belegten Betten, einschließlich der Säuglingskrippen, miteinbezogen.

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

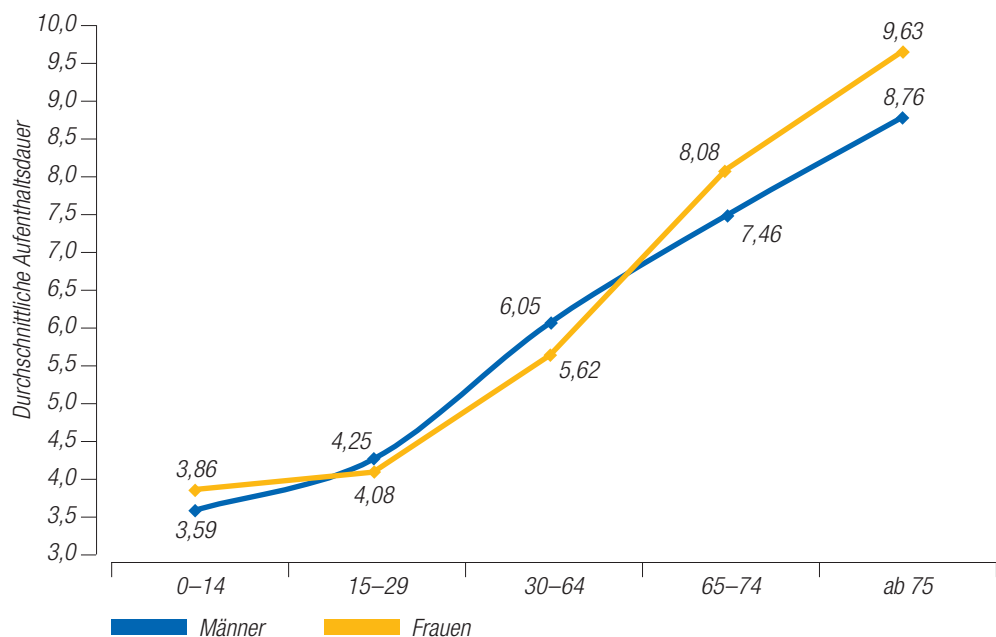
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeseinrichtungen ist in den letzten vier Jahren nahezu konstant (Wert 2007 gleich 6,6) und entspricht somit den gesamtstaatlichen Werten von 2005 (6,7 Tage).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt mit wachsendem Alter zu. Sehr gering ist sie in der Altersklasse 0–14 Jahre (3,7 Tage) und am höchsten in der Altersklasse über 75 (9,3 Tage). Dies gilt insbesondere für die weibliche Bevölkerung.

In allen Ländern der OECD ging die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 8,7 Tagen im Jahr 1990 auf 6,3 Tage im Jahr 2005 zurück. Deutlicher ist dieser Rückgang in den Ländern, in denen die Aufenthaltsdauer in den 90er Jahren ziemlich hoch war (Deutschland zum Beispiel).

Zahlreiche Faktoren erklären diese Verminderung, wie die Anwendung weniger invasiver chirurgischer Vorgänge, Änderungen im Zahlungssystem und die Entwicklung von Behandlungsprogrammen für die Versorgung nach der Entlassung.

Abbildung 8: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten, nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

CASE-MIX-INDEX

- 3 Die nationalen und Landessysteme der DRG-Gewichte stimmen nicht überein. Der Case-mix-Index der Produktion von Krankenhausaufenthalten einer Landesproduktionseinheit ist jedoch erhältlich, indem das durchschnittliche DRG-Gewicht der Produktionseinheit durch das durchschnittliche Gewicht der nationalen Produktion geteilt wird, die als Standard-Bevölkerung angesehen wird.

Der Case-mix-Index drückt die Komplexität der von einem bestimmten Krankenhaus behandelten Fälle gegenüber einem Bezugsstandard aus. Der Case-mix-Index ergibt sich, wenn man das durchschnittliche äquivalente DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthalts der jeweiligen Abteilung durch das äquivalente durchschnittliche Gewicht des Krankenhausaufenthalts einer typischen Aufenthaltsbevölkerung, z.B. der nationalen³, teilt. Ein Wert über 1 ist ein Zeichen für eine komplexere Kasuistik im Vergleich zum Bezugsstandard, und umgekehrt zeugen niedrigere Werte von einer geringeren Komplexität.

Tabelle 7: Indikatoren nach dem DRG-Kriterium der ordentlichen Aufenthalte
(ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den öffentlichen
Landeskrankenhäusern – Jahr 2007

Krankenanstalten	Äquiv. DRG-Aufenthalte	Äquiv. durchschn. AD	Durchschn. Gewicht pro Aufenthalt	Durchschn. Landestarif (Euro)	Case-Mix-Index*	Vergleichsindex Performance **
Krankenhaus Bozen	36.756	5,8	1,23	3.456,74	0,98	1,09
Krankenhaus Meran	15.133	5,8	1,14	2.917,52	0,90	1,09
Krankenhaus Brixen	11.226	5,4	1,10	2.813,94	0,87	1,01
Krankenhaus Bruneck	10.050	5,9	0,99	2.513,72	0,78	1,10
Krankenhaus Schlanders	4.586	6,2	1,04	2.521,47	0,83	1,16
Krankenhaus Sterzing	2.871	5,2	0,95	2.297,33	0,75	0,96
Krankenhaus Innichen	2.491	5,6	0,91	2.189,79	0,72	1,04
Öff. Krankenhäuser insgesamt	83.113	5,8	1,13	2.989,38	0,90	1,08

* Berechnet mit dem durchschnittlichen Gewicht in Italien im Jahr 2005 von 1,26

** Berechnet mit der durchschnittlichen äquivalenten Aufenthaltsdauer in Italien im Jahr 2005 von 5,3

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Alle öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen niedrigeren Komplexitätsgrad (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,13) als die gesamtstaatliche Bezugsgruppe⁴ auf; so nimmt der Case-mix-Index in allen öffentlichen Krankenhäusern des Landes 2007 einen Wert von 0,90 an, mit sehr niedrigen Werten in den Krankenhäusern Bruneck, Innichen und Sterzing.

Über das DRG-System ist es außerdem möglich, den Vergleichsindex Performance festzustellen, der die Effizienz eines Krankenhauses – verstanden als durchschnittliche Aufenthaltsdauer – im Verhältnis zur durchschnittlichen Effizienz einer Gruppe von Bezugskrankenhäusern ausdrückt.

Der Vergleichsindex Performance ist das Verhältnis zwischen der durchschnittlichen äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer Produktionseinheit und dem entsprechenden Wert der äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer typischen Aufenthaltsbevölkerung; auch in diesem Fall besteht der gewählte Bezugsstandard in der Gesamtzahl der Entlassungen aus allen italienischen Einrichtungen im Jahr 2005 (die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Gewichtseinheit beträgt 5,3 Tage).

VIP-Werte unter 1 zeugen davon, dass die Effizienz eines Krankenhauses (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) bei gleichen Kasuistiken über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegt, bzw. dass für eine äquivalente Aufenthaltseinheit eine geringere Anzahl von Aufenthaltstagen zur Behandlung aufgewendet wurde.

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen insgesamt eine niedrigere Performance im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt auf, insbesondere im Krankenhaus Schlanders (VIP = 1,16).

Auch das Durchschnittsgewicht des Aufenthalts nimmt, wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, mit ansteigendem Alter zu – von 0,58 in der Altersklasse 0–14 Jahre bis 1,44 in der Altersklasse 65–74 Jahre – und bleibt dann für die höheren Altersklassen nahezu konstant. Das Durchschnittsgewicht des Aufenthalts ist bei der älteren männlichen Bevölkerung höher.

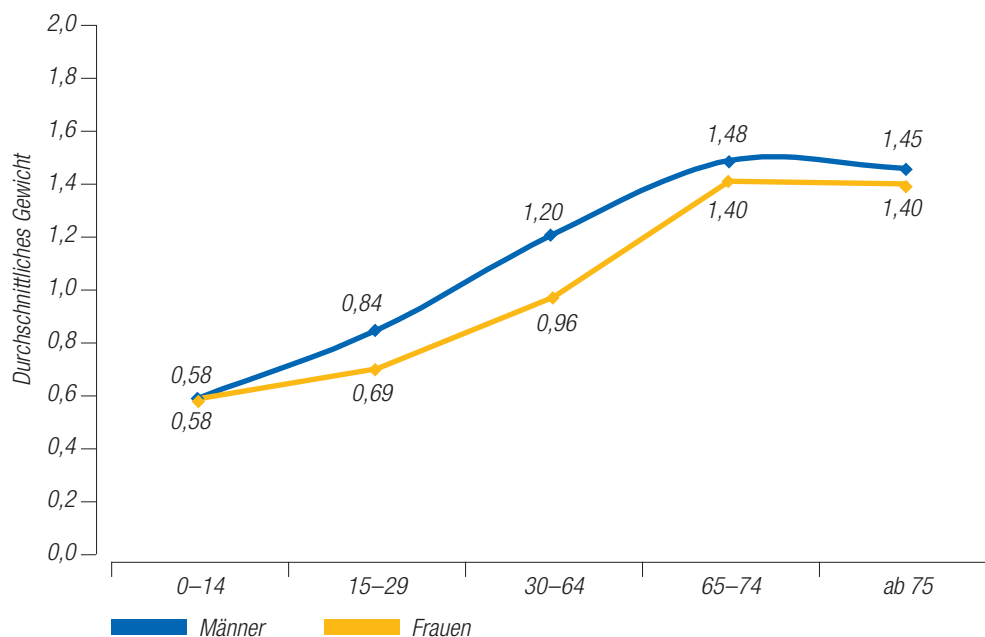
VERGLEICHSEXPERFORMANCE

265

⁴ Das Durchschnittsgewicht der Autonomen Provinz Bozen belief sich gemäß den im Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte des Gesundheitsministeriums veröffentlichten Daten auf 1,16. Ebenfalls im Jahr 2005 betrug das gesamtstaatliche mittlere Gewicht (alle Krankenanstalten) 1,26.

**DRGS NACH
GEWICHTSKLASSE**

Abbildung 9: **Durchschnittliches Gewicht der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenanstalten, nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**

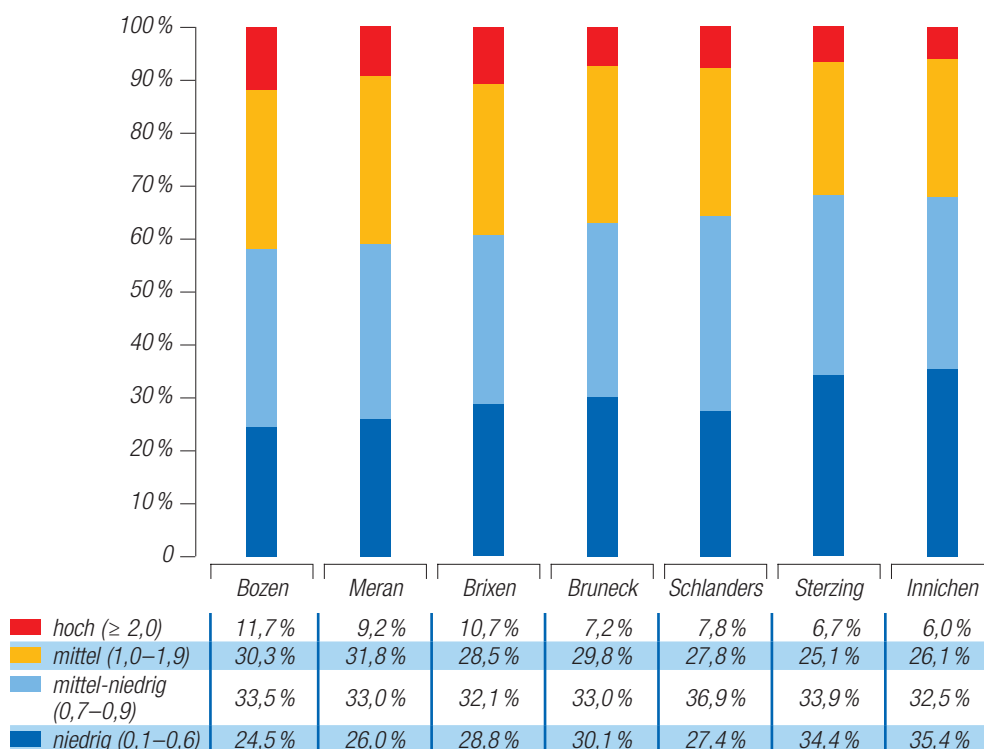


Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Die häufigsten Aufenthalte sind jene, denen eine DRG mit mittlerem bis niedrigem Gewicht zugeordnet wird (größer oder gleich 0,7 und kleiner als 1,0); sie machen 33,5 % aller Aufenthalte in den Krankenanstalten aus. 26,7 % der Aufenthalte verzeichnen eine DRG mit niedrigem Gewicht (unter 0,7). 30,2 % besitzen dagegen ein mittleres Gewicht (zwischen 1,0 und 1,9). Nur 9,7 % weisen ein hohes Gewicht auf (größer oder gleich 2,0).

Der Vergleich zwischen den öffentlichen Krankenhäusern zeigt hinsichtlich der Zusammensetzung der Aufenthalte nach Komplexität der Fälle den größten Anteil der DRGs mit niedrigem Gewicht für die Krankenhäuser Sterzing und Innichen (jeweils 34,4 % bzw. 35,4 % der Fälle) und der DRGs mit hohem Gewicht für die Krankenhäuser Bozen und Brixen (jeweils 11,7 % bzw. 10,7 % der Fälle).

Abbildung 10: **Ordentliche Aufenthalte nach DRG-Gewichtsklasse in den öffentlichen Krankenanstalten – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

65,9 % der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten wurden einer medizinischen DRG und 32,5 % einer chirurgischen DRG zugeordnet.

**MEDIZINISCHE UND
CHIRURGISCHE DRGS**

Tabelle 8: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den Landeskrankenanstalten nach Art der DRG – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Med. DRG	Nicht klassifiz. DRG ⁵	Chir. DRG	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	20.332	571	8.900	29.803
Krankenhaus Meran	8.320	119	4.869	13.308
Krankenhaus Brixen	6.098	205	3.896	10.199
Krankenhaus Bruneck	7.005	170	3.002	10.177
Krankenhaus Schlanders	3.239	69	1.087	4.395
Krankenhaus Sterzing	1.887	10	1.127	3.024
Krankenhaus Innichen	1.816	78	849	2.743
Öff. Krankenhäuser insgesamt	48.697	1.222	23.730	73.649
Marienklinik	1.046	8	1.207	2.261
Privatklinik St. Anna	1.241	–	185	1.426
Privatklinik Martinsbrunn	25	–	–	25
Privatkliniken insgesamt	2.312	8	1.392	3.712
Krankenanstalten insgesamt	51.009	1.230	25.122	77.361

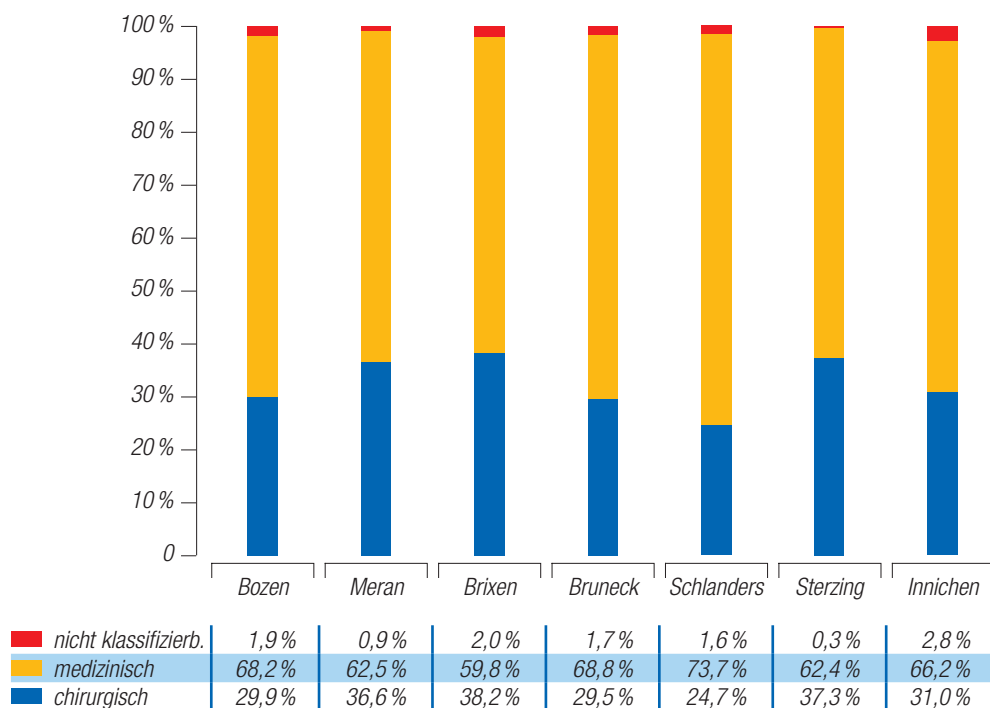
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

In den öffentlichen Krankenhäusern stellen die ordentlichen Aufenthalte mit medizinischer DRG einen Anteil zwischen 59,8 % und 73,7 % aller Aufenthalte dar, während der Anteil an chirurgischen DRGs zwischen 24,7 % und 38,2 % schwankt. In der Marienklinik sind 53,4 % der Aufenthalte chirurgischer Art, in der Privatklinik St. Anna dagegen sind 87,0 % medizinischer Art.

5 Die nicht klassifizierbaren DRGs entsprechen den DRGs der Primärdiagnosekategorien MDC 15 „Krankheiten und Störungen der Pränatalzeit“ (DRG von 385 bis 391) und den anomalen DRGs (DRG 469 und 470).

Die Verteilung der ordentlichen Aufenthalte nach DRG (medizinisch, nicht klassifizierbar und chirurgisch) entspricht den gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2005 von jeweils 63,3 % bzw. 36,7 %, obwohl in den norditalienischen Regionen ein höherer Anteil an chirurgischen DRGs zu verzeichnen ist (41,2 %).

Abbildung 11: **Ordentliche Aufenthalte nach DRG in den öffentlichen Krankenanstalten – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Insgesamt beträgt der Anteil der ordentlichen Eintagesaufenthalte 14,2 % an allen ordentlichen Aufenthalten (entsprechend dem Vorjahreswert) mit Spitzenwerten von 19,8 % im Krankenhaus Innichen, 19,3 % im Krankenhaus Sterzing und 18,7 % im Krankenhaus Bruneck. Hinsichtlich der Inzidenz der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert der spezifischen DRG entspricht der Anteil an Aufenthalten den Vorjahren und beläuft sich auf Landesebene auf 1,3 %.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb des Grenzwertes bezieht sich auf die durchschnittliche Dauer der normalen ordentlichen Aufenthalte und versteht sich als durchschnittliche Aufenthaltsdauer, wenn keine anomalen Aufenthalte vorliegen (Eintagesaufenthalte und Aufenthalte über dem Grenzwert), die sich auf die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer auswirken und sie senken bzw. erhöhen.

Tabelle 9: **Ordentliche (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) dringende und nicht dringende Eintagsaufenthalte in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Eintagsaufenthalte		% Eintagsaufenth. am Gesamtwert
	dringende	nicht dringende	
Krankenhaus Bozen	831	3.032	13,0
Krankenhaus Meran	420	1.210	12,2
Krankenhaus Brixen	394	1.031	14,0
Krankenhaus Bruneck	343	1.563	18,7
Krankenhaus Schlanders	90	495	13,3
Krankenhaus Sterzing	92	491	19,3
Krankenhaus Innichen	113	430	19,8
Öff. Krankenhäuser insgesamt	2.283	8.252	14,3
Marienkl. St. Anna	263	75	14,9
Privatkl. St. Anna	129	10	9,7
Privatkl. Martinsbrunn	1	–	4,0
Privatkliniken insgesamt	393	85	12,9
Krankenanstalten insgesamt	2.676	8.337	14,2

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Trotz der niedrigeren Inzidenz (in %) der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert ist die Summe dieser Aufenthalte höher als jene der Eintagsaufenthalte. Die kombinierte Wirkung der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Eintagsaufenthalte ergibt eine Reduzierung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern um 0,5 Tage im Vergleich zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der ordentlichen Aufenthalte. Diese Situation bleibt im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert.

Tabelle 10: **Aufenthalte über dem Grenzwert und durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) innerhalb des Grenzwertes und durchschnittliche Aufenthaltsdauer insgesamt in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Aufenth. über Grenzwert	% Aufenth. über Grenzw. am Gesamtw.	Durch. AD innerhalb Grenzwert	Durch. AD insgesamt
Krankenhaus Bozen	499	1,7	7,5	7,2
Krankenhaus Meran	137	1,0	7,1	6,6
Krankenhaus Brixen	126	1,2	6,4	6,0
Krankenhaus Bruneck	113	1,1	6,6	5,8
Krankenhaus Schlanders	59	1,3	7,1	6,5
Krankenhaus Sterzing	15	0,5	5,7	4,9
Krankenhaus Innichen	37	1,3	5,9	5,1
Öff. Krankenhäuser insgesamt	986	1,3	7,0	6,5
Marienkl. St. Anna	20	0,9	6,8	6,0
Privatkl. St. Anna	33	2,3	10,4	10,2
Privatkl. Martinsbrunn	2	8,0	16,8	18,3
Privatkliniken insgesamt	55	1,5	8,3	7,7
Krankenanstalten insgesamt	1.041	1,3	7,1	6,6

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

19 DRGs decken 30,3 % der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Häufigster Aufenthaltsgrund für die Frauen ist die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (9,7 % der gesamten Aufenthalte der weiblichen Bevölkerung); für die Männer hingegen ist der häufigste Grund die DRG 243 „Rückenleiden“ (2,4 % aller Aufenthalte der männliche Bevölkerung). Die Häufigkeit der Aufenthalte über dem Grenzwert ist sehr hoch für die DRGs 467, 373 und 430 mit Anteilen von 10,4 % bzw. 2,9 % bzw. 2,2 % und 1,7 %.

HÄUFIGSTE DRGS

**DURCHSCHNITTliche
AUFENTHALTSDAUER VOR
DER OPERATION**

6 Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden nur die geplanten Aufenthalte und solche mit vorheriger Hospitalisierung gezählt; als Eingriffsdatum wurde das Datum des Eingriffs (Kodex < 8700) im OP-Saal verwendet, das als erstes in die Felder für Eingriffe/Verfahren in das KEB eingetragen wurde.

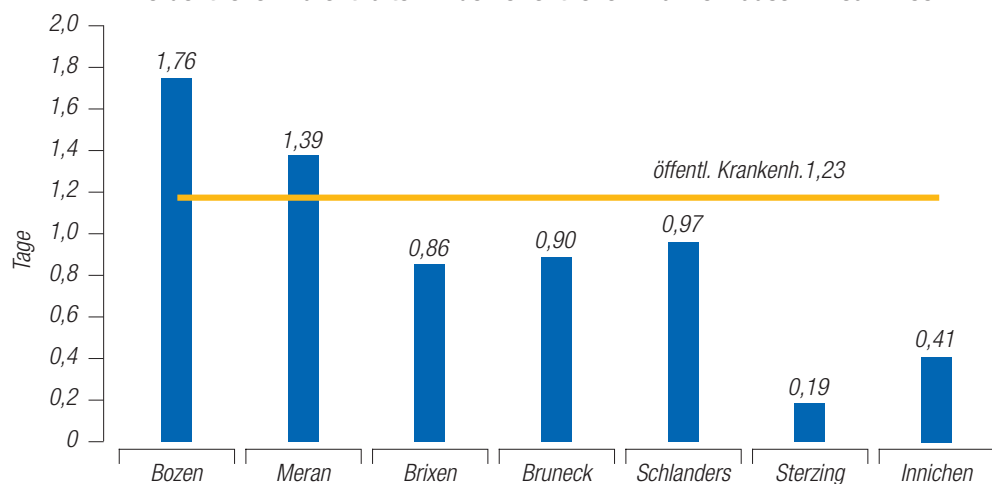
Tabelle 11: Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte und % der Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufent- halte	kumul. % Aufenth.	% Aufenth. über dem Grenzw.
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	3.924	5,1	2,9
243	Medizinische Rückenbeschwerden	1.830	7,4	0,5
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	1.738	9,7	0,3
127	Herzinsuffizienz und Schock	1.524	11,7	1,5
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungs- krankheiten, Alter > 17, ohne Komplikationen	1.498	13,6	0,0
430	Psychosen	1.393	15,4	1,7
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.197	16,9	2,2
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungs- krankheiten, Alter < 18	1.053	18,3	0,3
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17, ohne Komplikationen	1.039	19,6	0,1
14	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrankungen außer transitorisch ischämischer Attacke	1.024	21,0	0,4
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	1.016	22,3	0,2
139	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, ohne Komplikationen	998	23,6	0,0
89	Einfache Lungenentzündung und Pleuritis, Alter >17 mit Komplikationen	949	24,8	0,8
33	Gehirnerschütterung, Alter < 18	762	25,8	0,1
503	Eingriffe am Knie ohne Hauptdiagnose von Infektion	746	26,7	0,0
143	Thoraxschmerzen	741	27,7	0,1
88	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit	705	28,6	1,3
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	685	29,5	10,4
142	Synkope und Kollaps ohne Komplikationen	650	30,3	0,5
Aufenthalte insgesamt		77.361		1,3

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation⁶ der Eingriffe (geplant und mit vorheriger Krankenhauseinweisung) mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff beträgt in den Landeskrankenanstalten 1,14 Tage (in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,23 Tage; in den Privatkliniken: 0,05 Tage).

Abbildung 12: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation von (nur geplanten) ordentlichen Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern – Jahr 2007



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Tabelle 12: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten chirurgischen DRGs, kumulierter % der Aufenthalte, durchschn. AD und durchschn. AD vor der Operation – Jahr 2007**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	kumul. % Aufenth.	Durchschn. AD	Durchschn. AD vor der Operation
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	1.738	7,3	11,8	1,4
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.197	12,3	6,1	1,0
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter > 17, ohne Komplikationen	1.039	16,7	6,3	0,6
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	1.016	21,0	5,1	1,0
503	Eingriffe am Knie ohne Hauptdiagnose von Infektion	746	24,1	4,1	0,5
167	Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen	596	26,6	3,4	0,2
225	Eingriffe am Fuß	586	29,0	4,3	0,6
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	533	31,3	2,7	0,7
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	519	33,5	3,1	0,7
231	Lokale Exstirpation u. Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	476	35,5	3,6	0,7
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	475	37,5	2,5	0,8
494	Laparoskopische Cholezystektomie ohne Exploration des Ductus cysticus, ohne Komplikationen	458	39,4	4,3	0,5
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, o. Komplikationen	445	41,3	4,1	0,7
211	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplikationen	435	43,1	8,6	0,7
311	Transurethrale Eingriffe, ohne Komplikationen	363	44,6	3,6	0,9
500	Eingriffe an Rücken und Hals außer Spondylodese, ohne Komplikationen	318	45,9	5,2	1,1
337	Transurethrale Prostatektomie ohne Komplikationen	316	47,3	5,3	1,0
227	Eingriffe am Weichgewebe, ohne Komplikationen	311	48,6	3,7	0,4
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	278	49,7	2,4	0,9
53	Sinus- und Mastoideingriffe, Alter > 17	265	50,9	3,3	0,6
59	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter > 17	265	52,0	3,7	0,7
Aufenthalte insgesamt		23.815		7,1	1,1

* Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden nur die geplanten Aufenthalte berücksichtigt; als Eingriffsdatum wurde das Datum des chirurgischen Eingriffs im OP (Kodex < „8700“) verwendet, das als erstes in die Felder für Eingriffe/Verfahren in den KEB eingetragen wurde

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

21 DRGs decken 50 % der chirurgischen Gesamttätigkeit auf Landesebene. Die häufigste chirurgische DRG mit chirurgischem Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version 2002 unter „8700“) war die DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße“, die in 1.738 Fällen zur Anwendung kam, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 11,8 Tagen.

Bei den am häufigsten ausgeführten chirurgischen Eingriffsarten mit chirurgischer DRG beträgt die durchschnittlich niedrigste Aufenthaltsdauer 2,4 Tage für die DRG 39 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“.

Hinsichtlich der häufigsten chirurgischen DRGs ist die Zeit vor der Operation nach Einlieferung ins Krankenhaus länger für die DRG 209 „Eingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen“ (1,4 Tage) und kürzer für die DRG 167 „Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen“ (0,2 Tage).

**KRANKENHAUS-
VERLEGUNGEN**

Als Krankenhausverlegungen gelten die Fälle, in denen der Patient aus einem Landeskrankenhaus entlassen und in einem anderen Landeskrankenhaus innerhalb des auf die Entlassung folgenden Tages aufgenommen wurde.

Für das Jahr 2007 ergeben sich in Südtirol 1.489 Krankenhausverlegungen. In 95,8 % der Fälle wurde die Aufnahme in das zweite Krankenhaus am Entlassungstag aus dem ersten verzeichnet, während in den restlichen 4,2 % (63 Fälle) die Aufnahme am darauffolgenden Tag stattfand.

Aus dem Zentralkrankenhaus Bozen erfolgten 70,7 % der Verlegungen in ein Schwerpunktkrankenhaus, während in Richtung Krankenhaus Bozen 55,9 % der Verlegungen aus Schwerpunktkrankenhäusern, 51,6 % aus Krankenhäusern der Grundversorgung und 52,2 % aus Privatkliniken gingen.

Tabella 13: **Krankenhausverlegungen nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten – Jahr 2007**

Art des Herkunftsk-H	Art des Herkunftsk-H				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt-KH	KH f. d. Grundvers.	Privatklinik	
Zentral-KH	–	371	121	33	525
Schwerpunkt-KH	327	83	108	67	585
KH f. d. Grundvers.	161	148	1	2	312
Privatklinik	35	30	–	2	67
Insgesamt	523	632	230	104	1.489

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

**DATEN ÜBER DIE
TÄTIGKEITEN DER**
**EINZELNEN KRANKEN-
ANSTALTEN IM
RAHMEN ORDENTLICHER
AUFENTHALTE**

In Bezug auf die Krankenhaustätigkeiten im Rahmen ordentlicher Aufenthalte können die Daten für die einzelnen Landeskrankenanstalten eingesehen werden, die auf der dieser Publikation beiliegenden CD-ROM zur Verfügung stehen.

3.2.2. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken

Zur Beschreibung der Tätigkeiten zur Versorgung von Akutkranken in Form von Tagesklinik-Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken des Landes werden dagegen die klassischen Indikatoren verwendet, die sich auf die Zahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen (durchschnittliche Zahl der Zugänge, Bettenauslastungsrate, Rotationsindex der Betten).

Für die Berechnung der Bettenauslastungsrate und des durchschnittlichen täglichen Rotationsindex im Tagesklinik-Betrieb wurden die Öffnungstage der Abteilungen auf 250 festgesetzt; für die Berechnung der Bettenauslastungsrate wurde außerdem ein durchschnittlicher täglicher Rotationsindex von 1 verwendet.

Die Tagesklinik-Aufenthalte lassen sich als einzelne Zugänge (allgemein mit chirurgischer DRG) oder geplante Aufenthaltszyklen (d.h. mehrere Zugänge desselben Patienten wegen der gleichen Krankheit, typisch für die medizinischen DRGs) klassifizieren.

Im Falle des einzelnen Zugangs wird ein Versorgungstag gezählt, im Falle eines Behandlungszyklus wird eine Anzahl von Aufenthaltstagen gerechnet, die der Gesamtanzahl der geplanten und geleisteten Aufnahmen entspricht.

Im Jahr 2007 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 27.372, 94,0 % wurden von den öffentlichen Landeskrankenhäusern durchgeführt.

**TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE**

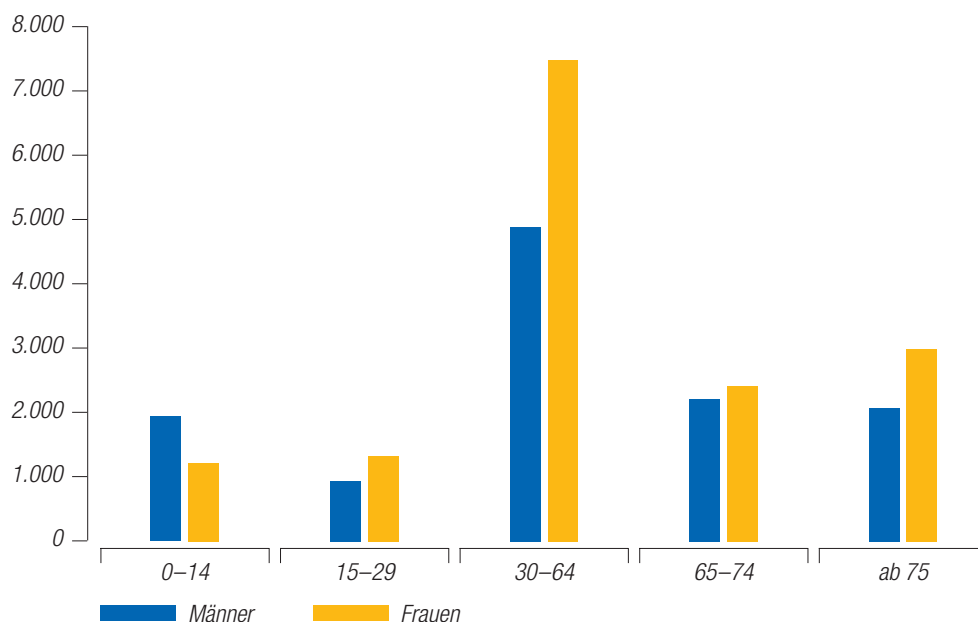
Tabelle 14: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Anzahl der Zugänge und klassische Indikatoren für den Tagesklinik-Betrieb in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Betten	Aufenthalte	Tage insg.	Durchschn. Anz. Zugänge für med. DRG	Auslastungsrate % **	Rotationsindex **	
						jährlich	täglich
Krankenhaus Bozen	80	10.216	25.759	3,3	128,8	127,7	1,29
Krankenhaus Meran	26	4.886	8.348	3,1	128,4	187,9	1,28
Krankenhaus Brixen	23	2.863	5.260	3,3	91,5	124,5	0,91
Krankenhaus Bruneck	24	4.217	7.155	3,9	109,4	161,3	1,09
Krankenhaus Schlanders	6	843	1.479	4,0	98,6	140,5	0,99
Krankenhaus Sterzing	11	1.857	2.546	2,0	92,6	168,8	0,93
Krankenhaus Innichen	8	834	2.485	8,4	119,3	100,1	1,19
Öff. Krankenhäuser insgesamt	178	25.716	53.032	3,4	117,5	142,5	1,18
Marienklinik	14	1.506	1.506	1,0	43,0	107,6	0,43
Privatklinik St. Anna	–	150	150	1,0	–	–	–
Privatklinik Martinsbrunn	–	–	–	–	–	–	–
Privatkliniken insgesamt	14	1.656	1.656	1,0	47,3	118,3	0,47
Krankenanstalten insgesamt	192	27.372	54.688	3,3	112,5	140,7	1,12

** Für die Berechnung der Bettenauslastungsrate und des durchschnittlichen täglichen Rotationsindex wurden die Öffnungstage auf 250 festgesetzt; für die Berechnung der Bettenauslastungsrate wurde ein durchschnittlicher täglicher Rotationsindex von 1 verwendet

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Abbildung 13: **Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Von den Tagesklinikaufenthalten kennzeichnen sich 10.892 durch eine medizinische oder nicht klassifizierbare DRG bei insgesamt 36.470 Zugängen. Die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Zugänge zum Tagesklinikbetrieb insgesamt bei den öffentlichen Krankenhäusern beträgt 3,4 und schwankt zwischen 2,0 für das Krankenhaus Sterzing und 8,4 für das Krankenhaus Innichen. Die Tagesklinikaufenthalte mit chirurgischer DRG betrugen hingegen 16.480 für insgesamt 18.218 Aufenthaltstage.

Tabelle 15: Tagesklinik-Aufenthalte und Aufenthaltstage nach Art der DRG in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

Krankenanstalt	Med. oder nicht klassifiz. DRG			Chir. DRG		
	Aufent- halte	%	Tage insg.	Aufent- halte	%	Tage insg.
Krankenhaus Bozen	6.142	60,1	20.504	4.074	39,9	5.255
Krankenhaus Meran	1.664	34,1	5.106	3.222	65,9	3.242
Krankenhaus Brixen	1.050	36,7	3.446	1.813	63,3	1.814
Krankenhaus Bruneck	818	19,4	3.220	3.399	80,6	3.935
Krankenhaus Schlanders	209	24,8	845	634	75,2	634
Krankenhaus Sterzing	687	37,0	1.376	1.170	63,0	1.170
Krankenhaus Innichen	224	26,9	1.875	610	73,1	610
Öff. Krankenhäuser insges.	10.794	42,0	36.372	14.922	58,0	16.660
Marienklinik	93	6,2	93	1.413	93,8	1.413
Privatklinik St. Anna	5	3,3	5	145	96,7	145
Privatklinik Martinsbrunn	–	–	–	–	–	–
Privatkliniken insgesamt	98	5,9	98	1.558	94,1	1.558
Krankenanstalten insgesamt	10.892	39,8	36.470	16.480	60,2	18.218

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

MEDIZINISCHE DRGS

Im Jahr 2007 trat unter den medizinischen und nicht klassifizierbaren DRGs die DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 12,1 % der Aufenthalte am häufigsten auf.

Tabelle 16: Häufigste medizinische DRGs oder DRGs ohne genaue Klassifizierung im Tagesklinik- Betrieb der Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	kumul. %
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	1.317	12,1
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	630	17,9
12	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	568	23,1
35	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	386	26,6
187	Ziehen und Reparatur von Zähnen	367	30,0
47	Sonstige Augenkrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	315	32,9
13	Multiple Sklerose und Hirnataxie	279	35,5
301	Endokrine Krankheiten, ohne Komplikationen	225	37,5
131	Erkrankungen der peripheren Blutgefäße, ohne Komplikationen	212	39,5
26	Konvulsionen und Kopfschmerzen, Alter < 17	208	41,4
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	207	43,3
429	Organische und Geistesstörungen	179	44,9
243	Medizinische Rückenbeschwerden	177	46,5
395	Anomalie der roten Blutkörperchen, Alter > 17	174	48,1
73	Andere Diagnosen im Ohr-, Nasen-, Mund- und Halsbereich, Alter > 17	156	49,6
Aufenthalte mit medizinischer DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung insgesamt		10.892	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

CHIRURGISCHE DRGS

Die häufigste chirurgische DRG der Tagesklinikaufenthalte war die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“ (21,9 %).

Tabelle 17: **Häufigste chirurgische DRGs im Tagesklinik-Betrieb der Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

DRG	Descrizione DRGs più frequenti	Aufenthalte	kumul. %
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	3.602	21,9
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	1.371	30,2
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	1.146	37,1
119	Venenligatur und Venenstripping	1.054	43,5
42	Eingriffe an intraokulären Strukturen außer Retina, Iris und Kristallin	1.002	49,6
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	921	55,2
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	786	60,0
364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien	680	64,1
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	594	67,7
6	Dekompression am Karpaltunnel	569	71,1
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	443	73,8
270	Andere Eingriffe an der Haut, am Unterhautgewebe und an der Brust, ohne Komplikationen	424	76,4
360	Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	279	78,1
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	260	79,7
Aufenthalte mit chirurgischer DRG insgesamt		16.480	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Die Tagesklinik-Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

**TAGESKLINIKTÄTIGKEIT
DER
KRANKENANSTALTEN**

275

3.2.3. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

3.2.3.1. Mehrfachaufenthalte

Als Mehrfachaufenthalte wurden jene Fälle definiert, in denen der Patient im Jahr mindestens zwei Aufenthalte in Einrichtungen des Landes absolviert hat, wobei die Krankenhausverlegungen ausgenommen werden. Unter Mehrfachaufenthalten versteht man alle Aufenthalte, die auf den ersten folgen, ausgenommen die Tagesklinikaufenthalte, die Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, postakute Langzeitpflege und Psychiatrie sowie die Aufenthalte für die DRG 409 „Strahlentherapie“, DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“.

Von den 16.127 im Jahr 2007 verzeichneten Mehrfachaufenthalten, von denen 62,1 % dringend waren, entfallen 44,1 % auf das Herkunfts Krankenhaus Bozen, 39,6 % auf ein Betriebs Krankenhaus, 11,5 % auf ein Krankenhaus der Grundversorgung und 4,9 % auf Privatkliniken. Die Art des Herkunfts- und Zielkrankenhauses stimmt bei 14.054 Aufenthalten, das heißt in 87,1 % der Fälle, überein.

MEHRFACHAUFENTHALTE

Tabelle 18: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten – Jahr 2007**

Art des Herkunfts-KH	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt-KH	KH f. d. Grundvers.	Privatklinik	
Zentral-KH	6.560	268	75	201	7.104
Schwerpunkt-KH	354	5.646	201	180	6.381
KH f. d. Grundvers.	109	242	1.490	18	1.859
Privatklinik	193	216	16	358	783
Insgesamt	7.216	6.372	1.782	757	16.127

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Im Jahr 2007 wurden in den Abteilungen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen die Abteilungen für Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, postakute Langzeitpflege und Psychiatrie) 2.850 Mehrfachaufenthalte in derselben Einrichtung und mit derselben DRG verzeichnet (ausgeschlossen die DRG 409 „Strahlentherapie“, DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“), was 3,8 % der gesamten Aufenthalte ausmacht.

In 82,1 % der Fälle bei Mehrfachaufenthalten in derselben Einrichtung und wegen derselben DRG wurde der Patient nach Hause entlassen, in 5,8 % verstarb der Patient und in den verbleibenden 12,1 % erfolgte eine andere Entlassung; 65,4 % der Mehrfachaufenthalte wegen derselben DRG in derselben Einrichtung waren dringend.

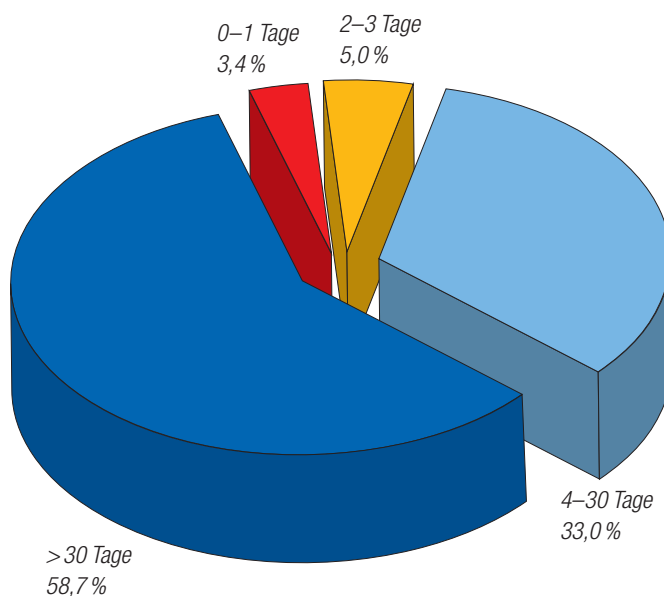
Bei den Mehrfachaufenthalten, bei denen der Patient nach Hause entlassen wurde, ist festzustellen, dass 3,4 % der Patienten nach 1 Tag wieder ins Krankenhaus kommen. Bei 5,0 % beträgt das Zeitintervall zwischen zwei Aufenthalten über 30 Tage, bei 33,0 % zwischen 4 und 30 Tagen.

Tabelle 19: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Art der Entlassung, Zeitintervall zwischen den Aufenthalten und Anteil der dringenden Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

Zeitintervall zwischen den Aufenthalten	Entlassung nach Hause	Andere Entlassungsart	Insgesamt	% dringende Aufenthalte
0–1 Tage	80	20	100	80,0
2–3 Tage	116	21	137	73,0
4–30 Tage	772	187	959	68,1
> 30 Tage	1.373	281	1.654	62,3
Insgesamt	2.341	509	2.850	65,4

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Abbildung 14: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG (Entlassung nach Hause) nach Zeitintervall zwischen den Aufenthalten – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

In Bezug auf die Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt mit derselben DRG, bei denen der Patient nach Hause entlassen wurde, können die Daten für die einzelnen Landeskrankenanstalten in der dieser Publikation beiliegenden CD-ROM eingesehen werden.

3.2.3.2. Kurzaufenthalten von zwei oder drei Tagen

Im Jahr 2007 wurden in den Abteilungen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen die Abteilungen für Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, postakute Langzeitpflege und Psychiatrie) 20.935 ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen verzeichnet, was 28,0 % der 75.708 ordentlichen Aufenthalte Akutkranker insgesamt (ausgenommen Psychiatrie) entspricht. 55,2 % dieser Aufenthalte waren dringend.

Tabelle 20: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen nach Art des Aufenthalts und DRG in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007**

Art der Entlassung	Med. DRG	Nicht klassifiz. DRG	Chir. DRG	Insgesamt	%
Dringend	9.917	24	1.760	11.701	55,2
Nicht dringend	3.103	231	6.145	9.479	44,8
Insgesamt	13.020	255	7.905	21.180	100,0

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

In 94,4 % der Fälle (20.004 Aufenthalte) wurde der Patient nach Hause entlassen. 61,5 % der Kurzaufenthalte wurde eine medizinische DRG zugeordnet, 37,3 % eine chirurgische DRG.

**MEHRFACHAUFENTHALTE
NACH EINZELNER
KRANKENANSTALT**

277

**KURZAUFENTHALTE
NACH ART DER
ENTLASSUNG UND DRG**

**KURZAUFENTHALTE
MIT ENTLASSUNG
NACH HAUSE UND
MEDIZINISCHER DRG**

278

**KURZAUFENTHALTE
NACH KRANKENANSTALT**
**INDIKATOREN DER
ANGEMESSENHEIT**

Tabelle 21: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen nach Art der Entlassung und DRG in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

Art der Entlassung	Med. DRG	Nicht klassifiz. DRG	Chir. DRG	Insgesamt	%
Entlassung nach Hause	12.072	244	7.688	20.004	94,4
Verstorben	219	6	24	249	1,2
Andere Art der Entlassung	729	5	193	927	4,4
Insgesamt	13.020	255	7.905	21.180	100,0

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb - KEB-Archiv

Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und mit medizinischer DRG betrugen 12.072 (57,0 % der Aufenthalte insgesamt). 97,9 % davon betrafen die öffentlichen Krankenhäuser (42,1 % das Krankenhaus Bozen), die restlichen 2,1 % die Privatkliniken, vor allem die Marienkllinik.

Die 1.488 Aufenthalte (12,3 % der 12.072 Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG) wurden von nicht im Land ansässigen Patienten in Anspruch genommen: 38,5 % davon im Krankenhaus Bozen und 18,1 % im Krankenhaus Bruneck.

In Bezug auf die Aufenthalte von Südtirolern in anderen Regionen Italiens betrug die Aufenthaltsdauer in 1.117 Fällen 2 oder 3 Tage, was 26,1 % der außerhalb des Lands in Anspruch genommenen Aufenthalte entspricht. Für detaillierte Angaben hierzu wird auf den Abschnitt über die Aufenthalte von Akutkranken in gesamtstaatlichen Einrichtungen verwiesen.

Die Tätigkeiten der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die Kurzaufenthalte mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause können der diesem Bericht beiliegenden CD-ROM entnommen werden.

3.2.3.3. Indikatoren der Angemessenheit

Die Verordnung des Ministerpräsidenten vom 29.11.01 (ordentliches Ergänzungsblatt Nr. 26 des Amtsblatts vom 08.02.02) „Definition des Versorgungsstandards“ legt neben den vom Nationalen Gesundheitsdienst gewährleisteten Gesundheitsleistungen eine Reihe von Indikatoren und die „kritischen Bereiche“ der derzeit erbrachten Versorgungsstandards fest.

Die vorgeschlagenen Indikatoren stellen empfohlene Maße der Angemessenheit im Rahmen der Implementierung eines Informationssystems dar, das nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität steigern soll. Diese Indikatoren tragen zur Umgestaltung der Krankenhausleistungen und der Förderung einer Neugestaltung des Krankenhauses durch Programme zur strukturellen Neuordnung, technologischen Anpassung und Entwicklung des Netzwerks der territorialen Dienstleistungen bei.

Zur Überprüfung der Qualität der Versorgungsstandards im Krankenhausbereich betrifft der Verweis auf die kritischen Bereiche Leistungen, die ein potenziell unangemessenes Organisationsprofil aufweisen, oder für die angemessenere Erbringungsmodalitäten festgelegt werden müssen.

In der Folge werden die von den „Indikatoren der Angemessenheit“ für die Autonome Provinz Bozen angenommenen und für besonders interessant gehaltenen Werte dargelegt, die aus den Krankenhausentlassungsbögen berechnet werden können. Es handelt sich hierbei um:

- Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt

- Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen an den aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen insgesamt
- Hospitalisierungsrate wegen Diabetes
- Hospitalisierungsrate wegen Asthma
- Hospitalisierungsrate wegen Herzdekompensation
- Hospitalisierungsrate wegen TURP (Männer > 49 J.)
- Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie
- Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie (Frauen > 45 J.)
- Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie
- Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie (Alter $\geq$ 65 J.)
- Hospitalisierungsrate wegen Koronar-Bypass (Alter $\geq$ 65 J.)
- Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz (Alter $\geq$ 65 J.)

In den nachfolgenden Tabellen werden für jeden oben genannten Indikator die Werte für die Jahre 2004–2007 für das Land angeführt, die unter Berücksichtigung des KEB-Archivs des Landes und des Archivs der Mobilität in den anderen Regionen Italiens berechnet wurden. Angeführt werden die Werte für Italien, veröffentlicht vom Gesundheitsministerium im „Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Anno 2005“ (Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte – Jahr 2005). Die Werte dieser Indikatoren werden – soweit verfügbar – mit denen der OECD-Länder⁷ verglichen.

Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Berechnung der Hospitalisierungsraten für spezifische Krankheiten die Aufenthalte von Südtiroler Patienten mit dem spezifischen Eingriff berücksichtigt werden (unabhängig von der Position in den Bereichen der KEB für Eingriffe/Maßnahmen, in denen die spezifische Krankheit registriert wurde).

Die Werte dieser Indikatoren in den anderen Regionen Italiens, die vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurden, sind in der diesem Bericht beiliegenden CD-ROM enthalten und beziehen sich auf die Tätigkeiten aller gesamtstaatlichen Krankenanstalten für das Jahr 2005.

Eines der gesamtstaatlichen Ziele, das bereits im alten Nationalen Gesundheitsplan 2002–2004 enthalten war, ist die Senkung der Anzahl an Kaiserschnitten auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20 %. Die Autonome Provinz Bozen verzeichnet einen Wert von 23,8 %, der sich bereits dem gesamtstaatlichen Standard annähert⁸.

Tabelle 22: Prozentanteil der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt (DRG von 370 bis 375) in den öffentlichen und privaten Landesanstalten – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	37,8	38,3	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	22,7	23,4	24,9	23,8

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

Auf Landesebene ist trotz des Anstiegs des Anteils der in der Marienlinik verzeichneten Kaiserschnitte ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten.

Fälle von Muttersterblichkeit traten im Laufe des Jahres nicht auf.

Der leichte Anstieg, der in den letzten Jahren im Hinblick auf die Anzahl an Kaiserschnitten verzeichnet wurde, kann auch einige Veränderungen widerspiegeln, und zwar nicht nur in Bezug auf die Vorgehensweise der Kliniken, sondern auch auf die Risikofaktoren (zum Beispiel hohes Alter der Mutter, Mehrlingsgeburten, vorhergehende Kaiserschnitte oder überschrittene Schwangerschaftszeit) sowie die Präferenzen der Mütter.

KAISERSCHNITTE

⁷ “Health at a Glance 2007: OECD Indicator” – OECD 2007

⁸ Der von der WHO bereits im Jahr 1985 empfohlene Höchstwert beträgt 15%.

**MEDIZINISCHE DRGS
IN CHIRURGISCHEN
ABTEILUNGEN**

Der Anteil an Kaiserschnitten stieg im Laufe der Zeit in allen OECD-Ländern an; besonders schnell war das Wachstum in Irland, der Slowakei und der Tschechischen Republik, während die Wachstumsrate in den nordischen Ländern weit geringer war. Nach den OECD-Daten schwankt der Anteil an Kaiserschnitten (als Prozentsatz aller Lebendgeburten) im Jahr 2004 in den verschiedenen OECD-Ländern erheblich und ist in den Niederlanden, in der Tschechischen Republik, in den nordischen Ländern, Frankreich, Belgien und der Slowakei mindestens um das 5-fache geringer.

In Italien betrug der Prozentsatz an Kaiserschnitten an den Geburten insgesamt im Jahr 2005 38,3 % und weist im Vergleich zu den Vorjahren noch einen steigenden Trend auf; das Variationsintervall liegt zwischen 23,4 % in Südtirol und 60,0 % in Kampanien.

Die Situation des Jahres 2007 in der Autonomen Provinz Bozen hinsichtlich des Indikators „Medizinische DRGs in chirurgischen Abteilungen“⁹, der einen „Proxy“-Indikator für den unangemessenen Aufenthalt im chirurgischen Bereich oder für das Eintreten von Problemen im Zusammenhang mit den OP-Sälen darstellt, ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert.

Dieser Indikator hat im Jahr 2007 insgesamt im Land einen Wert von 44,0 % und liegt über dem gesamtstaatlichen Wert von 36,8 % (2005).

Tabelle 23: Anteil der Entlassungen mit medizinischer DRG aus chirurgischen Abteilungen an den Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	37,4	36,8	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	39,8	43,7	42,9	44,0

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN DIABETES**

Im Jahr 2007 betrug die Hospitalisierungsrate der Südtiroler Wohnbevölkerung wegen Diabetes 149,6 pro 100.000 Einwohner. Dies bedeutet eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr. Hohe Werte dieser Rate weisen auf eine eventuelle Ineffizienz der territorialen Grund- und fachärztlichen Versorgung hin. Im Jahr 2005 lag das Land schon über dem gesamtstaatlichen Wert (Italien 104,2).

Tabelle 24: Hospitalisierungsrate wegen Diabetes (Code der Hauptdiagnose 250.xx) pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	110,3	104,2	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	142,8	149,0	148,7	149,6

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN ASTHMA**

9 Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Stomatologie, Orthopädie und Traumatologie, HNO, Geburtshilfe, Gynäkologie und Urologie

Die Hospitalisierungsrate der Südtiroler wegen Asthma betrug im Jahr 2007 28,8 pro 100.000 Einwohner und weist einen Rückgang im Vergleich zum Jahr 2006 auf.

Im Jahr 2005 wies das Land hinsichtlich dieses Indikators einen Standard über den gesamtstaatlichen Werten auf (Italien 39,8). Zu beobachten ist jedoch, dass es auf gesamtstaatlicher Ebene in den vergangenen Jahren zu einer Verminderung kam, die in einigen italienischen Regionen sehr stark war.

Die Hospitalisierungsraten wegen Asthma bei Patienten über 18 Jahren variieren in den verschiedenen OECD-Ländern erheblich. Relativ hohe Raten sind in Finnland und den Ver-

einigten Staaten zu verzeichnen, die niedrigsten Raten sind dagegen in Mexiko und Schweden festzustellen. Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate wegen Asthma bei Erwachsenen in den europäischen Ländern beträgt 5,82 pro 10.000 Einwohner. Der italienische Wert liegt darunter (3,82 pro 10.000 Einwohner).

Tabelle 25: Hospitalisierungsrate wegen Asthma (Code der Hauptdiagnose 493.xx) pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	41,6	39,8	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	44,6	41,9	33,6	28,8

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Herzdekompensation belief sich im Jahr 2007 auf 309,0 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner mit einem deutlich ansteigenden Trend im Vergleich zum Jahr 2004. 2005 wurde im Land ein geringerer Wert als der gesamtstaatliche Durchschnitt verzeichnet (Italien 322,6).

Tabelle 26: Hospitalisierungsrate wegen Herzdekompensation (Code der Hauptdiagnose 428.xx) pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	321,6	322,6	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	296,3	287,3	312,6	309,0

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

In der Autonomen Provinz betrugen die Prostataktomien insgesamt 371; 335 (90,3%) davon wurden transurethral (TURP) ausgeführt und zeigen somit einen angemessenen Gebrauch einer bewährten Technik, wenn erforderlich.

Betrachtet man die Prostataktomie-Eingriffe mit Turp-Technik, assoziiert mit allen vorkommenden Diagnosen, beträgt die Hospitalisierungsrate wegen Turp bei Männern im Alter über 49 Jahren 520,8 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner und ist somit im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Jahren ansteigend.

Gemäß den Angaben des Gesundheitsministeriums lag die Hospitalisierungsrate des Landes wegen Prostataktomie-Eingriffen mit Turp-Technik für Männer über 49 Jahren 2005 über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 352,3.

Tabelle 27: Hospitalisierungsrate wegen Prostataktomie mit Turp-Technik bei Männern über 49 Jahren (int. Code 60.2x), pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	340,9	352,3	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	472,9	429,3	441,3	520,8

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

2007 wurden insgesamt in den Einrichtungen des Landes 942 Appendektomien vorgenommen, davon 125 für Nichtansässige; weitere 22 wurden an Südtiroler Patienten in Einrichtungen in den anderen Regionen Italiens durchgeführt.

Die Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie betrug 2007 167,0 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner und ist im Vergleich zum Jahr 2006 rückläufig. Dieser Indikator, der lediglich unter Berücksichtigung des Haupteingriffs berechnet wurde, lag 2005 gemäß den Angaben des Gesundheitsministeriums über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (Italien 93,6).

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN
HERZDEKOMPENSATION**

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN PROSTA-
TEKTOMIEEINGRIFFEN
MIT TURP-TECHNIK**

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN
APPEKDEKTOMIEN**

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN HYSTEREKTOMIE**

Tabelle 28: Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie (int. Code 47.0x, 47.1x) pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	98,5	93,6	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	188,2	167,9	175,3	167,0

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie bei Frauen im Alter über 45 Jahren betrug 417,1 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner und ist im Vergleich zum Wert 2006 rückläufig. Gemäß den Angaben des Gesundheitsministeriums lag die unter Berücksichtigung lediglich des Haupteingriffs berechnete Hospitalisierungsrate des Landes wegen Hysterektomie bei Südtiroler Frauen über 45 Jahren 2005 über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 2005 (Italien 352,5).

Tabelle 29: Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie (int. Code 68.3, 68.4, 68.5x, 68.6, 68.7, 68.9), Frauen Alter > 45 Jahre, pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	373,8	352,5	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	467,6	492,3	443,7	417,1

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie betrug im Jahr 2007 246,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner. Gemäß den Angaben des Gesundheitsministeriums lag dieser Indikator 2005 weit über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt 2005 (Italien 125,6).

Von allen Regionen Italiens wurde in Südtirol 2005 die höchste Hospitalisierungsrate verzeichnet, gefolgt vom Venetien und vom Piemont.

Bei chirurgischen Eingriffen der Mandeln sind erhebliche geografische Unterschiede zu beobachten, die auch auf europäischer Ebene festzustellen sind.

In Italien ist seit 2003 ein erheblicher Rückgang der Eingriffe zu verzeichnen (von 154,8 im Jahr 2002 auf 134,8 im Jahr 2003), der auch auf die Verbreitung des Leitliniendokuments PNLG (Piano Nazionale Linee Guida – Nationaler Leitlinienplan) zurückzuführen ist, begleitet von einer angemesseneren Inanspruchnahme des Verfahrens.

Gemäß der jüngsten Aktualisierung der Leitlinien über die Angemessenheit und die Sicherheit der Eingriffe für die Tonsillektomie und/oder die Aneoiidektomie (März 2008) sind die geografischen Unterschiede in der Regel auf die verschiedenen ärztlichen Vorgehensweisen und die Ausbildung der Fachärzte und weniger auf die Krankheitsunterschiede zurückzuführen.

Tabelle 30: Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie (int. Code 28.2, 28.3, 28.6, 28.7) pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	135,8	125,6	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	276,8	274,2	283,3	246,7

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN KORONAR-BY-PASS**

Hinsichtlich der Verfahren zur Revaskularisierung wie Koronar-Bypass und Koronarangioplastie ist ein erheblicher Unterschied zwischen den verschiedenen italienischen Regionen zu beobachten.

Die Hospitalisierungsrate wegen Koronar-Bypass bei der Bevölkerung über 64 Jahren liegt auch im Jahr 2005 in Südtirol (70,6) weit unter dem Wert anderer italienischer Regionen (Italien 131,4). Darauf hinzuweisen ist, dass dieser Eingriff im Land nicht angeboten wird und daher nur in anderen Regionen Italiens oder im Ausland durchgeführt werden kann. In Bezug auf die Koronarangioplastie ist zu beobachten, dass 2007 in der Autonomen Provinz Bozen insgesamt 551 Eingriffe bei Patienten über 65 Jahren durchgeführt wurden, 67 davon waren nicht ansässig. 13 Südtiroler Patienten wandten sich dagegen an Einrichtungen in anderen Regionen Italiens.

Die Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie bei der Bevölkerung über 64 Jahren beträgt daher im Jahr 2007 547,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner. In Anbetracht des gesamtstaatlichen Durchschnitts 2005 von 337,8 pro 100.000 Einwohner über 64 Jahren ist dies ein sehr hoher Wert.

Sehr hohe Hospitalisierungsraten wegen Koronarangioplastie, die jedoch unter denen des Landes liegen, werden in den Regionen Emilia Romagna und Latium verzeichnet, sehr geringe Werte dagegen im Aostatal und im Friaul Julisch-Venetien.

Erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme der beiden Verfahren gibt es auch bei den OECD-Ländern. Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie pro 100.000 Einwohner (unabhängig vom Alter) beträgt 179,8; der Wert Italiens für die gesamte Bevölkerung beläuft sich nach OECD-Daten auf 111,6 pro 100.000 Einwohner und für Südtirol auf 162,9 pro 100.000 Einwohner (Daten 2007).

Erhebliche Unterschiede sind auch zwischen den verschiedenen OECD-Ländern in der prozentuellen Zusammensetzung dieser beiden Verfahren zur Revaskularisierung festzustellen; in den meisten Ländern stellt die Koronarangioplastie 65 % bis 80 % der gesamten Revaskularisierungsverfahren dar. Der chirurgische Eingriff für den Koronar-Bypass ist jedoch weiterhin die bevorzugte Technik zur Behandlung von mehrfachen Gefäßverengungen.

Tabelle 31: Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie (int. Code 36.0x), Alter ≥ 65 Jahre, pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	309,8	337,8	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	683,4	688,4	639,9	547,4

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz bei der Bevölkerung über 64 Jahren beträgt 907,1 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner im Jahr 2007 und ist in Südtirol ziemlich hoch.

2005 lag der Landeswert dieses Indikators weit über den Werten der anderen Regionen Italiens (der gesamtstaatliche Durchschnitt 2005 belief sich auf 559,0). Die Autonome Provinz Bozen hat daher für diesen chirurgischen Eingriff dieselbe Platzierung wie die nördlichen Regionen, in denen im Allgemeinen die höchsten Werte verzeichnet werden.

Tabelle 32: Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz (int. Code 81.51, 81.52, 81.53), Alter ≥ 65 Jahre, pro 100.000 Einwohner – Jahre 2004–2007

	2004	2005	2006	2007
Italien	552,6	559,0	n.a.	n.a.
A.P. Bozen	912,8	856,6	929,1	907,1

Quelle: KEB-Archiv, Gesundheitsministerium – Bericht über die Krankenhausaufenthalte

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN
KORONARANGIOPLASTIE**

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN
HÜFTGELENKERSATZ**

**TODESFÄLLE IM
KRANKENHAUS**

Die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten betrug 1.654 (2,1 % der Krankenhausaufenthalte insgesamt); in 1.512 Fällen trat der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Einlieferungsdatum ein. Dies entspricht einem Anteil von 91,4 % der Todesfälle, der in den öffentlichen Krankenhäusern konstant ist.

Tabelle 33: **Krankenhausaufenthalte mit Tod des Patienten, insgesamt und innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Todesfälle	Todesfälle innerh. 30 Tagen ab Einlieferung	% der Todesfälle inner. 30 Tagen an Todesfällen insgesamt
Krankenhaus Bozen	931	831	89,3
Krankenhaus Meran	258	239	92,6
Krankenhaus Brixen	119	116	97,5
Krankenhaus Bruneck	151	141	93,4
Krankenhaus Schlanders	63	56	88,9
Krankenhaus Sterzing	34	34	100,0
Krankenhaus Innichen	35	34	97,1
Öff. Krankenhäuser insgesamt	1.591	1.451	91,2
Marienklinik	29	27	93,1
Privatklinik St. Anna	32	32	100,0
Privatklinik Martinsbrunn	2	2	100,0
Privatkliniken insgesamt	63	61	96,8
Krankenanstalten insgesamt	1.654	1.512	91,4

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

**AKUTER
MYOKARDINFARKT**

Die Krankenhausaufenthalte wegen akutem Myokardinfarkt betrugen insgesamt 875; in 119 Fällen (13,6 %) verstarb der Patient; für 43 Patienten erfolgte der Tod innerhalb von zwei Tagen nach der Einlieferung.

Tabelle 34: **Todesfälle wegen akutem Myokardinfarkt insgesamt und innerhalb von 2 Tagen ab der Einlieferung und Krankenhausaufenthalte wegen Infarkt nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Todesfälle wegen Infarkt insgesamt	Todesfälle wegen Infarkt innerh. 2 Tagen ab Einlief.	KH-Aufenthalte wegen Infarkt insgesamt
Krankenhaus Bozen	82	27	495
Krankenhaus Meran	18	9	145
Krankenhaus Brixen	7	3	62
Krankenhaus Bruneck	6	3	69
Krankenhaus Schlanders	1	–	47
Krankenhaus Sterzing	1	–	22
Krankenhaus Innichen	2	–	29
Öff. Krankenhäuser insgesamt	117	42	869
Marienklinik	1	1	5
Privatklinik St. Anna	1	–	1
Privatklinik Martinsbrunn	–	–	–
Privatkliniken insgesamt	2	1	6
Krankenanstalten insgesamt	119	43	875

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Die Todesfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt machen 7,2 % der Todesfälle im Krankenhaus aus. In den OECD-Ländern beliefen sich die Anteile an Todesfällen wegen akutem Myokardinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhauseinlieferung im Jahr 2004 auf rund 10 %.

Die Krankenhausaufenthalte wegen Cholezystektomie¹⁰ betrugen insgesamt 698; in 585 Fällen (83,8 %) wurde eine laparoskopische Cholezystektomie ausgeführt.

Tabelle 35: **Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien an den Cholezystektomien insgesamt nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Laparoskopische Cholezystektomie	Cholezystektomien insgesamt	% laparoskopische Cholezystektomien an Cholezystektomien insgesamt
Krankenhaus Bozen	219	278	78,8
Krankenhaus Meran	91	107	85,0
Krankenhaus Brixen	93	106	87,7
Krankenhaus Bruneck	61	73	83,6
Krankenhaus Schlanders	34	39	87,2
Krankenhaus Sterzing	34	35	97,1
Krankenhaus Innichen	30	36	83,3
Öff. Krankenhäuser insgesamt	562	674	83,4
Marienkl. n. S. Maria	21	22	95,5
Privatklin. St. Anna	2	2	100,0
Privatklin. Martinsbrunn	–	–	–
Privatkliniken insgesamt	23	24	95,8
Krankenanstalten insgesamt	585	698	83,8

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Laut Ministerialverordnung (DPCM vom 29.11.01) wird die eventuelle organisatorische Unangemessenheit bei der Behandlung der klinischen Fälle durch die Bestimmung von „Risikobereichen“, bestehend aus 43 DRGs, bemessen, für welche die Inanspruchnahme eines Aufenthalts als „potenziell unangemessen“ gilt. Es handelt sich dabei um Aufenthalte, für die das klinische Problem mit derselben Effizienz auf einer weniger intensiven Versorgungsstufe und folglich mit einem geringeren Einsatz von Ressourcen behandelt werden könnte.

Somit ist es für die Provinz wichtig, die „Risikoaufenthalte“ regelmäßig zu überprüfen und deren Anzahl laufend zu reduzieren, um sie nur mehr in Ausnahmefällen rechtfertigen zu müssen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass nicht für alle DRGs der „Risikoaufenthalte“ andere Versorgungsformen angewendet werden können.

Die Steigerung der Effizienz und Leistungsfähigkeit muss bei der Behandlung der Fälle mit geringem Schweregrad mit einer Dauer von über 1 Tag verfolgt werden. Bestimmte ordentliche Aufenthalte mit einer Aufenthaltsdauer von über 1 Tag können hinsichtlich besonderer Schweregrade der klinischen Bedingungen und des Selbstständigkeitsgrads oder aufgrund sozialer Faktoren wie familiäre Lage und Unterstützung von „Caregivern“ sowie logistischer Faktoren (Distanz der Versorgungseinrichtung vom Wohnort des Patienten) „gerechtfertigt“ werden.

In dieser Hinsicht hat die Autonome Provinz Bozen mit Beschluss der Landesregierung Nr. 4434 vom 09.12.2003, aktualisiert durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 4053 vom 06.11.2007, die Zulässigkeitschwellen für die Erbringung der 43 DRGs mit Unangemessenheitsrisiko bei ordentlichen Aufenthalten in öffentlichen und privaten Krankenanstalten gemäß Anhang 2C des DPCM Nr. 26 vom 06.11.2006 festgelegt.

Die nachstehend angeführten Daten sind das Ergebnis der Analyse der „Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko“ mit Wahl der Fälle gemäß DPCM vom 29.11.01; sie bezwecken, die kritischsten Bereiche in der Provinz und auch im Vergleich mit dem übrigen Italien

CHOLEZYSTEKTOMIE

DRGS MIT

UNANGEMESSENHEITS-

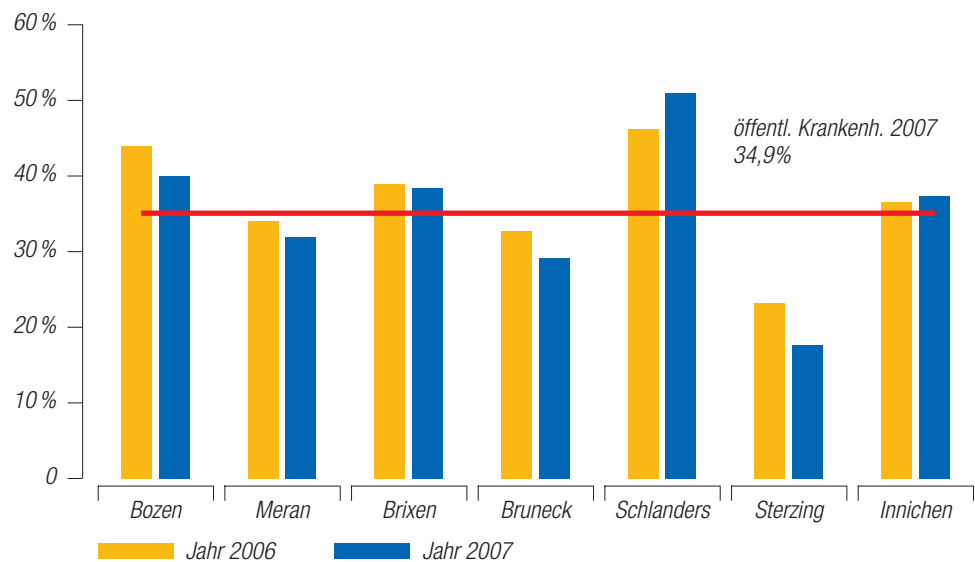
RISIKO

¹⁰ Mindestens ein Kodex ICD9CM 51.21, 51.22, 51.23, 51.24 in den Feldern für Eingriffe/Verfahren; die letzten beiden Kodexe beziehen sich auf laparoskopische Cholezystektomien.

aufzuzeigen. Diese Analyse hat das Ziel, auf Landesebene die Bewertung der Leistung in Bezug auf die Angemessenheit zu fördern, welche die Inanspruchnahme und die Leistungen, die dem Prinzip der organisatorischen Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung der Ressourcen nicht nachkommen, beschränken soll (wie gemäß DPCM für die Versorgungsstandards durch Förderung der Entwicklung von effizienten und leistungsfähigen Organisationsmodellen bei der Versorgung vorgeschrieben).

Die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte, die zu den 43 DRGs der „Risikobereiche“ gehören, betrugen im Jahr 2006 insgesamt 16.900 und machten 16,1 % aller Krankenhausaufenthalte aus. 65,1 % davon wurden in der Tagesklinik behandelt.

Abbildung 15: **Prozentanteil der ordentlichen Krankenhausaufenthalte von Einwohnern mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öffentlichen Krankenhäusern – Jahre 2006–2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Hohe Anteile von ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko“ in öffentlichen Krankenhäusern wurden für die Krankenhäuser Schlanders (51,0 %) und Bozen (40,0 %) verzeichnet, während das Krankenhaus Sterzing den niedrigsten Wert aufwies (17,6 %).

Bei der Auslegung der Ergebnisse müsste auch der Anteil der ambulant erbrachten Tätigkeiten berücksichtigt werden, vor allem für einige DRGs wie „Dekompression am Karpaltunnel“, „Venenligatur und Venenstripping“, „Eingriffe an der Linse des Auges“.

Auf Landesebene betrug der Anteil der ordentlichen Aufenthalte über der Zulässigkeitschwelle im Jahr 2007 11,2 %; insbesondere die Krankenhäuser Schlanders, Meran, und Brixen verzeichnen Werte über dem Durchschnitt der öffentlichen Krankenhäuser.

Tabelle 36: **Aufenthalte von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öffentlichen Krankenhäusern – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Ordentl. Aufenth.	TK-Aufenth.	% ordentl. Aufenth.	% Aufenth. über Schwelle am Gesamtw. ord. A.	Var. % Aufenth. über Schwelle im Vergleich zu 2006
Krankenhaus Bozen	2.326	3.491	40,0	6,3	–1,6
Krankenhaus Meran	1.083	2.304	32,0	18,6	1,4
Krankenhaus Brixen	793	1.271	38,4	14,9	–2,9
Krankenhaus Bruneck	923	2.241	29,2	10,8	–1,9
Krankenhaus Schlanders	380	365	51,0	18,7	–0,1
Krankenhaus Sterzing	224	1.047	17,6	3,6	–2,5
Krankenhaus Innichen	169	283	37,4	11,2	4,8
Öff. Krankenhäuser insgesamt	5.898	11.002	34,9	11,2	–0,9

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Die Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Schließlich kann noch ein anderer Indikator aus den KEB-Daten berechnet werden, der aus dem Anteil der atypischen und anomalen DRGs an den gesamten Aufenthalten stammt; obwohl er mehr Angaben zur Qualität der Informationen als zur Qualität der Leistungen liefert, stellt er dennoch einen Wert dar, der überwacht werden muss.

Tabelle 37: **Atypische und anomale DRGs (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Atypische DRGs (DRGs 468, 476, 477)		Anomale DRGs (DRGs 469, 470)	
	Aufenth.	% Aufenth.	Aufenth.	% Aufenth.
Krankenhaus Bozen	21	0,05	–	–
Krankenhaus Meran	58	0,32	3	0,02
Krankenhaus Brixen	43	0,33	–	–
Krankenhaus Bruneck	10	0,07	–	–
Krankenhaus Schlanders	1	0,02	–	–
Krankenhaus Sterzing	9	0,18	–	–
Krankenhaus Innichen	8	0,22	2	0,06
Öff. Krankenhäuser insgesamt.	150	0,15	5	0,01
Marienklinik	–	–	–	–
Privatklinik St. Anna	1	0,06	–	–
Privatklinik Martinsbrunn	–	–	–	–
Privatkliniken insgesamt	1	0,02	–	–
Krankenanstalten insgesamt.	151	0,14	5	0,00

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Zu den atypischen DRGs gehören die DRG 468 „Ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“, DRG 476 „Chirurgischer Eingriff an der Prostata, nicht an die Primärdiagnose gebunden“ und DRG 477 „Nicht ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“; zu den anomalen DRGs zählen die DRG 469 „Primärdiagnose nicht gültig als Entlassungsdiagnose“ und DRG 470 „Keiner anderen DRG zuzuordnen“.

Die mit atypischen und anomalen DRGs klassifizierbaren Aufenthalte machen insgesamt rund 0,15 % (156 Fälle) der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskran-

**DRGS MIT
UNANGEMESSENHEITS-
RISIKO NACH KRANKEN-
ANSTALT**

**ATYPISCHE UND ANOMA-
LE DRGS**

WARTEZEITEN FÜR DIE KRANKENHAUS- AUFNAHMEN

kenanstalten aus; der Wert liegt unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2005 (Italien 0,28).

Ziemlich hohe Anteile (in Bezug auf die absoluten Werte halten sich die Anteile jedoch in Grenzen) von atypischen und anomalen DRGs an den ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten insgesamt werden in den Krankenhäusern Brixen und Meran verzeichnet.

Eine bedeutende Rolle bei der Bewertung der organisatorischen Angemessenheit spielt die Zugänglichkeit der sanitären Leistungen nach Kriterien der Gleichheit, Nutzbarkeit und Transparenz der sanitären Leistungen – ein Aspekt, der auch anhand der Verkürzung der Wartezeiten verbessert werden kann.

Die Angemessenheit bei der Verwendung der Ressourcen bedeutet die Optimierung der Nutzung des Krankenhauses, um spezifische Bedürfnisse in punkto Gesundheit hinsichtlich der Prioritäten des gesundheitlichen Problems des Bürgers zufrieden zu stellen.

Da die Wartezeiten eine der Hauptproblematiken des Gesundheitssystems darstellen, wurde in den vergangenen Jahren ein umfassendes Regelwerk über die Wartelisten entwickelt, und zwar auch als Antwort auf die starke Wahrnehmung des Problems seitens der Bürger.

Auf Landesebene betrifft der Beschluss der Landesregierung Nr. 2360 vom 09.07.2007 die Umsetzung der auf gesamtstaatlicher Ebene festgelegten Leitlinien. Hinsichtlich der geplanten Aufenthalte werden maximale Wartezeiten für 90 % der wohnhaften/beim Nationalen Gesundheitsdienst eingetragenen Bürger festgesetzt, die Leistungen für 12 verschiedene Arten des ordentlichen Aufenthalts und 9 im Tagesklinikbetrieb anfordern. Zudem werden Programmzielsetzungen in Bezug auf einige Aufenthaltsleistungen für die wohnhaften/beim Nationalen Gesundheitsdienst eingetragenen Bürger festgelegt. Dabei handelt es sich um: Katarakt-Eingriffe, Eingriffe für Hüftgelenksprothesen und Koronardiagnostik

Aus den ersten Kontrolluntersuchungen über die Wartezeiten für die Krankenhausaufnahme ging hervor, dass vor allem hinsichtlich der Venenligatur und des Venenstrippings Verbesserungsstrategien zum Einsatz kommen können.

3.2.4. Krankenhausmobilität

Die Daten über die Krankenhausversorgung von Akutkranken in Einrichtungen außerhalb des Landes beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte von Ansässigen im übrigen Italien, für die der Ausgleich der überregionalen Mobilität durchgeführt wird, und auf die Aufenthalte in konventionierten österreichischen Einrichtungen. Sowohl für die überregionale Mobilität als auch auf die Aufenthalte in Österreich stammen die Daten aus dem Jahr 2007.

3.2.4.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen

Im Jahr 2007 wurden 4.277 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz verzeichnet, weniger als im Vorjahr mit 4.348 Aufenthalten, 74 Aufenthalte beziehen sich auf gesunde Neugeborene (DRG 391). Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 3.158 Aufenthalte (6,5 pro 1.000 Einwohner) bei insgesamt 20.905 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,6 Tagen. Die Tagesklinik-Aufenthalte beliefen sich auf 1.119 bei insgesamt 2.321 Zugängen.

AUFENTHALTE IN NATIONALEN EINRICHTUNGEN

Tabelle 38: Akutaufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittlicher Tarif (Euro) und Gesamtbetrag (Euro) nach Art des Aufenthalts in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes – Jahr 2007

Art des Aufenthaltes	Aufenth.	Aufenthalts- tage/ Zugänge	Durchschn. AD/Zugänge	Durchschn. Tarif (Euro)	Gesamtbetrag (Euro)
Ordentl. Aufenthalte	3.158	20.905	6,6	4.603,74	14.538.610,92
Tagesklinik-Aufenthalte	1.119	2.321	2,1	1.486,52	1.663.414,16
Aufenthalte in nationalen Einrichtungen insgesamt	4.277			3.788,18	16.202.025,08

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

In Bezug auf die Ausgaben der Aufenthalte von Südtirolern im übrigen Italien wird darauf hingewiesen, dass die analysierten Daten von den einzelnen Regionen und Provinzen angegeben wurden und von den effektiv von der Autonomen Provinz Bozen anerkannten Beträgen bei der Verrechnung der sanitären Mobilität abweichen können. Im Jahr 2007 machte der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinikaufenthalte in anderen italienischen Regionen 16,2 Millionen Euro aus.

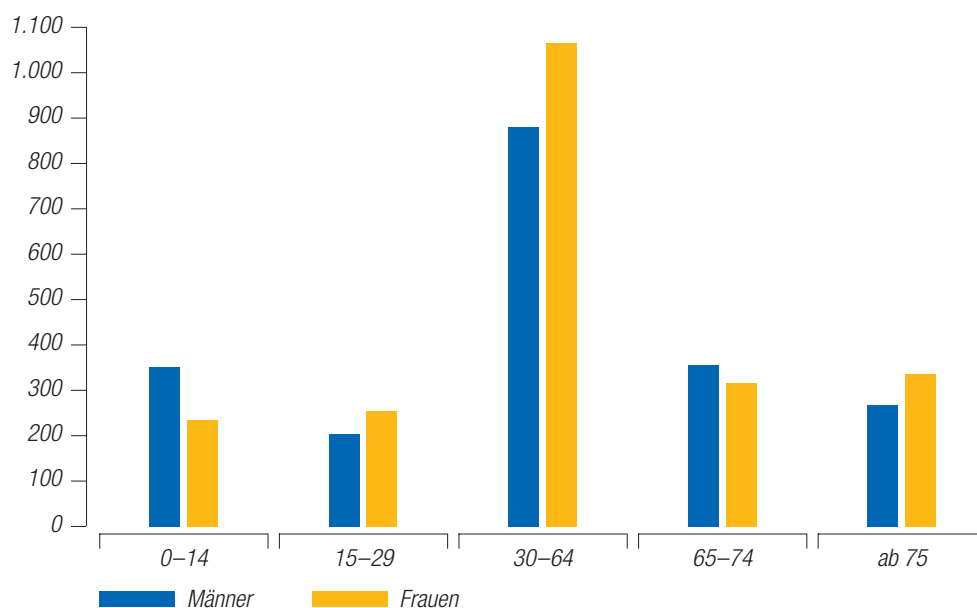
51,8 % der Aufenthalte von Akutkranken in gesamtstaatlichen Einrichtungen außerhalb des Landes betrafen die weibliche Bevölkerung. In der Altersklasse von 0 bis 14 Jahren wurden die gesamtstaatlichen Einrichtungen im übrigen Italien häufiger von der männlichen Bevölkerung in Anspruch genommen (60,0 %).

Die Region Veneto (34,9 %) und die Autonome Provinz Trient (26,1 %) sind die häufigsten Anlaufstellen. Gegenüber 2006 kam es zu einer leichten Abnahme sowohl der ordentlichen Aufenthalte (–26 Aufenthalte) als auch der im Tagesklinikbetrieb (–45 Aufenthalte). Die Hauptursache der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien besteht in „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (23,1 %) und in „Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems“ (16,4 %).

Insbesondere werden 3,3 % der Patienten mit der DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen“, 3,0 % mit der DRG 105 „Eingriffe an den Herzklappen“ und 2,8 % mit der DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne Hauptdiagnose Infektion“ entlassen.

**AUSGABEN FÜR
AUFENTHALTE IM
ÜBRIGEN ITALIEN**

Abbildung 16: Aufenthalte von Akutkranken in Krankenanstalten im restlichen Italien nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Tabelle 39: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern und ordentliche Kurzaufenthalte in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion – Jahr 2007

Aufenthaltsregion	Ordentl. Aufenth.	TK-Aufenth.	Insgesamt			Kurzaufenthalte (2/3 Tage)	
			Aufenth.	Var. im Vergl. zu 2006	%	Nach Hause	Sonstige Entlassung
Venetien	1.242	249	1.491	-16	34,86	391	12
Trient	648	468	1.116	-51	26,09	231	20
Lombardei	395	122	517	-31	12,09	142	1
Emilia Romagna	354	99	453	-11	10,59	129	6
Friaul-J.V.	75	35	110	43	2,57	20	1
Toskana	67	33	100	9	2,34	23	1
Latium	72	12	84	-39	1,96	25	3
Kampanien	47	14	61	-11	1,43	13	3
Apulien	51	8	59	-1	1,38	19	-
Piemont	31	17	48	9	1,12	13	-
Sizilien	27	16	43	7	1,01	16	-
Kalabrien	29	8	37	-1	0,87	-	-
Marken	34	2	36	14	0,84	8	1
Sardinien	30	4	34	11	0,79	5	2
Ligurien	14	13	27	-11	0,63	4	-
Umbrien	13	8	21	9	0,49	7	-
Abruzzen	21	-	21	-1	0,49	5	2
KH Bambin Gesù	3	9	12	-	0,28	3	-
Molise	3	-	3	-1	0,07	1	-
Basilikata	1	2	3	1	0,07	9	1
Aostatal	1	-	1	-	0,02	-	-
Insgesamt	3.158	1.119	4.277	-71	100,00	1.064	53

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Tabelle 40: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien nach MDC und Betrag (Euro) – Jahr 2007**

MDC	Beschreibung MDC	N. Aufenth.	% Aufenth.	Betrag (Euro)
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	730	23,1	2.973.134,60
5	Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems	518	16,4	4.713.123,73
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	210	6,6	883.589,23
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	179	5,7	536.124,33
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	172	5,4	711.250,46
17	Myeloproliferative Krankheiten und Störungen und schwach differenzierte Neoplasien	168	5,3	758.740,92
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	148	4,7	432.421,62
14	Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium	135	4,3	224.872,63
10	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankh. und -störungen	106	3,4	309.928,51
15	Krankheiten und Störungen der Neonatalzeit	95	3,0	111.439,97
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	93	2,9	221.130,55
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	87	2,8	403.817,31
19	Geisteskrankheiten und -störungen	85	2,7	208.956,76
13	Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems	82	2,6	237.440,79
2	Krankheiten und Störungen des Auges	78	2,5	161.917,31
7	Krankh. und Störungen des Leber- und Gallensyst. und Pankreas	70	2,2	328.091,67
12	Krankheiten und Störungen des männlichen Fortpflanzungssystems	48	1,5	194.347,96
21	Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkung von Pharmaka	45	1,4	137.401,50
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und der Gesundheitsdienste beeinflussen	22	0,7	26.219,90
18	Infektions- und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht spezifizierter Lokalisation)	19	0,6	52.035,88
16	Krankheiten und Störungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	0,5	61.490,67
20	Alkohol-/Drogenmissbrauch und alkohol-/drogeninduzierte organische Geistesstörungen	9	0,3	19.113,34
25	HIV-Infektionen	7	0,2	27.865,44
22	Verbrennungen	6	0,2	21.272,49
24	Relevante multiple Traumata	5	0,2	67.886,05
–	Sonstige DRGs	25	0,8	714.997,30
Ordentliche Aufenthalte insgesamt		3.158	100,0	14.538.610,92

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Bei 1.117 ordentlichen Aufenthalten von Südtirolern im Jahr 2007 außerhalb des Landes betrug die Aufenthaltsdauer 2 oder 3 Tage (mit Ausnahme der Aufenthalte in der Abteilung Psychiatrie), was 35,4% der außerhalb des Landes erfolgten ordentlichen Aufenthalte in gesamtstaatlichen Einrichtungen entspricht. Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrugen 1.064, die Aufenthalte, nach denen der Patient auf eine andere Art entlassen wurde, 53.

Von den ordentlichen Aufenthalten in Krankenanstalten der Region Venetien waren 31,5% ordentliche Kurzaufenthalte mit Entlassung nach Hause, während es in der Autonomen Provinz Trient nur 35,6% sind.

Die Aufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in den Krankenanstalten im übrigen Italien betrugen 467, was einen Anstieg im Vergleich zum Jahr 2006 bedeutet. Die häufigste DRG war die DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 40

KURZAUFENTHALTE IM ÜBRIGEN ITALIEN

**AUFENTHALTE IN
ÖSTERREICH**

Aufenthalten, gefolgt von der DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ mit 37 Aufenthalten.

Im Jahr 2007 machte der Gesamtbetrag für Aufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG seitens Ansässiger im restlichen Italien 1.085.765,56 Euro aus.

3.2.4.2. Aufenthalten von Akutkranken in Österreich

Um den Bürgern des Landes unter Achtung der jeweiligen ethnisch-sprachlichen Merkmale eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Österreich für Krankenhausdienste für akute und postakute Patienten konventioniert, die das Südtiroler Gesundheitswesen nicht anbieten kann.

Folgende konventionierte Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung für Akutkranke:

- a) Universitätsklinik Innsbruck – für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in klinischen Fällen, die aufgrund ihres hohen wissenschaftlich-technologischen Inhalts und/oder der Komplexität den Einsatz einer Universitätsstruktur erfordern. In den Fällen, in denen die Universitätsklinik Innsbruck nicht in der Lage ist, diese hochspezialisierten Leistungen zu erbringen, ist sie befugt, die Patienten in die Universitätskliniken Wien und Graz zu überweisen. In diesen Fällen trägt die Landesverwaltung die Kosten für den Transport und die Tagespflegesätze für den Aufenthalt, welche sie direkt zahlt.
- b) Landeskrankenanstalten von Salzburg für die Behandlung von Nierenkrankheiten, der Gaumenspalte und für kardiochirurgische Operationen;
- c) Landeskrankenhaus Natters für thiseopneumologische Behandlungen
- d) „Magistrat der Stadt Wien – AKH“ für die Behandlung der aus der Universitätsklinik Innsbruck überwiesenen schwersten Fälle von Patienten.

Es wird darauf hingewiesen, dass die in diesem Abschnitt angeführten Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind, da die Ergebnisse von der Qualität der von den österreichischen Einrichtungen weitergeleiteten Angaben und von der daraus folgenden Korrektheit/Vollständigkeit der Landesdatenbank abhängen.

Im Laufe des Jahres 2007 wurden insgesamt 2.334 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in österreichischen konventionierten Einrichtungen verzeichnet, was einen leichten Rückgang zum Jahr 2006 bedeutet, die 18.808 Aufenthaltstage in Anspruch nahmen.

Tabelle 41: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittliche Anzahl der Zugänge, Gesamtbetrag (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke – Jahr 2007**

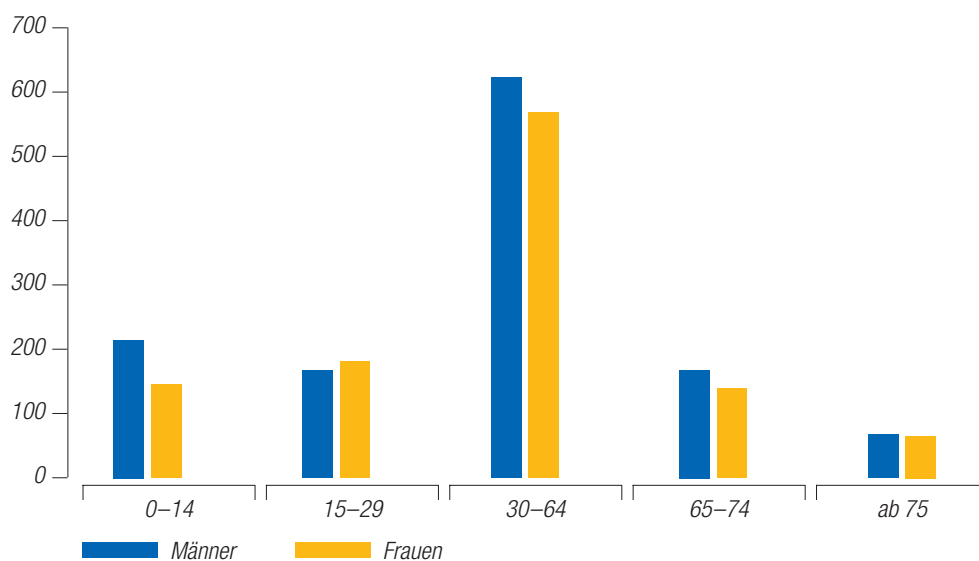
Österreichische Einrichtungen	Aufenth.	Patienten	Aufenthaltstage/ Zugänge	Durchschn. AD	Gesamtbetrag (Euro)	Durchschn. Tarif (Euro)
Ordentliche Aufenthalte						
Universitätsklinik Innsbruck	2.178	1.343	18.092	8,3	13.576.302,13	6.233,38
Landeskrankenhaus Natters	52	30	345	6,6	164.827,70	3.169,76
Landeskrankenhaus Salzburg	11	11	90	8,2	56.160,00	5.105,45
Ordentl. Aufenth. insges.	2.241	1.384	18.527	8,3	13.797.289,83	6.156,76
Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages						
Universitätsklinik Innsbruck	89	87	271	3,0	179.564,70	2.017,58
Landeskrankenhaus Natters	4	4	10	2,5	3.571,05	892,76
Aufenthaltszyklen insges.	93	91	281	3,0	183.135,75	1.969,20
Aufenthalte in österr. Einrichtungen insgesamt	2.334	1.475	18.808		13.980.425,58	5.989,90

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

Unterscheidet man nach Art des Aufenthalts, ergeben sich 2.241 ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen mit insgesamt 18.527 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 8,3 Tagen sowie einem durchschnittlichen Betrag von 6.156,76 Euro. Verzeichnet wurden dagegen 93 Aufenthaltszyklen von 1 Tag, was einen leichten Anstieg im Vergleich zum Jahr 2006 bedeutet. Insgesamt fanden 281 Aufenthaltstage statt, mit einer durchschnittlichen Anzahl der Zugänge von 3,0 und einem durchschnittlichen Betrag von 1.969,20 Euro.

50 % der Aufenthalte beziehen sich auf Patienten der Altersklasse 30–65 Jahre, sowohl insgesamt als auch unterschieden nach Geschlecht.

Abbildung 17: **Aufenthalte von Akutkranken in österreichischen Krankenanstalten nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

**DIE HÄUFIGSTEN
DIAGNOSEKATEGORIEN**

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen „Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen“ mit 9,5 % der Aufenthalte und mit 6,8 % „Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen“.

Tabelle 42: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (ordentliche Aufenthalte) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten – Jahr 2007**

ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Anz. Aufenth.	% kumul.
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	221	9,5
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	157	16,3
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	142	22,5
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats und des Peritoneums	123	27,8
300-316	Neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und sonstige psychische, nicht psychotische Störungen	100	32,1
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	96	36,2
720-724	Rückenleiden	95	40,3
420-429	Sonstige Herzkrankheiten	94	44,4
520-529	Erkrankungen der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	72	47,5
740-759	Angeborene Missbildungen	68	50,4
360-379	Krankheiten der Augen und Annexe	59	53,0
210-229	Gutartige Tumoren	51	55,2
996-999	Komplikationen von medizin. und chirurg. Eingriffen, nicht anders klassifiziert	48	57,3
580-589	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Nephrose	46	59,2
440-448	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	45	61,2
730-739	Osteopathien, Chondropathien und erworbene Missbildungen der Muskeln und des Skeletts	45	63,1
880-887	Offene Wunden der oberen Extremitäten	44	65,0
710-719	Arthropathien und verwandte Affektionen	43	66,9
570-579	Sonstige Krankheiten des Verdauungsapparats	42	68,7
270-279	Sonstige Störungen des Stoffwechsels und des Immunsystems	40	70,4
Ordentliche Aufenthalte insgesamt		2.316	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

**UNIVERSITÄTSKLINIK
INNSBRUCK**

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2007 97,0 % der Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen; die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Pädiatrie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische Chirurgie, Chirurgie und Neurochirurgie.

Tabelle 43: Aufenthalte nach Abteilung in der Universitätsklinik Innsbruck – Jahr 2007

Aufenthaltsabteilung	Anz. der Aufenth.	% Aufenth.	Aufenthalts-tage	% Tage
Anästhesie und Reanimation	18	0,79	449	2,45
Kardiochirurgie	105	4,63	996	5,42
Kardiologie	41	1,81	156	0,85
Chirurgie	172	7,59	2.009	10,94
Kinderchirurgie	15	0,66	187	1,02
Plastische Chirurgie	180	7,94	1.516	8,26
Gefäßchirurgie	24	1,06	275	1,50
Dermatologie	49	2,16	464	2,53
Hämatologie	47	2,07	345	1,88
Gastroenterologie	73	3,22	403	2,19
Allgemeine Medizin	75	3,31	507	2,76
Nuklearmedizin	142	6,26	699	3,81
Nephrologie	21	0,93	234	1,27
Neurochirurgie	138	6,09	1.405	7,65
Neurologie	96	4,23	837	4,56
Neuropsychiatrie für Kinder	21	0,93	331	1,80
Säuglingskrippe	2	0,09	161	0,88
Augenheilkunde	55	2,43	223	1,21
Zahnheilkunde und Stomatologie	108	4,76	736	4,01
Orthopädie und Traumatologie	206	9,09	1.650	8,99
Geburtshilfe und Gynäkologie	121	5,34	840	4,57
HNO	37	1,63	234	1,27
Pädiatrie	251	11,07	1.446	7,87
Pneumologie	1	0,04	13	0,07
Psychiatrie	81	3,57	946	5,15
Strahlentherapie	61	2,69	540	2,94
Onkologische Strahlentherapie	1	0,04	3	0,02
Funktionale Rehabilitation	1	0,04	1	0,01
Intensivtherapie	14	0,62	186	1,01
Intensivtherapie für Säuglinge	5	0,22	31	0,17
Urologie	78	3,44	413	2,25
Kinderurologie	28	1,24	127	0,69
Ordentliche Aufenthalte insgesamt	2.267	100,00	18.363	100,00

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

3.2.4.3. Krankenhausmobilität insgesamt

Die Anwendung des Kriteriums der freien Wahl der Versorgung seitens der Bürger führt zu verschiedenen territorialen Mobilitätsflüssen der Aufenthalte.

Die aktive Mobilität besteht aus den Aufenthalten in Krankenanstalten eines Gebiets seitens der Ansässigen anderer Gebiete. Die passive Mobilität besteht aus den Aufenthalten von in einem bestimmten Gebiet Ansässigen in Krankenanstalten anderer Gebiete. Die außerhalb des Sanitätsbetriebs des Landes liegenden Gebiete bestehen aus provinzeexternen Krankenanstalten im übrigen Italien und im Ausland, insbesondere in Österreich.

Im Hinblick auf die internationale Krankenhausmobilität werden in dieser Publikation die Daten für das Jahr 2004, aktualisiert zum 06.07.2007, berücksichtigt, da zum heutigen Datum die Daten für darauffolgende Jahre nicht verfügbar sind. Da jedoch der Trend der internationalen Mobilität in den vergangenen Jahren nahezu stabil blieb, wird angenommen, dass die untersuchten Daten die Lage des Jahrs 2007 wiedergeben können.

In der Folge werden die Daten zur Krankenhausmobilität insgesamt angeführt. Für detaillierte Analysen der Landesmobilität siehe die diesem Bericht beiliegende CD.

**KRANKENHAUSMOBILITÄT
INSGESAMT**

**LANDESMOBILITÄT NACH
KRANKENANSTALT**

Tabelle 44: Aktive und passive Mobilität in Bezug auf ordentliche Aufenthalte in den Krankenanstalten der Provinz und außerhalb der Provinz – Jahr 2007

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Ansässige insgesamt	%	Außerhalb der Prov.	Insgesamt
AP Bozen	68.234	91,7	9.127	77.361
Übriges Italien	3.155	4,2		3.155
Österreich	2.241	3,0		2.241
Andere Länder (Jahr 2004)	754	1,0		754
Aufenthalte seitens Ansässiger ins.	74.384	100,0	9.127	83.511
%	89,1		10,9	100,0

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Die Landeseinrichtungen produzierten im Laufe des Jahres 77.361 ordentliche Aufenthalte. Die Südtiroler nahmen im gleichen Zeitraum insgesamt 74.384 ordentliche Aufenthalte in Anspruch, 68.234 in Landeskrankenanstalten, 3.155 in Einrichtungen im übrigen Italien, 2.241 in Österreich und 754 in Krankenanstalten in anderen Staaten (Wert für das Jahr 2004).

91,7 % der ordentlichen Aufenthalte der Südtiroler erfolgten in Landeskrankenanstalten. Die ordentlichen Aufenthalte seitens Südtiroler in Einrichtungen in anderen Staaten betreffen hingegen einen ziemlich geringen Anteil (1,0 %) der von Ansässigen im Land getätigten Aufenthalte insgesamt.

2007 wurden in der Autonomen Provinz Bozen auch 27.372 Tagesklinikaufenthalte produziert. 91,9 % dieser Aufenthalte beziehen sich auf Ansässige, 8,1 % dagegen auf Nichtansässige.

Tabelle 45: Aktive und passive Mobilität in Bezug auf Tagesklinik-Aufenthalte in den Krankenanstalten der Provinz und außerhalb der Provinz – Jahr 2007

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Ansässige insgesamt	%	Außerhalb der Prov.	Insgesamt
AP Bozen	25.063	95,4	2.309	27.372
Übriges Italien	1.119	4,3		1.119
Österreich	93	0,4		93
Andere Länder (Jahr 2004)	–	0,0		–
Aufenthalte seitens Ansässiger ins.	26.275	100,0	2.309	28.584
%	91,9		8,1	100,0

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

95,4 % der Tagesklinikaufenthalte der Südtiroler erfolgten in Landeskrankenanstalten. Die Tagesklinikaufenthalte seitens Ansässiger in österreichischen Einrichtungen machen nur einen geringen Anteil (0,4 %) an den insgesamt von Südtirolern getätigten Aufenthalten aus. Zusammenfassend produzierten die Landeskrankenanstalten im Jahr 2007 104.733 ordentliche und Tagesklinikaufenthalte für Akutkranke, davon 11.436 für Ansässige außerhalb des Landes.

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinikaufenthalte von Akutkranken betrug 10,8 % für die überregionale aktive Mobilität.

Von den 100.659 ordentlichen und Tagesklinikaufenthalten von Akutkranken seitens Ansässiger des Landes erfolgten 7.362 in Krankenanstalten außerhalb des Landes.

Der Fluchtindex bei den ordentlichen und Tagesklinikaufenthalten für Akutkranke betrug 7,3 % für die überregionale passive Mobilität (4,2 % im übrigen Italien, 2,3 % in Österreich und 0,7 % in anderen Staaten).

**AKTIVE MOBILITÄT IN
SÜDTIROL – ORDENT-
LICHE UND TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE**

**PASSIVE MOBILITÄT IN
SÜDTIROL – ORDENT-
LICHE UND TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE**

Tabelle 46: **Übersicht der aktiven und passiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) und Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten – Jahr 2007**

Aktive Mobilität	Absolute Werte	Prozentwerte
Von außerhalb der Provinz	11.331	10,8
Produzierte Aufenthalte insgesamt	104.733	
Passive Mobilität	Absolute Werte	Prozentwerte
In Richtung übriges Italien	4.274	4,2
In Richtung Österreich	2.334	2,3
In Richtung and. Staaten (Jahr 2004)	754	0,7
Insgesamt	7.362	7,3
Verbrauchte Aufenthalte insgesamt	100.659	
Produzierte Aufenthalte an verbrauchten Aufenthalten (pro 100)	104,0	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Land produzierten ordentlichen und Tagesklinikaufenthalte und der Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen außerhalb des Landes ermöglicht es, das Verhältnis zwischen der Produktion und dem Verbrauch der Aufenthalte auf Landesebene darzustellen.

Mit Bezug auf das Land insgesamt war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2007 positiv, da die produzierten Aufenthalte (104.733) die von Ansässigen im Land insgesamt in Anspruch genommenen Aufenthalte (100.659) um 4.074 überschritten.

Die Analyse der Attraktions- und Fluchtkapazität in Bezug auf besondere Pathologien wie Mammakarzinom, Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom (einschließlich Adnexe), den Hüftgelenkersatz und den Katarakt-Eingriff liefert direkte Informationen über die Qualität des Landesgesundheitssystems als Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der Einwohner und die Schwierigkeiten hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen. In der nachfolgenden Übersicht werden die angenommenen Werte für das Jahr 2007 angeführt.

MOBILITÄTSSALDO

Tabelle 47: **Attraktionsindizes von Nicht-Ansässigen und Fluchtindizes von Ansässigen nach Einrichtungen außerhalb der Provinz (Italien und Österreich) für besondere Pathologien – Jahr 2007**

	Aktive Mobilität (an der Produktion)		Passive Mobilität (an Aufenth.- Verbrauch von Ansässigen)	
	%	ass	%	ass
Mammakarzinom	11,1	5	3,2	14
Uterus-, Ovarialkarzinom (einschl. Adnexe)	–	–	3,2	5
Hüftgelenkersatz	9,4	12	8,5	72
Grauer Star (DRG 39)	–	–	6,1	231

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

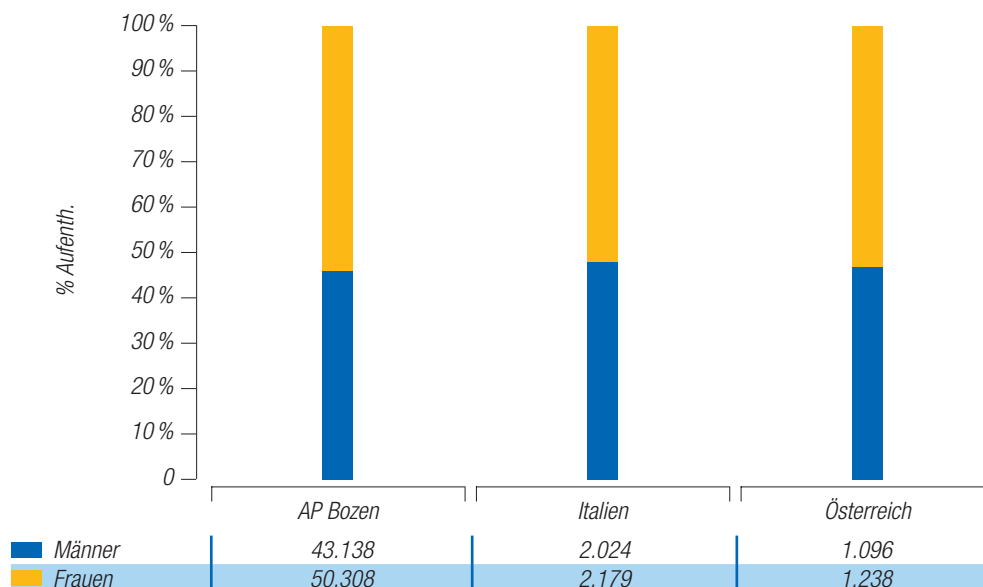
**AUFENTHALTE
ANSÄSSIGER
NACH ALTER**

3.2.5. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen

Die Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung seitens Südtiroler wird an der Hospitalisierungsrate der Ansässigen gemessen, die sich aus dem Verhältnis zwischen allen Krankenhausaufenthalten der Ansässigen und der Wohnbevölkerung ergibt. Das Phänomen der Hospitalisierung der Ansässigen nimmt eine besondere Bedeutung für den Landesgesundheitsdienst ein, da daran (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten des Landes bemessen wird.

39,0% der ordentlichen und Tagesklinikaufenthalte von Ansässigen betreffen Patienten im Alter zwischen 30 und 64. Dieser Wert ist in allen Landeskrankenanstalten und in anderen Regionen homogen.

Abbildung 18: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in den Krankenanstalten der Provinz und außer der Provinz*, nach Geschlecht – Jahr 2007**



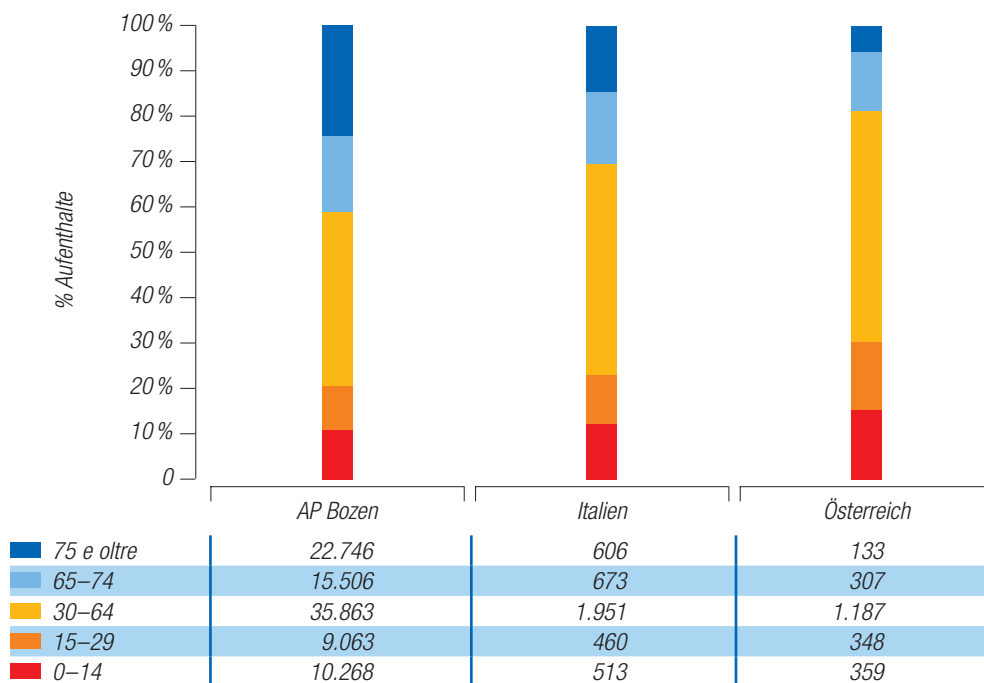
* Ausschl. internation. Mobilität

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

**AUFENTHALTE
ANSÄSSIGER NACH
GESCHLECHT**

53,7% der ordentlichen und Tagesklinikaufenthalte von Ansässigen betreffen weibliche Patienten.

Abbildung 19: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in den Krankenanstalten der Provinz und außer der Provinz*, nach Altersklasse – Jahr 2007**



* Ausschl. internation. Mobilität

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Im Jahr 2007 nahmen die Südtiroler 100.659 Aufenthalte in Anspruch, 74.384 davon waren ordentliche Aufenthalte und 26.275 Tagesklinikaufenthalte, was 205,6 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner entspricht: 151,9 ordentliche und 53,7 Tagesklinikaufenthalte. Von den 100.659 Aufenthalten von Südtirolern wurden 93.297 in öffentlichen und privaten Landes-einrichtungen getätigt (92,6 %), davon waren 68.234 ordentliche Aufenthalte und 25.063 Tagesklinikaufenthalte.

2007 betrug die Hospitalisierungsrate 205,6 und entspricht den Werten des letzten Dreijahreszeitraums und bleibt zirka 25 Prozentpunkte über dem auf gesamtstaatlicher Ebene und als Zielwert vom Landesgesundheitsplan 2000–2002 vorgesehenen Standard von 180 (144 für die ordentlichen Aufenthalte und 36 für die Tagesklinikaufenthalte).

In den vergangenen fünf Jahren ging die Hospitalisierungsrate insgesamt um 5,8 Prozentpunkte zurück und zeigte außerdem einen Übergang von ordentlichen zu Tagesklinikaufenthalten.

HOSPITALISIERUNGSRATE DER ANSÄSSIGEN

Tabelle 48: **Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte einschl. internationale Mobilität – Jahre 2003–2007**

	2003	2004	2005	2006	2007
Ordentliche Aufenthalte	170,7	161,9	155,6	152,3	151,9
Tagesklinik-Aufenthalte	40,8	47,4	51,0	51,7	53,7
Insgesamt	211,5	209,3	206,6	204,0	205,6

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Die Hospitalisierungsrate betrug in Italien im Jahr 2005 für die ordentlichen Aufenthalte 137,8 und für die Tagesklinikaufenthalte 66,3 bei insgesamt 204,1 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
NACH GESCHLECHT UND
ALTER**

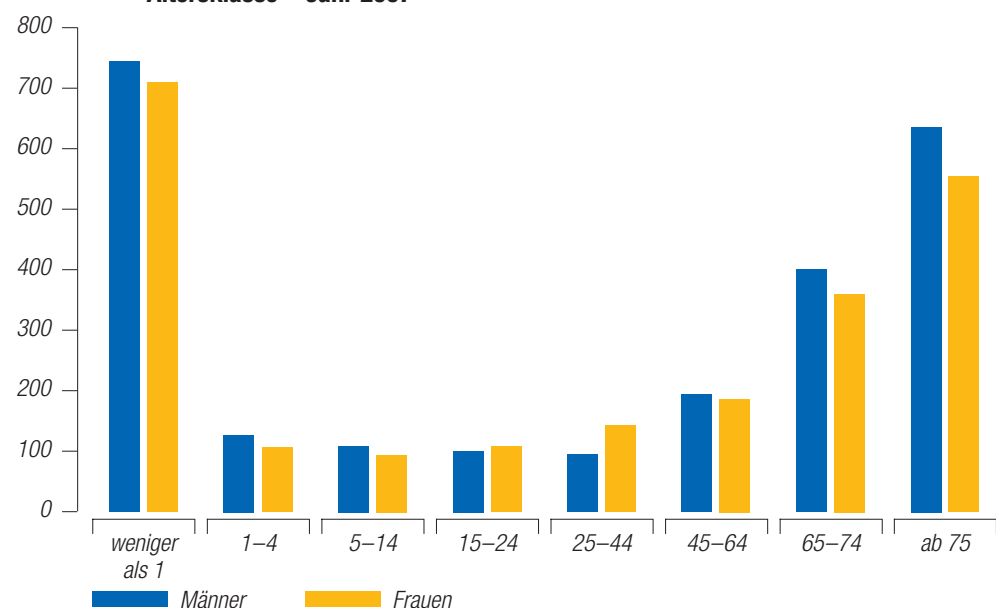
300

Der Tagesklinikbetrieb liegt in Südtirol mit 36 pro 1.000 Einwohner über dem gesamtstaatlichen Standard: Jedoch ist zu beobachten, dass die Werte des Landes den durchschnittlichen Vergleichswerten der anderen Regionen Italiens ähneln. Der Tagesklinikbetrieb sollte gegenüber der Gesamtaufenthaltsproduktion verstärkt als zusätzliche Tätigkeit anstelle der ordentlichen Aufenthalte gefördert werden, während die unangemessene Inanspruchnahme der ordentlichen Aufenthalte für ambulante Leistungen begrenzt werden müsste, sofern sie nicht durch den besonderen Gesundheitszustand des Patienten gerechtfertigt ist. Nach den von der OECD veröffentlichten Daten liegt die Hospitalisierungsrate Italiens leicht unter dem Durchschnitt der OECD-Länder, auch wenn die wesentlichen Unterschiede in der Begriffsbestimmung „Entlassen“ (Einbeziehung oder Ausschluss der eintägigen Aufenthalte, der öffentlichen oder privaten Einrichtungen) die Analyse und den Vergleich zwischen den verschiedenen Ländern erschweren.

Die standardisierte Hospitalisierungsrate des Landes Südtirol nach Alter im Vergleich zur gesamtstaatlichen Bevölkerung beträgt im Jahr 2005 209,9 pro 1.000 Einwohner: Die Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens Ansässiger in der Autonomen Provinz Bozen liegt auch im Jahr 2007 über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, obwohl die Südtiroler Bevölkerung deutlich jünger ist als die Staatsbevölkerung.

Die Inanspruchnahme des Krankenhauses ist bei Kindern unter einem Jahr und bei der älteren Bevölkerung über 65 Jahren, insbesondere bei den Männern über 75 Jahren, höher. Bei einem Vergleich der spezifischen Hospitalisierungsraten nach Alter in Südtirol 2007 mit den gesamtstaatlichen Werten 2005 (letzte verfügbare Aktualisierung) werden die hohen Werte jenes Indikators für Kinder unter einem Jahr bestätigt. Zudem ist eine geringere Hospitalisierungsrate für die Südtiroler Frauen im Alter von 25 bis 44 Jahren im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt (Südtirol 142,7, Italien 198,1) zu beobachten. Festzustellen ist dagegen eine höhere Inanspruchnahme seitens der älteren Bevölkerung, insbesondere der Frauen über 75 Jahren (Südtirol 552,5, Italien 390,8).

Abbildung 20: **Hospitalisierungsrate von Ansässigen* (pro 1.000) nach Geschlecht und Altersklasse – Jahr 2007**



* Ausschl. Internation. Mobilität

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

3.2.6. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken

3.2.6.1. Begründungen und Bewertungskriterien

Zusammenfassend kann über den Teil über die Krankenhausversorgung von Akutkranken in der Autonomen Provinz Bozen folgende Schlussbewertung abgegeben werden :

- Die Krankenhausversorgung stellt zirka 50 % der Produktion im Rahmen des Gesundheitswesens und des Ressourcenverbrauchs des Landesgesundheitsdienstes dar;
- Die Produktionsprozesse und die Krankenhausproduktion haben gefestigte und anerkannte Standards erreicht, sodass es hier relativ einfacher als für die anderen Versorgungsstufen erscheint, landesinterne, nationale und internationale Vergleiche anzustellen.
- Die Anwendung des DRG-Systems für die Klassifizierung der Aufenthalte vereinfacht die Auswertung der Produktion und die Bewertung der Produktionseffizienz;
- Der Landesgesundheitsplan 2000–2002 enthält präzise Trend- und Zielvorgaben für die Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen und für die Inanspruchnahme der Krankenhausdienste seitens der Einwohner des Landes;
- Für einige Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung kann der Verlauf mit zeitlich vergleichbaren Daten rekonstruiert werden, wonach die Bewertung der Situation des Jahres 2007 auf die Entwicklungstrends in Südtirol zurückgeführt werden kann.
- Der Landesgesundheitsplan 2000–2002 legt fest, dass der Landesgesundheitsbericht auch Informationen über das Umsetzungsverfahren des Landesgesundheitsplans enthalten muss.

Unter Berücksichtigung der Bestimmungen des LGP 2000–2002 werden die zu bewertenden Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung in drei Bereiche unterteilt:

- 1) Variablen bei der Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen, vor allem der öffentlichen Einrichtungen (sieben Krankenhäuser der vier Gesundheitsbezirke);
- 2) Variablen bei der Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens der Einwohner der Autonomen Provinz Bozen, vor allem jene zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes;
- 3) Variablen der aktiven und passiven Mobilität der Krankenhausaufenthalte.

3.2.6.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte

Insgesamt standen 2007 in der Autonomen Provinz Bozen 2.387 Betten für Akutkranke und die postakute Versorgung zur Verfügung: 1.849 für den ordentlichen Aufenthalt für Akutkranke (einschließlich 84 Säuglingskrippen), 192 Betten für den Tagesklinikbetrieb und 346 Betten für die Rehabilitation sowie die postakute Langzeitversorgung (davon 10 Betten für den Tagesklinikaufenthalt). Die öffentlichen und privaten (akkreditiert und nicht akkreditiert) Landeskrankenanstalten verfügten über 2.303 Betten (die 84 Säuglingskrippen ausgeschlossen), was 4,71 pro 1.000 Einwohner entspricht, davon 4,00 für Akutkranke und 0,71 für die postakute Versorgung. Wenn nur die Betten der öffentlichen und privaten akkreditierten Einrichtungen berücksichtigt werden (2.171 Betten), sinkt der Wert auf 4,44 Betten pro 1.000 Einwohner, davon 3,76 für Akutkranke und 0,68 für die postakute Rehabilitation und Langzeitpflege. Im Jahr 1996 betrug die Bettenanzahl 2.872 (6,2 pro

GRUND DER BEWERTUNG

INHALT DER BEWERTUNG

**DIMENSION DER
KRANKENHAUS-
PRODUKTION**

1.000 Einwohner). In zehn Jahren sind die Betten für Akutkranke und die postakute Versorgung somit um 1,35 pro 1.000 Einwohner gesunken.

Der Standard der Betten der Krankenhausproduktion pro 1.000 Einwohner in einem Land mit 489.337 Einwohnern, das sehr offen für die Mobilität von außen ist, ist nicht direkt mit den auf gesamtstaatlicher Ebene festgelegten Standardwerten zu vergleichen, da ein Vergleich mit den äquivalenten Betten der von den Einwohnern überall effektiv getätigten Aufenthalte angemessen wäre. Die Bettenausstattung liegt jedoch auch weiterhin leicht über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 3,5 Betten pro 1.000 Einwohner, denen 1 Bett pro 1.000 Einwohner für die postakute Rehabilitation und Langzeitpflege hinzuzufügen ist. Auch weiterhin bleibt ein kleines Ungleichgewicht zwischen den Betten für Akutkranke und für die postakute Versorgung zugunsten der Ersteren bestehen (0,71 für die postakute Versorgung anstelle von 1,0 pro 1.000 Einwohner).

Die Anzahl der produzierten ordentlichen Aufenthalte für Akutkranke ist gesunken: Von 93.538 Aufenthalten im Jahr 1966 auf 77.361 im Jahr 2007. Angestiegen ist dagegen der von den öffentlichen Einrichtungen produzierte Anteil an ordentlichen Aufenthalten: von 93,0 % auf 95,2 %, ein jedenfalls in den letzten Jahren stabiler Wert.

In den letzten zehn Jahren nahm die Hospitalisierungsrate um 5,9 Punkte pro 1.000 Einwohner ab, blieb jedoch weiterhin sehr hoch (205,6 im Jahr 2007) im Vergleich zum Standard von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

2007 erfolgten 11.436 Aufenthalte von Akutkranken zugunsten von Ansässigen außerhalb des Landes (einschließlich 105 Aufenthalte in nicht konventionierten Abteilungen). Der überregionale Attraktionsindex betrug 2007 10,8 % und entspricht dem Wert vom Vorjahr. 1996 war die Situation sehr ähnlich: Der überregionale Attraktionsindex belief sich auf 10,5 %. 2007 fanden 7.362 Aufenthalte von akutkranken Südtirolern in Einrichtungen außerhalb des Landes statt, was einem Fluchtindex von 7,3 % der Aufenthalte von Südtirolern entspricht, der nur knapp unter dem Vergleichswert des Jahres 1996 von 7,8 % liegt.

Tabelle 49: Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Krankenhausproduktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten in der Provinz – Jahre 1996 und 2007

Indikatoren	Autonome Provinz Bozen	
	1996	2007
Bettenausstattung für Akutkranke (Säuglingskrippen ausgeschlossen)	2.653	1.957
Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation	174	346
Prozentsatz der öffentlichen Betten (akut+post-akut)	82,6%	83,1%
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (akut+post-akut)	6,22	4,71
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (post-akut)	0,38	0,71
Bettenauslastungsrate für Akutkranke pro 100 (öff. KH)	73,7	80,9
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage) (öff. KH)	8,1	5,8
Aufenthalte von Akutkranken und der post-akuten Versorgung in den öffentlichen und privaten Einrichtungen	95.143	107.319
Ordentl. Aufenth. von Akutkranken in den öffentlichen und priv. Einrichtungen	93.538	77.361
Prozentsatz der Aufenth. von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	93,0%	95,2%
Durchschnittliches DRG-Gewicht der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	0,88	1,13
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (ordentliche Aufenthalte von Akutkranken)	203,0	151,9
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken)	4,4*	53,7
Überregionaler Attraktionsindex (Aufenthalte von Akutkranken)	10,5	10,8
Überregionaler Fluchtindex (Aufenthalte von Akutkranken)	7,8	7,3

* Wert des Jahres 1998

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Zehn Indikatoren der Effizienz, Effektivität und Angemessenheit wurden ausgewählt, um einige wichtige Phänomene im Bereich der öffentlichen Krankenhausproduktion von ordentlichen Aufenthalten von Akutkranken in der Autonomen Provinz Bozen darzulegen, für die der LGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstrends vorschreibt.

Tabelle 50: **Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken nach öffentlichem Krankenhaus – Jahr 2007**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
1. Bettenauslastungsrate	82,8%	78,1%	76,5%	80,9%	71,5%	84,3%	79,0%
2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthalts-einheit (Tage)	5,8	5,8	6,2	5,4	5,2	5,9	5,6
3. Durchschnittliches DRG-Gewicht der Aufenthalte	1,23	1,14	1,04	1,10	0,95	0,99	0,91
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	21,9%	22,7%	20,8%	22,8%	29,4%	26,0%	21,5%
5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	6,2%	4,5%	6,4%	7,2%	10,4%	9,0%	8,5%
6. Prozentsatz der angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den TK-Aufenthalten insgesamt	57,4%	81,8%	87,5%	81,3%	62,6%	83,1%	80,5%
7. Prozentsatz der nicht angemessenen medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte an den medizinischen TK-Aufenthalten insges. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	66,2%	45,4%	34,4%	37,2%	80,6%	56,0%	43,3%
8. Prozentsatz der Aufenthalte über der Landeszulässigkeitschwelle für die 43 Risiko-DRGs an den ordentlichen und TK-Aufenthalten insgesamt (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	2,5%	5,9%	9,5%	5,7%	0,6%	3,2%	4,2%
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen insges. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	11,5%	11,5%	6,5%	6,5%	5,5%	9,1%	6,1%
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	5,6%	1,9%	0,3%	5,0%	3,8%	3,0%	10,6%

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Unter Berücksichtigung der Bedeutung der organisatorischen Angemessenheit bei der ständigen Qualitätssteigerung zur Rationalisierung der Ressourcen wurden sieben Indikatoren für diesen Aspekt eingeführt (von Nr. 3 bis 9). Diese Indikatoren dienen der Überwachung und Kontrolle der Versorgungsqualität und der Angemessenheit der erbrachten Leistungen sowie dem Vergleich zwischen den Krankenhäusern. Sie wurden nach den vom kürzlichen Landesbeschluss Nr. 2464 vom 3.07.2007 „Interne und externe gesundheitliche Kontrollen der Krankenhausaufenthalte in der Provinz Bozen“ vorgesehenen Angaben festgelegt.

Dabei wurde

a) der Indikator „5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)“ berechnet, indem:

- die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:

BEWERTUNGSMODELL

- Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten
- Aufenthalte von Patienten im Alter unter 6 Jahren oder über 75 Jahren
- Aufenthalte von Patienten, die auf Entscheidung des Patienten oder einer zusätzlichen Komplikation keinem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden
- Aufenthalte in der Psychiatrieabteilung
- Aufenthalte aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie
- Aufenthalte wegen drohender Fehlgeburt oder falschen Wehen
- Aufenthalte, die im Tagesklinikbetrieb erbracht werden können

b) Der Indikator „9. Prozentsatz der in Tagesklinikaufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen Notfälle) (gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 4053 vom 06.11.2007)“ wurde im Unterschied zum Jahr 2007 berechnet, indem

- die folgenden Elemente berücksichtigt:
 - Aufenthalte mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinikaufenthalte
- und die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
 - Aufenthalte Nichtansässiger
 - dringende Aufenthalte
 - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten
 - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 6 Jahren oder über 75 Jahren
 - Aufenthalte von Patienten, die auf Entscheidung des Patienten keinem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden
 - Aufenthalte mit psychiatrischen DRGs
 - Aufenthalte aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie

Im Bewertungsmodell wurde außerdem ein Indikator eingeführt, der die Attraktionskapazität der Krankenhäuser misst, welche einen indirekten Maßstab für die von den Bürgern wahrgenommene Qualität darstellt.

Für eine zusammenfassende Bewertung der Leistungen der öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen wird in der Tabelle 51 ein Übersichtsmodell der Qualitäts- und Effizienzindikatoren auf der Grundlage der zehn genannten Indikatoren vorgeschlagen. Für jeden Indikator und jedes Krankenhaus gibt es eine Punktezah P auf der Skala 25 bis 100, die mit der Leistung proportional ansteigt (25 = akzeptables Minimum, 100 = vorzügliche Situation). Die Berechnung der Punktezah P erfordert die Festlegung von Zielwerten des entsprechenden Indikators: V_P = schlechtester Wert, an den eine niedrige Leistung gebunden ist, akzeptables Minimum des Phänomens, und somit ein Wert P von 25 Prozentpunkten; V_M = bester Wert, vorzügliche Situation des Phänomens, $P = 100$. Die Berechnung von P für Zwischenwerte V_E des Indikators zwischen V_P und V_M erfolgt auf der Grundlage folgender Formeln (Proportionalitätshypothese).

a) Für Indikatoren mit direkt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_E - V_P}{V_M - V_P}$$

b) Für Indikatoren mit umgekehrt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_P - V_E}{V_P - V_M}$$

Die Wahl der Zielwerte erfolgte für einige auf der Grundlage der von den Landes- und/oder gesamtstaatlichen Plänen festgelegten Standardparameter, für andere durch den internen Vergleich mit der Variabilität der von den Indikatoren in den sieben öffentlichen Landeskrankenhäusern angenommenen Werte. Die zusammenfassende mittlere Punktezahl pro Krankenhaus ist der einfache Durchschnitt der Punktezahl der zehn Indikatoren. Die durchschnittlichen Punktezahlen pro Krankenhaus erreichen Werte von 43 (Krankenhaus Sterzing) bis 61 (Krankenhaus Brixen).

Der Landesdurchschnitt der Qualität und Effizienz der Produktion von öffentlichen ordentlichen Krankenhausaufenthalten von Akutkranken beträgt $P = 56$. Im Vergleich zum Variabilitätsfeld P von 25 bis 100 erreicht der Landesdurchschnitt zirka 50 % des Weges in Richtung vorzügliche Situation, welchen die besten Zielwerte der zehn verwendeten Indikatoren vorgaben.

KRANKENHÄUSER IM VERGLEICH

Tabelle 51: **Indikatoren P ($25 \leq P \leq 100$) der Qualität und Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken – Jahr 2007**

	Zielwerte		Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Brun- eck	Inni- chen
	Schlechter ($P=25$)	Besser ($P=100$)	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007	P 2007
1. Bettenauslastungsrate	75,0%	80,0%	100	72	47	100	25	100	85
2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltsseinheit (Tage)	7,5	6,0	100	100	91	100	100	100	100
3. Durchschnittliches DRG-Gewicht der Aufenthalte	0,9	1,3	87	69	52	63	34	41	27
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	22,0%	15,0%	26	25	38	25	25	25	31
5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	10,0%	5,0%	82	100	78	67	25	40	48
6. Prozentsatz der angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den TK-Aufenthalten insgesamt	50,0%	100,0%	36	73	81	72	44	75	71
7. Prozentsatz der nicht angemessenen medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte an den medizinischen TK-Aufenthalten insges. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	70,0%	30,0%	32	71	92	86	25	51	75
8. Prozentsatz der Aufenthalte über der Landeszulässigkeitschwelle für die 43 Risiko-DRGs an den ordentlichen und TK-Aufenthalten insgesamt (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	5,0%	0,0%	62	25	25	25	91	53	37
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen insges. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	3,0%	1,0%	25	25	25	25	25	25	25
10. Gesamt-Attraktionsindex	0,0%	20,0%	46	32	26	44	39	36	65
Durchschn. P-Werte pro KH			60	59	55	61	43	55	56

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

3.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der Betten für die postakute Versorgung von 174 Betten des Jahres 1996 auf 346 (davon 15 nicht akkreditiert) des Jahres 2007 erheblich angestiegen. Die Bettenausstattung für die postakute Rehabilitation und Langzeitpflege entspricht 0,71 pro 1.000 Einwohner und liegt noch unter dem nationalen Standardwert von 1 pro 1.000 Einwohner.

2007 wurden in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Landes 1.986 Aufenthalte in den Abteilungen für Langzeitpflege, 2.566 in denen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation und 20 in der Neurorehabilitation getätigt.

Weitere 22 Langzeitpflegeaufenthalte wurden von Südtirolern in gesamtstaatlichen Einrichtungen in Anspruch genommen. Höher ist die Inanspruchnahme von Einrichtungen außerhalb der Provinz für die Rehabilitation: 2007 wurden 322 Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz verzeichnet, davon 233 in italienischen Einrichtungen (1 davon im Spinalzentrum und 10 in Neurorehabilitationsabteilungen) sowie 89 in österreichischen Einrichtungen.

Über ein Drittel der Entlassungsdiagnosen der außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Aufenthalte betrifft schwere Pathologien wie Myeloläsionen (z. B. Paraplegie oder Tetraplegie), die geeignete Einrichtungen erfordern, welche das Land Bozen noch nicht oder nicht in ausreichendem Maße bietet.

3.3.1. Betten für die postakute Versorgung

In den Landeskrankenanstalten stehen insgesamt 346 Betten für die postakute Versorgung zur Verfügung, 35,5% davon befinden sich in öffentlichen Einrichtungen. Die privaten Einrichtungen haben insgesamt 233 Betten, was 64,5% des Gesamtwertes entspricht.

Für die postakute Rehabilitation sind 171 Betten (0,35 pro 1.000 Einwohner) vorhanden, für die postakute Langzeitpflege 175 Betten (0,36 pro 1.000 Einwohner).

3.3.2. Postakute Rehabilitation und Neurorehabilitation

Die in diesem Kapitel vorgestellte Analyse beruht auf den Auszügen des KEB-Archivs von Ende Mai 2008; die Entlassungsformulare mit einem späteren Einsendedatum wurden nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2007 gab es insgesamt 2.566 Aufenthalte in den postakuten Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 56), davon 106 ordentliche Aufenthalte; weitere 20 Aufenthalte erfolgten in der Abteilung Neurorehabilitation (Abteilungskodex 75) des Krankenhauses Bozen. Im ersten Teil dieses Abschnitts wird die postakute Rehabilitation untersucht, der letzte Teil dagegen ist der Abteilung für Neurorehabilitation gewidmet.

Tabelle 52: **Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Gesamttarif (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% Am Gesamtw.	Aufenthaltstage*	Durchschn. AD	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Krankenhaus Bozen	112	4,6	2.718	24,3	696.201,26	6.216,08
Krankenhaus Meran	268	10,9	6.157	23,0	1.524.462	5.688,29
Krankenhaus Brixen	216	8,8	3.616	16,7	931.313	4.311,63
Krankenhaus Bruneck	92	3,7	2.737	29,8	713.218	7.752,37
Krankenhaus Sterzing	70	2,8	957	13,7	252.131	3.601,87
Öff. Krankenhäuser insgesamt	758	30,8	16.185	21,4	4.117.325,20	5.431,83
Privatklinik Bonvicini	646	26,3	16.621	25,7	3.712.636,37	5.747,12
Privatklinik Villa Melitta	676	27,5	18.144	26,8	4.171.555,76	6.170,94
Privatklinik Martinsbrunn	380	15,4	8.130	21,4	1.812.831,05	4.770,61
Privatkliniken insgesamt	1.702	69,2	42.895	25,2	9.697.023,18	5.697,43
Krankenanstalten insgesamt	2.460	100,0	59.080	24,0	13.814.348,38	5.615,59

* Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Von den 2.460 ordentlichen Aufenthalten für die postakute Rehabilitation, die 2007 verzeichnet wurden, erfolgten 69,2% in den privaten akkreditierten Einrichtungen des Landes.

Bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind die höchsten Werte im Vergleich zum Landesdurchschnitt im Krankenhaus Bruneck sowie in den beiden Privatkliniken Villa Melitta und Bonvicini zu verzeichnen; die Privatklinik Martinsbrunn und die Krankenhäuser Meran und Bozen entlassen den Patienten im Durchschnitt nach drei Wochen, die Krankenhäuser in Sterzing und Brixen dagegen nach zirka zwei Wochen.

Beträchtlich ist auch der Anteil an ambulant erbrachten Leistungen: 2007 wurden 588.759 Leistungen in den öffentlichen Einrichtungen und 142.149 Leistungen in den Privatkliniken erbracht. Die am häufigsten im Bereich Rehabilitation erbrachte Leistung betraf die „Individuelle Heilgymnastik bei segmentaler Behinderung“ (22,7 %), gefolgt von der „Segmentalen Massage“ (12,4 %).

Tabelle 53: **Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Gesamttarif (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% am Gesamtw. Aufenthalte in der Anstalt	Zugangstage	Durchschn. Zugänge	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Krankenhaus Bozen	40	26,3	702	17,6	150.124,45	3.753,11
Krankenhaus Brixen	45	17,2	778	17,3	168.869,08	3.752,65
Krankenhaus Bruneck	21	18,6	193	9,2	43.759,01	2.083,76
Insgesamt	106	4,1	1.673	15,8	362.752,54	3.422,19

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Aus der Tabelle 54 bezüglich der ordentlichen Aufenthalte nach DRG (Diagnosis Related Groups) gehen die beträchtlichen Anteile an Aufenthalten für die Rehabilitation aufgrund von Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes hervor (DRG 256 und DRG 249), mit fast 50,4 % der Gesamtaufenthalte. Die Patienten mit degenerativen Krankheiten

**DURCHSCHNITTliche
DAUER DER ORDENT-
lichen AUFENTHALTE**

307

**TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE**

AUFENTHALTE NACH DRG

des Nervensystems (DRG 012, 034 und 035), welche einen Anteil von 23,4 % der Gesamtaufenthalte darstellen, werden vorwiegend in der Privatklinik Villa Melitta behandelt.

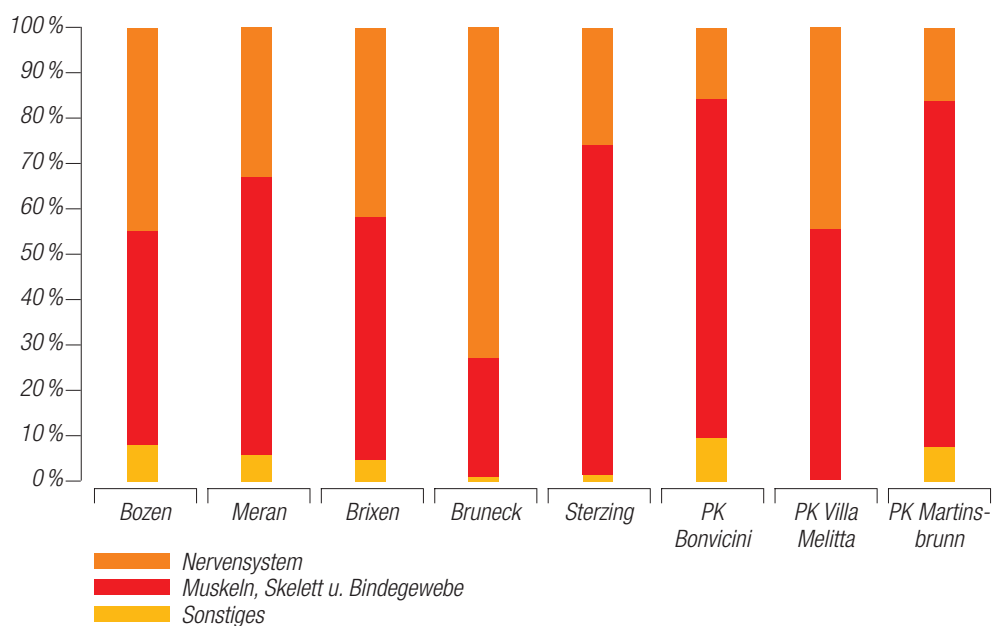
Die am häufigsten im Tagesklinikbetrieb behandelten DRG (Tabelle 55) betreffen dagegen die degenerativen Krankheiten sowie andere Krankheiten des Nervensystems (DRG 012, 034 und 035) mit 56,6 % der Tagesklinikaufenthalte.

Tabelle 54: Ordentliche Aufenthalte nach DRG in den Abteilungen für postakute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

DRG	Beschreibung der DRG	MDC	Bozen	Meran	Brixen	Brun- eck	Ster- zing	C.C. Bonvi- cini	C.C. Villa Melitta	C.C. Mar- tins- brunn	Insge- samt
256/ 249	Sonstige Diagnosen u. Re- habilitation wegen Krankh. der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	8	43	142	105	7	50	329	314	251	1.241
12/ 34/ 35	Degenerative Krankheiten 34/ und sonstige Krankhei- ten 35 des Nervensystems (mit u. ohne Komplikationen)	1	36	69	83	46	17	53	231	41	576
243	Medizinische Rücken- beschwerden	8	9	4	5	4	–	66	41	10	139
9	Krankheiten und Traumata des Rückenmarks	1	14	9	2	10	–	3	20	5	63
248	Tendinitis, Myositis und Schleimbeutelentzündung	8	–	–	–	–	–	42	9	–	51
13	Multiple Sklerose und Hirntaxie	1	–	6	3	6	–	6	15	3	39
18	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven mit Komplikationen	1	–	–	–	3	–	10	22	1	36
19	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven ohne Komplikationen	1	–	3	–	1	–	14	11	5	34
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, ohne Komplikationen	8	–	6	–	5	1	16	1	1	30
236	Hüft- und Beckenfraktur	8	–	1	3	–	–	–	–	23	27
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen	23	1	4	3	–	1	–	–	10	19
239	Pathologische Frakturen u. bösartige Neoplasien des Muskel- und Skelettsyst. und Bindegewebes	8	–	–	–	–	–	12	1	–	13
244	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit Komplikationen	8	1	2	–	2	–	5	2	1	13
88	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	4	–	–	–	–	–	8	1	2	11
411	Abklärung einer bösartigen Neoplasie ohne Endoskopie	17	–	–	–	–	–	11	–	–	11
Teilsomme			104	246	204	84	69	575	668	353	2.303
Insgesamt			112	268	216	92	70	646	676	380	2.460

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Abbildung 21: Verteilung in % der ordentlichen Aufenthalte nach MDC in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2007



Die Analyse der Aufenthalte nach primärer Diagnosekategorie oder MDC (Major Diagnostic Categories), welche die Krankheiten und Störungen eines Organs oder Systems zusammenfasst, ergibt, dass 1.573 Aufenthalte (63,2 % des Gesamtwerts) unter die MDC „Krankheiten und Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ und 794 (31,5 %) unter die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ fallen.

**AUFENTHALTE
NACH MDC**

Tabelle 55: Tagesklinik-Aufenthalte nach DRG und MDC in den Abteilungen für postakute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten – Jahr 2007

DRG	Beschreibung DRG	MDC	Bozen	Brixen	Bruneck	Insgesamt
012/034/035	Degenerative Krankheiten und sonstige Krankheiten des Nervensystems (mit u. ohne Komplikationen)	1	22	25	13	60
013	Multiple Sklerose und Hirnataxie	1	1	5	1	7
009	Krankheiten und Traumata des Rückenmarks	1	3	2	1	6
004	Eingriffe am Rückenmark	1	5	–	–	5
256/249	Sonstige Diagnosen u. Rehabilitation wegen Krankh. der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	8	2	5	–	5
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	8	–	–	4	4
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	23	3	1	–	4
243	Medizinische Rückenbeschwerden	8	3	–	–	3
019/018	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven, mit und ohne Komplikationen	1	–	2	1	3
020	Infektionen des Nervensystems, ausgenommen virale Meningitis	1	–	1	–	1
029	Stupor und Koma traumatischer Genese. Koma < 1 Stunde. Alter > 17 ohne KK	1	–	1	–	1
244	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit Komplikationen	8	1	–	–	1
246	Nicht spezifische Arthropathien	8	–	–	1	1
247	Anzeichen und Symptome von Muskel-Skelett-System- und Bindegewebe-Erkrankungen oder -störungen	8	–	1	–	1
250	Fraktur, Verstauchung, Zerrung und Dislokation von Vorderarm, Hand, Fuss, Alter > 17, mit KK	8	–	1	–	1
445	Verletzungen an nicht näher bezeichneten oder an mehreren Körperregionen oder Organsystemen (Polytrauma), Alter > 17, ohne KK	21	–	1	–	1
Insgesamt			40	45	21	106

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Auf der Grundlage der klinischen Bewertung der Ärzte wird jeder Aufenthalt für die postakute Rehabilitation in eine der drei nachfolgend festgelegten Kategorien eingestuft:

- **Postakuter Aufenthalt:** postakute Rehabilitationsaufenthalte wegen funktionsbeeinträchtigender Krankheiten, für die ein akutes Ereignis erkennbar ist, das eine Rehabilitation erforderlich macht, wie zerebrale Ischämie, Trauma, chirurgischer Eingriff. Diese Aufenthalte finden in der unmittelbaren postakuten Phase der Krankheit, d.h. innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus den Krankenhausabteilungen für Akutkranke oder Rehabilitationsabteilungen statt (2. und 3. Grades).
- **Aufenthalt zur Erhaltung des Gesundheitszustandes:** Aufenthalt zur Ergänzung der Wiederherstellung und des Rehabilitationsprojektes oder zur Prävention des Fortschreitens der Krankheit. Erfolgt nicht im Anschluss an die unmittelbare postakute Phase der Krankheit. Zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus für Akutkranke und diesen Aufenthalten vergehen mehr als 30 Tage.
- **Geplanter Bewertungsaufenthalt:** geplanter Aufenthalt zur Bewertung, der maximal 10 Aufenthaltstage erfordert, in denen ein hoher diagnostischer fachärztlicher Aufwand mit therapeutischer Ausrichtung oder eine Überprüfung der möglichen, effektiven Durchführung der Rehabilitationsprogramme nötig ist.

Im Jahr 2007 wurden 93,5 % der Rehabilitationsaufenthalte als postakute Aufenthalte eingestuft, 5,3 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und nur 1,2 % als Bewertungsaufenthalte.

Tabelle 56: **Ordentliche Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation nach Art des Aufenthalts und Landeseinrichtung – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Post-akut	Erhaltung	Bewertung	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	102	8	2	112
Krankenhaus Meran	242	14	12	268
Krankenhaus Brixen	186	23	7	216
Krankenhaus Bruneck	63	24	5	92
Krankenhaus Sterzing	66	4	–	70
Privatklinik Bonvicini	646	–	–	646
Privatklinik Villa Melitta	639	33	4	676
Privatklinik Martinsbrunn	356	24	–	380
Insgesamt	2.300	130	30	2.460

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Um den funktionellen Zustand und die klinischen Merkmale (Schädigungen) der Patienten in rehabilitativer Behandlung zu messen, wird die Punktezahl der FIM-Skala analysiert (Functional Independence Measure). Die FIM-Skala besteht insgesamt aus 18 Punkten, die in sechs Ebenen zusammengefasst sind. Die ersten 13 beschreiben den funktionellen motorischen Bereich und betreffen die Körperpflege des Patienten, die Kontrolle der Schließmuskel, die Mobilität und die Bewegung, während die letzten fünf den kognitiven Bereich beschreiben und die Kommunikation sowie die relationalen/kognitiven Fähigkeiten betreffen. Die Bewertung der Funktionalität erfolgt, indem jedem Posten eine Punktezahl von 1 bis 7 zugewiesen wird, wobei 7 die komplette Selbstständigkeit und 1 den totalen Pflegefall und somit die vollständige Nichtselbstständigkeit darstellen.

Die Punktezahl reicht insgesamt von mindestens 18 (totaler Pflegefall) bis höchstens 126 (komplette Selbstständigkeit).

Die Patienten müssen sowohl bei der Aufnahme in die Rehabilitationsabteilung als auch bei ihrer Entlassung bewertet werden; auf diese Weise können eine Verbesserung des Zustandes des Patienten und die Effizienz der Rehabilitation überprüft werden.

In das FIM-System wurde eine Diagnose-Klassifikation (Rehabilitation Impairment Codes oder RIC) eingeführt, die 14 Makrokategorien auf der Basis des betroffenen Organs oder Systems festlegt. Eine weitere Unterteilung bestimmt 69 nosologische, sich gegenseitig ausschließende Einheiten. Diese stellt die Makrokategorien auf Landesebene dar, aus denen sich ergibt, dass sich über die Hälfte der Aufenthalte (64,6 %) auf orthopädische Pathologien beziehen (Amputationen, Arthropathien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien).

Es wird darauf hingewiesen, dass aus den Analysen hinsichtlich der RIC-FIM-Pathologien die Aufenthalte von verstorbenen Patienten sowie die Aufenthalte mit einer Dauer von unter sieben Tagen ausgeschlossen wurden. Da die FIM-Bewertung ein erstes Mal innerhalb von 72 Stunden nach Aufenthaltsbeginn und ein zweites Mal in den 72 Stunden vor der Entlassung durchgeführt werden muss, könnten die FIM-Erfassungen, würden diese Aufenthalte nicht ausgenommen, zeitlich zu schnell aufeinanderfolgen und somit keine signifikanten Ergebnisse erzielen.

Außerdem wurden bei den Analysen in Bezug auf die FIM-Punktezahl und auf die Entlassung nur die postakuten Patienten berücksichtigt, die den größten Anteil der Aufenthalte darstellen und für welche die Untersuchung der Änderungen hinsichtlich der FIM-Punktezahl am erheblichsten ist. Für die Analyse der Punktezahl nach RIC-FIM-Pathologie wird auf die spezifischen Berichte verwiesen.

HÄUFIGSTE SCHÄDIGUNG

Tabelle 57: **Ordentliche Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) nach Pathologie gemäß RIC-FIM-Skala – Jahr 2007**

Kod. RIC-FIM	Pathologie RIC-FIM	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sterzing	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Martinsbrunn	Insgesamt
8	Orthopädische Pathologie	50	141	104	9	47	385	366	287	1.389
1	Zerebrale Ischämie	15	49	51	26	14	26	155	29	365
3	Neurologische Krankheit	5	13	11	14	–	33	92	13	181
2	Gehirnkrankheit	17	12	25	15	4	21	23	9	126
4	Myelopathie	14	15	6	8	–	13	11	5	72
7	Algie	2	2	1	–	–	50	1	5	61
6	Arthropathie	1	7	1	13	–	27	–	3	52
9	Kardiopathie	–	–	–	–	–	16	3	11	30
13	Weitere funktions-beeinträchtigende Schädigungen	–	1	1	–	–	20	–	3	25
5	Amputation von Gliedmaßen	2	5	2	2	–	9	3	–	23
10	Lungenerkrankungen	1	2	–	–	–	12	2	4	21
14	Polytrauma	–	1	5	–	–	2	7	–	15
11	Verbrennungen	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Insgesamt		107	248	207	87	65	614	663	370	2.361

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Tabelle 58: **Verteilung der ordentlichen Aufenthalte (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) auf die Pathologie-Untergruppen (RIC-FIM-System) nach Krankenanstalt – Jahr 2007**

Gruppe der Pathologie*	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sterzing	C.C. Bonvicini	C.C. Villa Melitta	C.C. Martinsbrunn	Insgesamt	% Am Ge-samtw.
Neurologische	51	89	93	63	18	93	281	56	744	31,5
Orthopädische	55	155	108	24	47	471	370	295	1.525	64,6
Sonstige	1	4	6	–	–	50	12	19	92	3,9
Insgesamt	107	248	207	87	65	614	663	370	2.361	100,0

* Neurologische Beeinträchtigungen: Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien - Orthopädische Pathologien: Amputationen, Arthropathien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologie

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

FIM-PUNKTE

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezah zu Beginn betrug 79,3 Punkte. Unter dem Durchschnitt liegen die Krankenhäuser Bruneck (64,3 Punkte) und die Privatkliniken Villa Melitta (71,0 Punkte) sowie Bonvicini (77,5 Punkte), während die Privatklinik Martinsbrunn mit 91,4 Punkten die höchste durchschnittliche Punktezah verzeichnete.

Bei der Punktezah bei der Entlassung, im Durchschnitt 100,1 Punkte hinsichtlich aller Einrichtungen, ergeben sich deutliche Schwankungen zwischen den einzelnen Krankenanstalten: Die Privatklinik Martinsbrunn bestätigt mit 106,7 FIM-Punkten bei der Entlassung die sehr hohe Punktezah des Beginns. Die Privatklinik Bonvicini weist eine relativ niedrige durchschnittliche FIM-Punktezah bei Beginn (77,5) und eine sehr hohe Punktezah bei der Entlassung (103,0) auf, während das Krankenhaus Bruneck die niedrigste Punktezah sowohl bei Beginn als auch bei der Entlassung besitzt.

Tabelle 59: Gesamt-FIM bei der Aufnahme der als „post-akut“ klassifizierten ordentlichen Aufenthalte (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) und bei der Entlassung: durchschnittliche Punktezahl und Standardabweichung – Jahr 2007

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme		Entlassung	
		Durchschn.	Standardabw.	Durchschn.	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	98	82,2	25,2	107,1	25,5
Krankenhaus Meran	224	84,8	24,6	102,5	23,7
Krankenhaus Brixen	180	83,8	26,9	98,1	24,2
Krankenhaus Bruneck	59	64,3	26,8	87,8	30,4
Krankenhaus Sterzing	62	89,4	25,0	101,3	19,8
Privatklinik Bonvicini	614	77,5	17,5	103,0	17,0
Privatklinik Villa Melitta	627	71,0	13,5	93,3	12,2
Privatklinik Martinsbrunn	347	91,4	20,6	106,7	20,6
Insgesamt	2.211	79,3	21,1	100,1	19,6

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

In der Tabelle 60 und in der Tabelle 61 werden die FIM-Punktwerte zu Beginn und bei Entlassung getrennt für den motorischen und kognitiven Bereich aufgeführt.

Bei einem Vergleich des Gewinns an FIM-Punkten (Differenz zwischen dem FIM-Gesamtwert bei Beginn und bei der Entlassung) und der Aufenthaltsdauer (täglicher Zuwachs) ist die höchste durchschnittliche tägliche Steigerung (1,1 Punkte pro Tag) für das Krankenhaus Bozen zu verzeichnen. Die niedrigsten Werte sind dagegen für das Krankenhaus Bruneck und die Privatklinik Martinsbrunn festzustellen (0,8 Punkte pro Tag).

Tabelle 60: FIM bei der Aufnahme der als „post-akut“ klassifizierten ordentlichen Aufenthalte (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) und bei der Entlassung, motorischer Bereich: durchschnittliche Punktezahl und Standardabweichung – Jahr 2007

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme		Entlassung	
		Durchschn.	Standardabw.	Durchschn.	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	98	51,8	20,4	75,5	20,7
Krankenhaus Meran	224	55,5	18,6	72,0	18,2
Krankenhaus Brixen	180	56,1	20,2	69,6	18,2
Krankenhaus Bruneck	59	42,3	19,6	62,1	23,7
Krankenhaus Sterzing	62	59,2	18,1	70,3	13,5
Privatklinik Bonvicini	614	48,4	13,4	71,6	13,8
Privatklinik Villa Melitta	627	42,0	9,4	62,5	9,7
Privatklinik Martinsbrunn	347	59,6	16,8	74,6	16,8
Insgesamt	2.211	50,0	16,4	69,3	15,7

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

**AUFENTHALTE IN DER
ABTEILUNG FÜR
NEUROREHABILITATION**

Tabelle 61: FIM bei der Aufnahme der als „post-akut“ klassifizierten ordentlichen Aufenthalte (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) und bei der Entlassung, kognitiver Bereich: durchschnittliche Punktezahl und Standardabweichung – Jahr 2007

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme		Entlassung	
		Durchschn.	Standardabw.	Durchschn.	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	98	30,3	7,5	31,6	6,1
Krankenhaus Meran	224	29,2	7,3	30,5	6,4
Krankenhaus Brixen	180	27,7	8,4	28,5	7,5
Krankenhaus Bruneck	59	22,0	9,8	25,6	8,8
Krankenhaus Sterzing	62	30,2	7,7	31,0	7,1
Privatklinik Bonvicini	614	29,1	5,8	31,3	4,4
Privatklinik Villa Melitta	627	28,9	5,7	30,8	4,1
Privatklinik Martinsbrunn	347	31,9	5,5	32,0	5,2
Insgesamt	2.211	29,3	6,6	30,8	5,4

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Tabelle 62: Individueller täglicher durchschnittlicher Gewinn an FIM-Punkten insgesamt (Effizienz) der als „post-akut“ klassifizierten ordentlichen Aufenthalte (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten), nach Einrichtung – Jahr 2007

Krankenanstalt	Aufenthalte	Durchschnitt	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	98	1,1	0,8
Krankenhaus Meran	224	0,9	0,7
Krankenhaus Brixen	180	1,0	0,6
Krankenhaus Bruneck	59	0,8	0,6
Krankenhaus Sterzing	62	0,9	0,9
Privatklinik Bonvicini	614	1,0	0,4
Privatklinik Villa Melitta	627	0,9	0,3
Privatklinik Martinsbrunn	347	0,8	0,6
Insgesamt	2.211	0,9	0,5

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Die Abteilung für Neurorehabilitation wurde am 01.01.2007 im Krankenhaus Bozen mit 2 Betten eingerichtet. Im Jahr 2007 erfolgten 20 Aufenthalte.

Im Unterschied zur postakuten Rehabilitation, bei der 63,3 % der Aufenthalte von Frauen beansprucht werden, betreffen 90 % der Aufenthalte in der Neurorehabilitation Männer. Ein weiterer bedeutender Unterschied besteht im Durchschnittsalter, das sich auf 45,5 Jahre für die Neurorehabilitation und auf 72,1 Jahre für die postakute Rehabilitation beläuft.

94,4 % der Aufenthalte für die Neurorehabilitation betreffen neurologische Pathologien, mit 14 von 18 Fällen der „Enzephalopathie“. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist höher (29,5 Tage) als in den postakuten Abteilungen, und der Durchschnittstarif beträgt 10.000 Euro.

Tabelle 63: **Aufenthalte nach Geschlecht, durchschn. Alter, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Gesamttarif (Euro) und durchschn. Tarif (Euro) in der Abteilung für Neurorehabilitation des Krankenhauses Bozen – Jahr 2007**

Geschlecht	Aufenthalte	% am Gesamtw.	Durchschn. Alter	Aufenthalts-tage *	Durchschn. AD	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Männer	18	90,0	45,9	557	30,90	204.580,53	11.365,59
Frauen	2	10,0	42,0	32	16,00	11.753,28	5.876,64
Insgesamt	20	100,0	45,5	589	29,50	216.333,81	10.816,69

* Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Die FIM-Punktwerte sind im Allgemeinen sehr gering mit einer durchschnittlichen FIM-Punktezahl bei der Entlassung von 54,4.

Tabelle 64: **FIM-Punktezahl der Aufenthalte in der Abteilung für Neurorehabilitation des Krankenhauses Bozen – Jahr 2007**

FIM-Punktezahl	Durchschnitt	Standardabw.
FIM bei der Aufnahme, insgesamt	30,3	16,7
FIM bei der Entlassung, insgesamt	54,4	37,8
FIM bei der Aufnahme, motorischer Bereich	18,4	9,4
FIM bei der Entlassung, motorischer Bereich	38,3	29,0
FIM bei der Aufnahme, kognitiver Bereich	11,9	9,3
FIM bei der Entlassung, kognitiver Bereich	16,2	10,8
GAP-FIM	24,2	26,4
Effizienz	0,9	1,1

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

Tabelle 65: **Aufenthalte in der Abteilung für Neurorehabilitation des Krankenhauses Bozen, nach DRG – Jahr 2007**

DRG	Beschreibung DRG	MDC	Aufent-halte	% Am Gesamtw.
012/034/035	Degenerative Krankheiten und sonstige Krankheiten des Nervensystems (mit u. ohne Komplikationen)	1	16	80,0
423	Diagnosen anderer infektiöser und parasitärer Krankheiten	18	2	10,0
256	Sonstige Diagnosen wegen Krankh. der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	8	1	5,0
009	Krankheiten und Traumata des Rückenmarks	1	1	5,0
Insgesamt		20	20	100,0

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-FIM-Archiv

3.3.2.1. Aufenthalte in postakuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet

In diesem Abschnitt werden die von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in anderen italienischen Einrichtungen in Anspruch genommenen Aufenthalte analysiert. Kurz beschrieben werden zudem auch die Aufenthalte in den Neurorehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 7500) und in den Spinalzentren (Abteilungskodex 2800) im übrigen Italien. Was die Rehabilitationsaufenthalte von Südtiroler Patienten in österreichischen Einrichtungen betrifft, wird auf das nächste Kapitel „Aufenthalte in postakuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich“ verwiesen.

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den postakuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) in anderen Regionen Italiens nahmen im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2006 leicht ab und belaufen sich auf 222 Aufenthalte, davon 27 Tagesklinikaufenthalte.

Tabelle 66: Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Standardabweichung, Gesamttarif (Euro) und durchschn. Tarif (Euro) von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2007

Leistungsbr. Region	Aufenthalte	Aufenthaltstage	Durchschn. AD	Stanrdabw.	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Piemont	5	120	24,0	8,3	21.574,82	4.314,96
Lombardei	33	593	18,0	15,2	136.091,89	4.124,00
Aut. Prov. Trient	61	1061	17,4	8,3	200.328,74	3.284,08
Venetien	69	1377	20,0	14,3	322.117,83	4.668,37
Friaul-J.V.	2	31	15,5	5,0	6.158,00	3.079,00
Ligurien	1	17	17,0	0,0	4.335,00	4.335,00
Emilia Romagna	10	280	28,0	12,2	58.639,33	5.863,93
Toskana	2	42	21,0	0,0	10.115,28	5.057,64
Umbrien	1	30	30,0	0,0	7.225,20	7.225,20
Marken	1	20	20,0	0,0	4.100,40	4.100,40
Latium	2	74	37,0	31,1	19.197,56	9.598,78
Vatikan	1	3	3,0	0,0	849,55	849,55
Abruzzen	1	48	48,0	0,0	12.305,66	12.305,66
Abruzzen	4	78	19,5	3,7	20.749,56	5.187,39
Apulien	1	13	13,0	0,0	3.315,00	3.315,00
Basilikata	1	6	6,0	0,0	1.530,00	1.530,00
Insgesamt	195	3.793	19,5	12,7	828.633,82	4.249,40

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Tabelle 67: Tagesklinik-Aufenthalte, % an Aufenthalten, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Standardabweichung, Gesamttarif (Euro) und durchschn. Tarif (Euro) in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2007

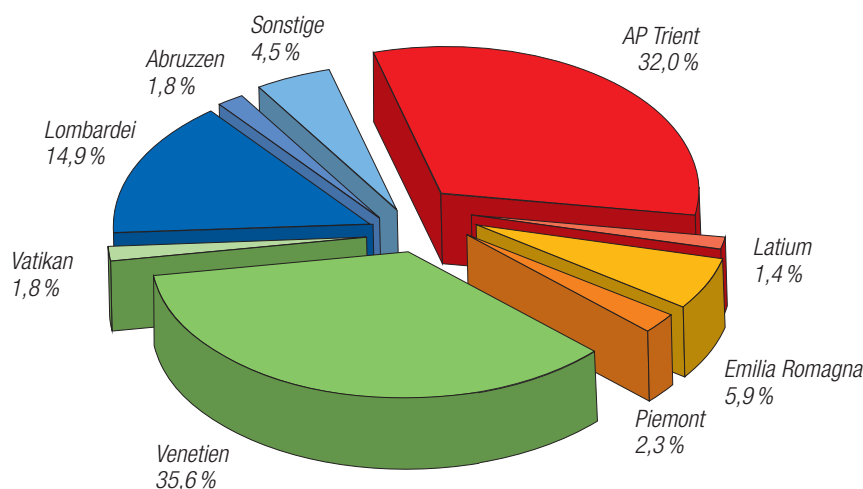
Leistungsbr. Region	Aufenthalte	% am Gesamtw. der Aufenthalte in der Region	Aufenthaltstage	Durchschn. AD	Stanrd-abw.	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Aut. Prov. Trient	10	14,1	66	6,6	4,7	16.061,16	1.606,12
Venetien	10	12,7	347	34,7	28,7	59.003,50	5.900,35
Emilia Romagna	3	23,1	20	6,7	2,5	2.804,92	934,97
Latium	1	33,3	9	9,0	0,0	2.356,56	2.356,56
Vatikan	3	75,5	3	1,0	0,0	784,21	261,40
Insgesamt	27	12,2	445	16,5	22,3	81.010,35	3.000,38

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei ordentlichen Aufenthalten beträgt 19,5 Tage, die durchschnittlichen Zugänge für den Tagesklinikbetrieb belaufen sich dagegen auf 16,5.

Die Gebiete mit dem größten Attraktionswert für die Südtiroler Patienten sind die Region Venetien und die Autonome Provinz Trient.

Abbildung 22: Verteilung in % der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation in anderen Regionen – Jahr 2007



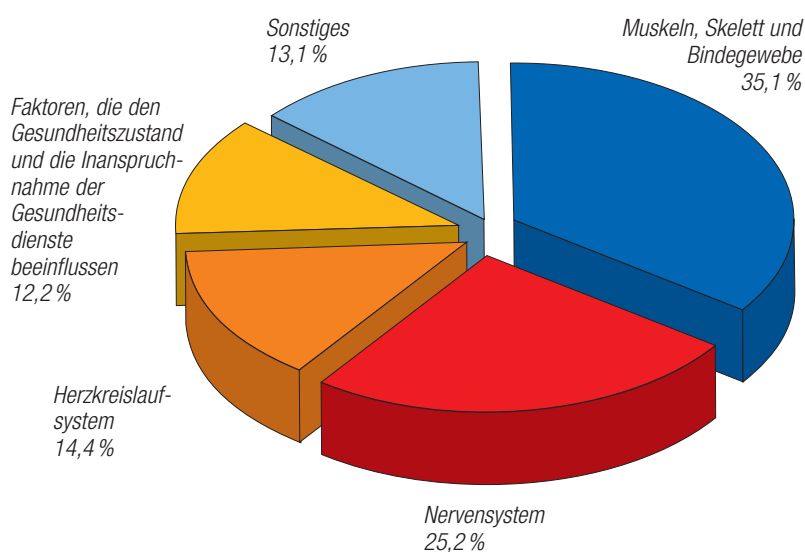
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

In Bezug auf die Ausgaben der Aufenthalte von Südtirolern im übrigen Italien wird darauf hingewiesen, dass die analysierten Daten von den einzelnen Regionen und Provinzen angegeben wurden und von den effektiv von der Autonomen Provinz Bozen anerkannten Beträgen bei der Verrechnung der sanitären Mobilität abweichen können.

Bei der Verteilung der Aufenthalte nach MDC ist ein Anstieg der Aufenthalte der Kategorie „Nervensystem“ von 22 % im Jahr 2006 auf 25,2 % aller Aufenthalte im Jahr 2007 sowie der Aufenthalte der Kategorie „Muskeln, Skelett und Bindegewebe“ von 32 % (2006) auf 35,1 % (2007) zu verzeichnen.

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH MDC**

Abbildung 23: Post-akute Rehabilitationsaufenthalte (Kodex 5600) nach MDC, passive Mobilität – Jahr 2007



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH PRIMÄRER
DIAGNOSE**

In Bezug auf die primären Diagnosen bei der Entlassung aus den Abteilungen mit Kodex 5600 (siehe Tabelle 68) ergibt sich, dass 31,3% der Aufenthalte den „Ersatz von Organ oder Gewebe mit anderen Mitteln“ betreffen. Die Diagnose „Sonstige Lähmungserscheinungen“ stellt nur 10,8% dar, bei den Tagesklinikaufenthalten dagegen 18,5% der Gesamtaufenthalte.

Tabelle 68: Häufigste Primärdiagnosen der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2007

ICD-9 CM	Beschreibung der Primärdiagnose	Nr.	%	% kumul.
V43	Organ- oder Gewebersatz mit anderen Mitteln	61	31,3	31,3
V57	Rehabilitation	23	11,8	43,1
344	Sonstige Paralyse-Syndrome	21	10,8	53,8
429	Mangelhafte Beschreibungen und Komplikationen von Herzkrankheiten	12	6,2	60,0
715	Arthrose	5	2,6	62,6
303	Alkoholabhängigkeit	5	2,6	65,1
296	Affektive Psychosen	5	2,6	67,7
491	Chronische Bronchitis	4	2,1	69,7
278	Fettleibigkeit und andere Zustände aufgrund von Überernährung	4	2,1	71,8
414	Koronaratherosklerose	3	1,5	73,3
333	Extrapyramidale Erkrankungen und andere Erkrankungen mit abnormalem Bewegungsmuster	3	1,5	74,9
996	Besondere Komplikationen einiger spezifischen Eingriffe	3	1,5	76,4
V45	Sonstige Zustände nach chirurgischen Eingriffen	3	1,5	77,9
342	Hemiplegie und Hemiparese	3	1,5	79,5
410	Akuter Myokardinfarkt	2	1,0	80,5
821	Fraktur sonstiger und n.n.bez. Teile des Femurs	2	1,0	81,5
431	Intrazerebrale Hämorrhagie	2	1,0	82,6
334	Spino-zerebellare Krankheiten	2	1,0	83,6
800	Fraktur des Schädeldaches	2	1,0	84,6
332	Parkinson-Krankheit	2	1,0	85,6
724	Sonstige und nicht spezifizierte Rückenbeschwerden	2	1,0	86,7
307	Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome	2	1,0	87,7
719	Sonstige und n.n.bez. Gelenkaffektionen	2	1,0	88,7
440	Atherosklerose	2	1,0	89,7
Teilsumme		175	89,7	
Insgesamt		195	100,0	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Tabelle 69: **Häufigste Primärdiagnosen der Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2007**

ICD-9 CM	Beschreibung der Primärdiagnose	Nr.	%
344	Sonstige Lähmungen	5	18,5
307	Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome	4	14,8
340	Multiple Sklerose	3	11,1
V43	Organ- oder Gewebersatz mit anderen Mitteln	2	7,4
768	Asphyxia fetalis et neonatorum	2	7,4
401	Essentielle Hypertonie	2	7,4
303	Alkoholabhängigkeit	2	7,4
V57	Behandlung unter Anwendung von Rehabilitationsmaßnahmen	1	3,7
707	Chronisches Ulcus der Haut	1	3,7
780	Allgemeine Symptome	1	3,7
431	Intrazerebrale Hämorrhagie	1	3,7
723	Sonstige Affektionen im zervikalen Bereich	1	3,7
278	Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung	1	3,7
720	Ankylosierende Spondylitis und sonstige entzündliche Spondylopathien	1	3,7
Insgesamt		27	100,0

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

Die Aufenthalte in den Abteilungen für Neurorehabilitation (Abteilungskodex 7500) und in den Spinalzentren (Abteilungskodex 2800) betreffen meistens schwere Krankheiten, weshalb die durchschnittliche Aufenthaltsdauer viel höher ist als jene in den Abteilungen für die funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 5600).

Tabelle 70: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Gesamttarif (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) anderer Regionen Italiens – Jahr 2007**

Leistungsbr. Region	Ordentl./Tages-klin.-Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durchschn. AD	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Spitalzentrum (codice 2800)					
Venetien	1	22	22,0	8.657,66	8.657,66
Neuro-Rehabilitationsabteilung (codice 7500)					
Lombardei	2	21	10,5	7.713,09	3.856,55
Venetien	2	15	7,5	5.509,35	2.754,68
Emilia Romagna	3 (DH)	7 (DH)	2,3 (DH)	980,14	326,71
Latum	2 / 1	9 / 7	7,5 / 1	4.247,78	1.415,93
Insgesamt	10	59	5,9	18.450,36	1.845,04

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – Mobilitätsarchiv

**AUFENTHALTE
IN DEN ABTEILUNGEN
7550 UND 2800**

**AUFENTHALTE IN
ÖSTERREICH NACH
PRIMÄRDIAGNOSE**
3.3.2.2. Aufenthalte in postakuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich

Um den Bürgern eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenhäusern in Österreich für Krankenhausdienste konventioniert, die das Südtiroler Gesundheitswesen nicht anbieten kann. Drei konventionierte Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung in Form der postakuten Rehabilitation:

„Rehabilitationszentrum Häring“ für physische und neurologische Rehabilitation

„Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation“ von Rovinj für die Sommerkuren von Patienten, die sich in Häring befinden

„Landesnervenkrankenhaus Hochzirl“ für die physische Rehabilitation

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in österreichischen Einrichtungen für die postakute Rehabilitation belief sich im Jahr 2007 auf 89. Nach einem leichten Rückgang der Aufenthalte 2005 erfolgte sowohl 2006 als auch 2007 eine Steigerung von 45,9 % (von 61 Aufenthalten im Jahr 2005 auf 89 Aufenthalte 2007).

Tabelle 71: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschn. AD, Gesamttarif (Euro) und durchschn. Tarif (Euro) in Bezug auf die in österreichischen postakuten Rehabilitationsabteilungen aufgenommenen Südtiroler Patienten – Jahr 2007

Österr. Einrichtung	Anz. Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durchschn. AD	Gesamttarif	Durchschn. Tarif
Häring	49	1.485	30,3	687.563,81	14.031,91
Rovinj	10	220	22,0	17.839,08	1.783,91
Hochzirl	30	457	15,2	135.290,65	4.509,69
Insgesamt	89	2.162	24,3	840.693,54	9.445,99

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

Die Aufenthaltsrate pro 1.000 Einwohner betrug 0,18.

Der häufigste Grund für die Rehabilitationsbehandlung in österreichischen Einrichtungen betrifft die Kategorie „Folgeerscheinungen von Traumen des Skelett-Muskel-Systems und des Bindegewebes“ mit 25,8 %. 2006 fielen 37,5 % der Aufenthalte unter diese Diagnose. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass für 25 Aufenthalte (28,1 %) keine primäre Diagnose erfasst wurde.

Tabelle 72: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen nach Primärdiagnosekategorie ICD9-CM – Jahr 2007**

ICD9-CM	Beschreibung der Diagnose	Häring	Rovinj	Hochzirl	Ins-gesamt	%	% kumul.
905	Spätfolgen von Verletzungen des Muskel- und Skelettsystems sowie des Bindegewebes	23	–	–	23	25,8 %	25,8 %
359	Muskeldystrophien und andere Myopathien	–	–	6	6	6,7 %	32,6 %
348	Sonstige Hirnkrankheiten	–	–	4	4	4,5 %	37,1 %
277	Sonstige und n.n.bez. Stoffwechselstörungen	–	–	3	3	3,4 %	40,4 %
344	Sonstige Lähmungen	2	–	1	3	3,4 %	43,8 %
437	Sonstige und mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	–	–	3	3	3,4 %	47,2 %
312	Anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens	2	–	–	2	2,2 %	49,4 %
336	Sonstige Krankheiten des Rückenmarks	–	–	2	2	2,2 %	51,7 %
907	Spätfolgen von Verletzungen des Nervensystems	1	–	1	2	2,2 %	53,9 %
908	Spätfolgen sonstiger und n.n.bez. Verletzungen	2	–	–	2	2,2 %	56,2 %
045	Akute Poliomyelitis	1	–	–	1	1,1 %	57,3 %
227	Gutartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen	–	–	1	1	1,1 %	58,4 %
334	Spino-zerebellare Krankheiten	–	1	–	1	1,1 %	59,6 %
343	Zerebrale Kinderlähmung	–	–	1	1	1,1 %	60,7 %
431	Intrazerebrale Hämorrhagie	–	–	1	1	1,1 %	61,8 %
434	Verschluß zerebraler Arterien	–	–	1	1	1,1 %	62,9 %
759	Sonstige und n.n.bez. kongenitale Anomalien	–	–	1	1	1,1 %	64,0 %
785	Symptome, die das kardiovaskuläre System betreffen	1	–	–	1	1,1 %	65,2 %
793	Unspezifische Röntgen- und sonstige Befunde des Körperbaues	–	1	–	1	1,1 %	66,3 %
851	Contusio cerebri	–	–	1	1	1,1 %	67,4 %
854	Sonstige und n.n.bez. intrakranielle Blutungen	–	–	1	1	1,1 %	68,5 %
897	Traumatische Abtrennung eines oder beider Beine (vollständig) (teilweise)	1	–	–	1	1,1 %	69,7 %
996	Komplikationen, die bestimmten näher bez. ärztlichen Maßnahmen eigentümlich sind	1	–	–	1	1,1 %	70,8 %
250	Diabetes mellitus	1	–	–	1	1,1 %	71,9 %
	Fehlende Diagnose	14	8	3	25	28,1 %	100,0 %
Insgesamt		49	10	30	89	100,0 %	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Aufenthalte in Österreich

**AUFENTHALTE IM
RAHMEN DER
POSTAKUTEN
LANGZEITPFLEGE**

3.3.3. Postakute Langzeitpflege

Die Abteilungen für postakute Langzeitpflege des Landes verzeichneten 1.986 Aufenthalte mit insgesamt 48.614 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 24,5 Tagen.

2007 fanden außerdem 22 postakute Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in gesamtstaatlichen Einrichtungen außerhalb des Landes statt, was einen leichten Anstieg im Vergleich zu 2006 bedeutet.

Des Weiteren wurden im Jahr 2007 Aufenthalte von stabilisierten Langzeitkranken in der Marienlinik und in der Privatklinik Bonvicini (Abteilungskodex 60.01) für insgesamt 6.521 Aufenthaltstage sowie 137 Aufenthalte in der Privatklinik Martinsbrunn aufgrund von palliativen Behandlungen (Abteilungskodex 60.02) mit 2.557 Aufenthaltstagen verzeichnet. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der Aufenthalte im Rahmen der postakuten Langzeitpflege sind „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (28,4 %) sowie „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (24,0 %).

Tabelle 73: **Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschn. AD in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege nach Krankenhaus – Jahr 2007**

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durchschn. AD
Krankenhaus Meran	236	6.115	25,9
Krankenhaus Brixen	187	2.825	15,1
Krankenhaus Bruneck	51	904	17,7
Krankenhaus Silandro	66	1.600	24,2
Krankenhaus Sterzing	108	1.614	14,9
Krankenhaus Innichen	56	702	12,5
Öff. Krankenhäuser insgesamt	704	13.760	19,5
Privatklinik S. Maria	220	3.686	16,8
Privatklinik Martinsbrunn	275	10.115	36,8
Privatklinik Bonvicini	535	13.680	25,6
Privatklinik Villa Melitta	252	7.373	29,3
Privatkliniken insgesamt	1.282	34.854	27,2
Krankenanstalten insgesamt	1.986	48.614	24,5

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Tabelle 74: **Aufenthalte nach der häufigsten Primärdiagnosekategorie (MDC) in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in Südtirol – Jahr 2007**

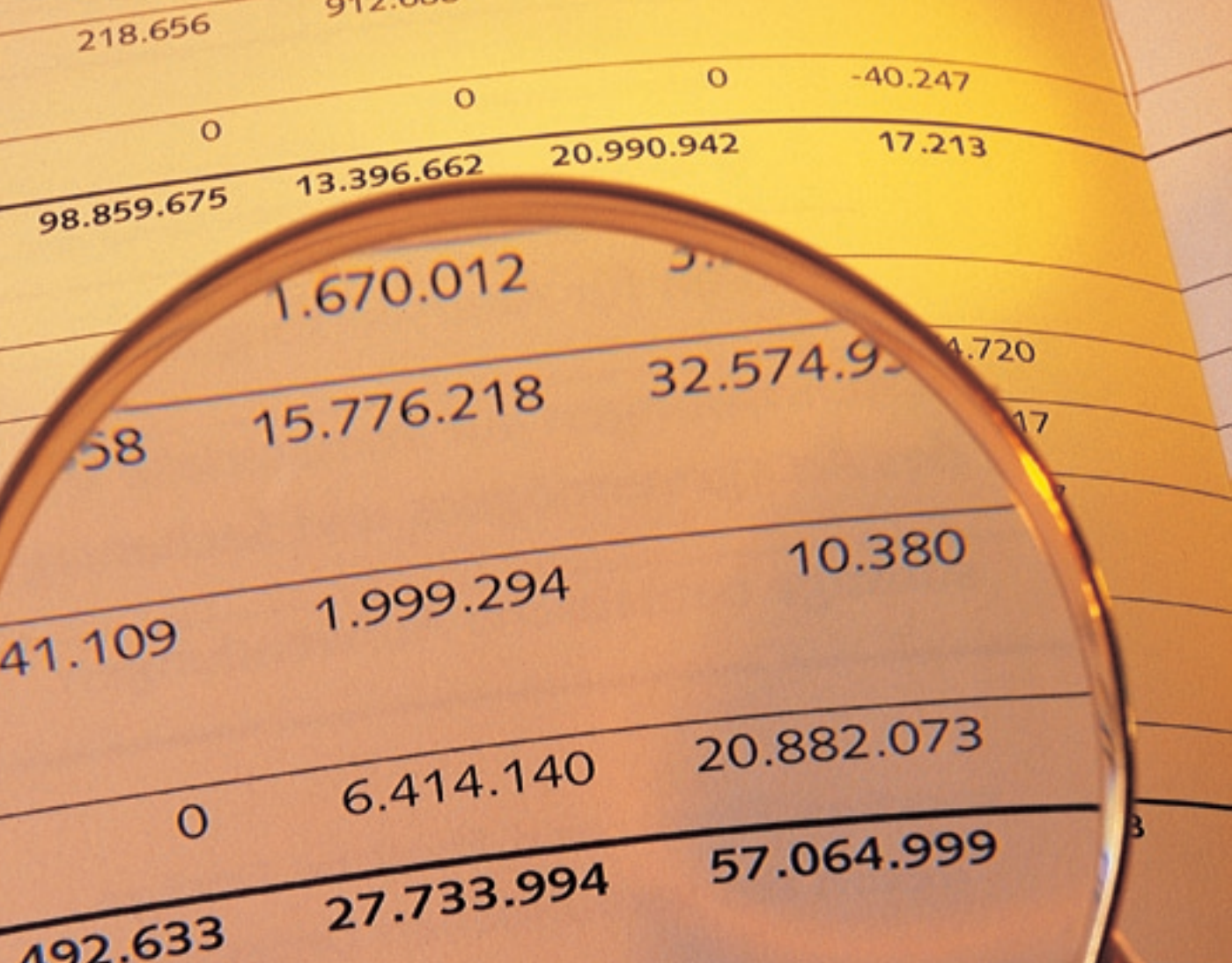
MDC	Beschreibung der MDC	Aufenthalte	% kumul.
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts u. des Bindegewebes	564	28,4
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	477	52,4
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	241	64,6
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	143	71,8
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	128	78,2
17	Myeloproliferative Krankh. u. Störungen u. schwach differenzierte Neoplasien	92	82,8
19	Geisteskrankheiten und -störungen	67	86,2
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	60	89,2
7	Krankheiten und Störungen des Leber- und Gallensystems und Pankreas	48	91,6
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	45	93,9
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	27	95,3
Post-akute Langzeitpflege-Aufenthalte insgesamt		1.986	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv

Tabelle 75: **Aufenthalte nach den häufigsten Primär Diagnosen in den Abteilungen für postakute Langzeitpflege in Südtirol – Jahr 2007**

ICD-9CM	Beschreibung Diagnose	Aufenthalte	% kumul.
905	Folgeerschein. von Traumen d. Muskeln, d. Skeletts und des Bindegewebes	149	7,5
438	Folgeerscheinungen von zerebrovaskulären Krankheiten	137	14,4
V57	Rehabilitation	96	19,2
V58	Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen	94	24,0
715	Arthrose	80	28,0
V66	Genesung und palliative Behandlungen	64	31,2
721	Spondylosis und assoziierte Erkrankungen	58	34,1
428	Herzinsuffizienz (Herzdekompensation)	49	36,6
728	Erkrankungen der Muskeln, der Bänder und der Faszien	44	38,8
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	37	40,7
491	Chronische Bronchitis	36	42,5
733	Sonstige Beschwerden der Knochen und Knorpel	36	44,3
781	Symptome, die das Nerven- sowie das Muskel- und Skelettsystem betreffen	36	46,1
437	Sonstige und mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	35	47,9
332	Parkinson-Krankheit	34	49,6
Post-akute Langzeitpflege-Aufenthalte insgesamt		1.986	

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – KEB-Archiv



Dritter Teil

Die Ressourcen

Die Ressourcen

1. DAS PERSONAL DES SANITÄTSBETRIEBES

1.1. DIENSTLEISTENDES GESUNDHEITSPERSONAL

Zum 31.12.2007 betrug der Personalbestand des Südtiroler Sanitätsbetriebes 9.006 Mitarbeiter, was 7.958,10 äquivalenten Vollzeitstellen entspricht.

32,6 % des Personals sind Teilzeitbeschäftigte (2.964 Mitarbeiter).

45,3 % der laufenden Gesundheitsausgaben des Sanitätsbetriebs (478,131 Millionen Euro) werden vom Personal in Anspruch genommen.

In äquivalenten Vollzeitstellen sind 69,8 % der Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs Frauen. Über 60 % aller Mitarbeiter sind im Krankenhausbereich beschäftigt. Es folgen der nicht sanitäre Bereich und der territoriale Bereich mit jeweils 16,3 % bzw. 14,9 %. In der strategischen Führung sind 7,6 % der Mitarbeiter beschäftigt.

Unter den Berufsbildern ist das Krankenpflegepersonal am häufigsten vertreten (32,5 %).

Auf Landesebene gibt es 16,5 äquivalente Mitarbeiter im Gesundheitsbereich pro 1.000 Einwohner.

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitswesens und nimmt 45,3 % der laufenden Gesundheitsausgaben des Sanitätsbetriebs des Landes in Anspruch.

Im öffentlichen Gesundheitswesen wird Personal eingesetzt, das verschiedenen Berufskategorien angehört und laut Gesetz auf unterschiedlichen Ebenen eingestuft ist. Die Klassifizierung des Personals entspricht derjenigen, die im DPR Nr. 761 vom 20. Dezember 1979 und im DPR Nr. 384 vom 28. November 1990 festgelegt wurde. Im Zuge der größtmöglichen Aggregation fasst das Gesetz vier Berufskategorien zusammen: Gesundheitspersonal, Fachpersonal, technisches Personal und Verwaltungspersonal.

Zum Gesundheitspersonal zählen Ärzte (einschließlich Zahnärzte und Tierärzte), Krankenpfleger, technisch-sanitäres Personal, Rehabilitationspersonal, Aufsichts- und Inspektionspersonal (Techniker für Umwelt- und Arbeitsschutz) und andere im Gesundheitsbereich tätige Akademiker (Apotheker, Biologen, Chemiker, Physiker, Psychologen). Dem technischen Personal werden Raumpfleger, Fachhilfskräfte, Techniker, technische Assistenten, Sozialassistenten, Analytiker, Statistiker und Soziologen zugerechnet. Das Fachpersonal umfasst Seelsorger, Rechtsanwälte, Architekten, Ingenieure und Geologen. Zum Verwaltungspersonal gehören Boten, Amtswarte, Sekretariatsassistenten, Verwaltungsassistenten, Übersetzer, Verwaltungsmitarbeiter, Verwaltungsinspektoren, Buchhalter, Techniker sowie die Führungskräfte der Verwaltung (Vizedirektoren und Verwaltungsdirektoren).

Auch in der diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsberichts wurde das Informationssystem für die Erhebung des Gesundheitspersonals des Sanitätsbetriebes des Landes (SIPS) benutzt.

Dieses erfasst – nach einer mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1193 vom 11.04.2005 festgelegten und von den einzelnen Gesundheitsbezirken übernommenen Struktur – das Gesundheitspersonal pro betriebliche Kostenstelle und wird periodisch an-

hand der Daten, welche die Datenverarbeitungszentren der Gesundheitsbezirke dem Amt für Gesundheitspersonal des Landesressorts senden, aktualisiert.

Das Personal ist in absoluten Zahlen (Personal nach Art des Vertragsverhältnisses – Teilzeit oder Vollzeit – zum 31.12.2007) und in äquivalenten Einheiten dargestellt, um die effektive Beschäftigungszeit des Personals im Jahr 2007 auszudrücken (Vollzeit, Teilzeit zu 33 %, 50 %, 75 % etc.). Die äquivalenten Zahlen erklären auch die Dezimalwerte in den Tabellen und liefern präzisere Angaben als die rohen Zahlen, da es sich um einheitliche Werte über die Menge der in diesen Diensten tätigen Humanressourcen handelt.

Die Daten über das äquivalente Personal geben also die effektive Zeit der Anstellung des Personals an. Bei einer gleichzeitigen Eintragung desselben Mitarbeiters in zwei verschiedene Kostenstellen (zum Beispiel effektive Anstellung in der Abteilung Medizin und Auftrag in der Endoskopie) wird die Anstellung der auftraggebenden Kostenstelle zugeordnet. Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2007 (Beschäftigungszeitraum vom 01.01.2007 bis zum 31.12.2007).

Wie bei der Vorjahresausgabe des Gesundheitsberichts wird bei der Berechnung des äquivalenten Personals, aufgrund der fehlenden effektiven Beschäftigungszeiten, die vertragliche Position jedes Mitarbeiters, ohne Abzug der Absenzen, verwendet.

Das vorliegende Kapitel enthält eine allgemeine Analyse des im Südtiroler Sanitätsbetrieb angestellten Personals, und dieses Jahr sind die Daten für das Personal auch zum ersten Mal nach Geschlecht aufgeteilt. Für detailliertere Informationen über die einzelnen Bezirke und die einzelnen Einrichtungen wird auf die dem Gesundheitsbericht beiliegende CD-ROM verwiesen. Die CD-ROM-Tabellen enthalten die Daten des Personals des Sanitätsbetriebs und der einzelnen Einrichtungen nach Beschäftigungsbereich und Dienst.

1.1.1. Allgemeine Analyse

Die in der Folge dargestellten Daten beziehen sich auf das im Sanitätsbetrieb angestellte Personal. Die in den Tabellen und Abbildungen benutzten Abkürzungen haben folgende Bedeutung:

TZ = Teilzeitbeschäftigtes Personal;

VZ = Vollzeitbeschäftigtes Personal;

ÄQ = Äquivalentes Personal;

N = Anzahl der zum 31.12.2007 anwesenden Mitarbeiter.

1.1.1.1. PERSONALBESTAND NACH BESCHÄFTIGUNGSBEREICH

Zum 31.12.2007 betrug der Personalbestand des Südtiroler Sanitätsbetriebs 9.086 Mitarbeiter, was einem Anstieg des Bestands von 0,9% gegenüber 2006 entspricht. Insbesondere stieg der Anteil an Personal mit Teilzeitverträgen (2.964 Personen, 32,2% des Gesamtpersonals, +3,8% im Vergleich zum Jahr 2006), während das Vollzeitpersonal abnahm (6.122 Personen, 67,4% des Gesamtpersonals, -0,4% im Vergleich zum Jahr 2006). In äquivalenter Hinsicht entspricht die Gesamtanzahl an Mitarbeitern 7958,10 Arbeitskräften (+1,3% im Vergleich zum Jahr 2006), davon 69,8% Frauen (6.683 Arbeitskräfte) und 30,2% Männer (2.403 Arbeitskräfte). Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auch im Hinblick auf die Vertragsart festzustellen (43,2% der Frauen haben einen Teilzeitvertrag, gegenüber 3,2% der Männer).

PERSONALBESTAND

Tabelle 1: Beschäftigtes Personal nach Bereich und nach Geschlecht – Jahr 2007

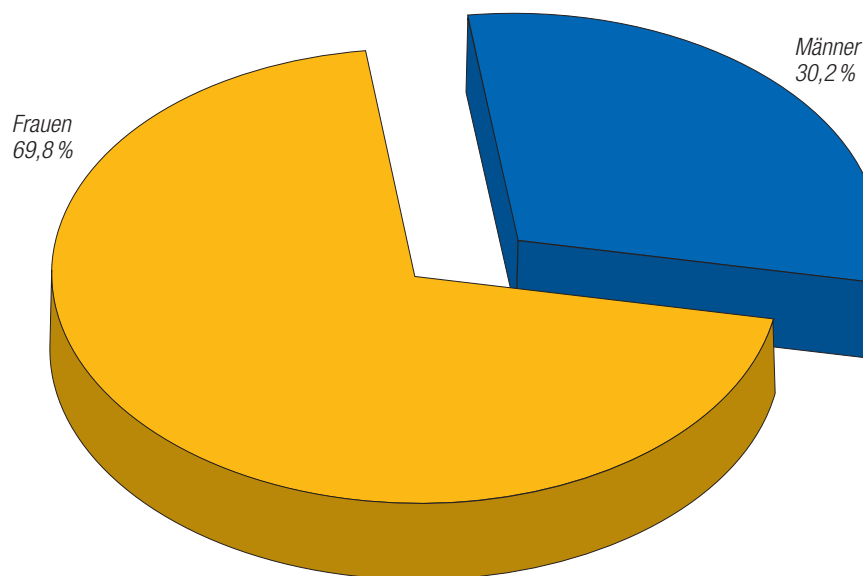
Bereich	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Strategischer Bereich	12	265	275,93	162	230	326,84	174	495	602,77
Nicht sanitärer Bereich	31	576	605,44	415	434	694,21	446	1.010	1.299,65
Krankenhausbereich	21	1.185	1.210,56	1.684	2.601	3.619,60	1.705	3.786	4.830,16
Territorialer Bereich	13	294	303,06	609	510	880,61	622	804	1.183,67
Nicht angegeben	–	6	7,00	17	21	34,85	17	27	41,85
Insgesamt	77	2.326	2.401,99	2.887	3.796	5.556,11	2.964	6.122	7.958,10

Quelle: SIPS-Daten

Unter Berücksichtigung des Indikators „Personal, gemessen an der Wohnbevölkerung“ wird auf Landesebene ein Wert von 16,5 äquivalenten Mitarbeitern pro 1.000 Einwohner verzeichnet. Insbesondere sind es 11,5 Frauen pro 1.000 Einwohner gegenüber 5,0 Männern.

**PERSONALBESTAND,
GEMESSEN AN DER
WOHNBEVÖLKERUNG**

Abbildung 1: Äquiv. Personal insgesamt nach Geschlecht – Jahr 2007

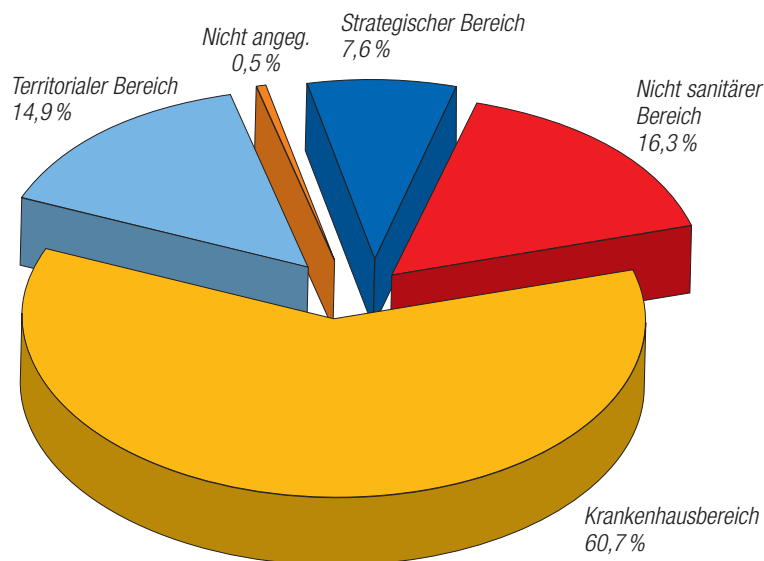


Quelle: SIPS-Daten

Bei einer Unterscheidung nach Beschäftigungsbereich ist festzustellen, dass 60 % des abhängigen Personals (äquivalente Mitarbeiter) im Krankenhausbereich beschäftigt sind. Es folgen der nicht sanitäre Bereich und der territoriale Bereich mit jeweils 16,3 % bzw. 14,9 %. Im strategischen Bereich sind 7,6 % der Mitarbeiter beschäftigt, während in 0,5 % der Fälle kein Beschäftigungsbereich zugeordnet werden konnte.

**PERSONAL NACH
BESCHÄFTIGUNGS-
BEREICH**

Abbildung 2: Äquiv. Personal insgesamt nach Beschäftigungsbereich – Jahr 2007



Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 2: Differenz in % zwischen 2007–2006, absolute Werte des Personalbestands nach Bereich

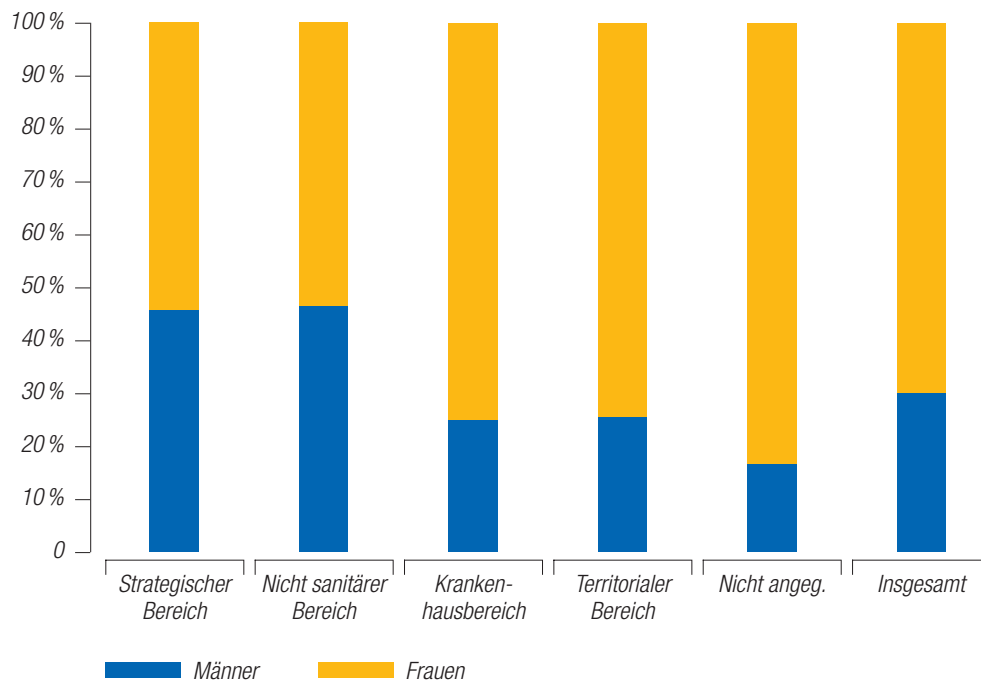
Bereich	Teilzeitbesch.	Vollzeitbesch.	Äquivalent
Strategischer Bereich	0,6 %	–4,8 %	–3,4 %
Nicht sanitärer Bereich	3,5 %	–3,2 %	–0,2 %
Krankenhausbereich	2,5 %	0,3 %	1,6 %
Territorialer Bereich	6,0 %	–0,7 %	0,5 %
Insgesamt	3,8 %	–0,4 %	1,3 %

Quelle: SIPS-Daten

Im Vergleich zum Jahr 2006 ist im Krankenhausbereich ein leichter Anstieg an äquivalenten Mitarbeitern (+1,6 %) zu verzeichnen, während der Personalbestand im nicht sanitären und im territorialen Bereich nahezu unverändert ist. Anders sieht es im strategischen Bereich aus, der von einem erheblichen Rückgang gekennzeichnet war (–3,4 %).

Wie bereits erwähnt, ist in allen Beschäftigungsbereichen ein deutlich höherer Anteil an Frauen festzustellen. Dies gilt insbesondere für den Krankenhausbereich, in dem die weiblichen Mitarbeiter 75 % ausmachen.

Abbildung 3: Äquiv. Personal insgesamt nach Beschäftigungsbereich und nach Geschlecht – Jahr 2007



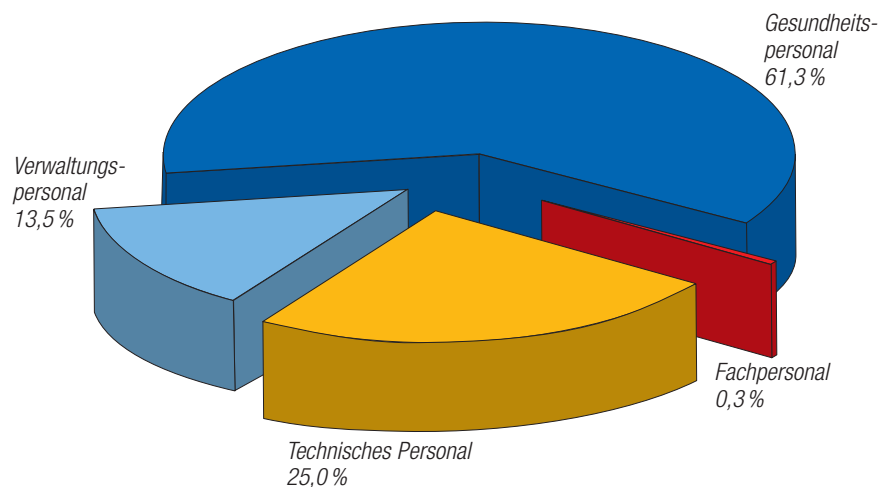
1.1.1.2. Personal nach Berufsbild

61,3 % der Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs gehören der Berufskategorie des Gesundheitspersonals an; es folgen das technische Personal mit 25,0 %, das Verwaltungspersonal mit 13,5 % sowie das Fachpersonal mit 0,3 %.

Tabelle 3: Beschäftigtes Personal nach Berufskategorie / Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007

Bereich	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte und Tierärzte)	1	649	657,13	29	340	348,07	30	989	1.005,20
Krankenpflegepersonal	12	279	290,13	1.244	1.530	2.294,19	1.256	1.809	2.584,32
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	2	54	57,51	50	111	141,53	52	165	199,04
Techn.-sanit., Reha-Personal	9	262	270,26	398	582	817,87	407	844	1.088,13
Gesundheitspersonal	24	1.244	1.275,03	1.721	2.563	3.601,66	1.745	3.807	4.876,69
Fachpersonal	1	13	14,71	5	6	9,35	6	19	24,06
Technisches Personal	41	891	922,00	642	677	1.063,76	683	1.568	1.985,76
Verwaltungspersonal	11	178	190,25	519	550	881,34	530	728	1.071,59
Insgesamt	77	2.326	2.401,99	2.887	3.796	5.556,11	2.964	6.122	7.958,10

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 4: **Durchschn. äquiv. Personal des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007**

Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 4: **Prozentsatz des beschäftigten Personal nach Berufskategorie / Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**

Berufskategorie/ Berufsbild	Männer				Frauen				Insgesamt			
	TZ	VZ	ÄQ	ÄQ *	TZ	VZ	ÄQ	ÄQ *	TZ	VZ	ÄQ	ÄQ *
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte und Tierärzte)	1,3%	27,9%	27,4%	65,4%	1,0%	9,0%	6,3%	34,6%	1,0%	16,2%	12,6%	100,0%
Krankenpflegepersonal	15,6%	12,0%	12,1%	11,2%	43,1%	40,3%	41,3%	88,8%	42,4%	29,5%	32,5%	100,0%
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	2,6%	2,3%	2,4%	28,9%	1,7%	2,9%	2,5%	71,1%	1,8%	2,7%	2,5%	100,0%
Techn.-sanit., Reha-Personal	11,7%	11,3%	11,3%	24,8%	13,8%	15,3%	14,7%	75,2%	13,7%	13,8%	13,7%	100,0%
Gesundheitspersonal	31,2%	53,5%	53,1%	26,1%	59,6%	67,5%	64,8%	73,9%	58,9%	62,2%	61,3%	100,0%
Fachpersonal	1,3%	0,6%	0,6%	61,1%	0,2%	0,2%	0,2%	38,9%	0,2%	0,3%	0,3%	100,0%
Technisches Personal	53,2%	38,3%	38,4%	46,4%	22,2%	17,8%	19,1%	53,6%	23,0%	25,6%	25,0%	100,0%
Verwaltungspersonal	14,3%	7,7%	7,9%	17,8%	18,0%	14,5%	15,9%	82,2%	17,9%	11,9%	13,5%	100,0%
Insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	30,2%	100,0%	100,0%	100,0%	69,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Prozentsatz nach Berufskategorie / Berufsbild berechnet

Quelle: SIPS-Daten

Bei der Unterscheidung nach Geschlecht ist zu beobachten, dass in jedem Berufsbild die Frauen vorherrschen. Eine Ausnahme gilt für das Fachpersonal, bei dem die männlichen Angestellten überwiegen (61,1 %). Beim Gesundheitspersonal ist jedoch der Anteil an männlichem ärztlichem Personal (einschließlich HNO-Ärzte und Tierärzte) höher als der weibliche (65,4 % gegenüber 34,6 %).

Gemessen an der Wohnbevölkerung sind auf Landesebene 10,1 äquivalente Mitarbeiter im Gesundheitspersonal pro 1.000 Einwohner, 4,1 äquivalente Mitarbeiter im technischen Bereich und 2,2 äquivalente Mitarbeiter im Verwaltungsbereich zu verzeichnen.

**PERSONAL NACH
KATEGORIE GEMESSEN
AN DER WOHN-
BEVÖLKERUNG**

Tabelle 5: **Durchschnittl. äquivalentes Personal nach Berufskategorie und nach Geschlecht pro 1.000 Einwohner – Jahr 2007**

Bereich	Männer	Frauen	Insgesamt
Gesundheitspersonal	2,6	7,5	10,1
Fachpersonal	0,0	0,0	0,0
Technisches Personal	1,9	2,2	4,1
Verwaltungspersonal	0,4	1,8	2,2
Insgesamt	5,0	11,5	16,5

Quelle: SIPS-Daten, ASTAT-Daten

1.1.2. Personal des strategischen Bereichs

Für die Datenerhebung im strategischen Bereich wurde das Personal folgenden Bereichen zugeordnet: Gemeinkosten, Verwaltungsdirektion des Sanitätsbetriebs, Verwaltungsdirektion des Bezirkes, Generaldirektion, Pflegedirektion, Ärztliche Direktion des Krankenhauses, Amt für die Beziehungen mit dem Publikum.

Im strategischen Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte), Inspektoren, Fachpersonal (Seelsorger, Rechtsanwälte und Anwaltsanwärter), Gesundheitspersonal (Krankenpflegeleiter, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, Ärzte, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), sonstiges technisches Personal (Sozialassistenten, technische Assistenten, Soziologen), Hilfsfachkräfte (sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte), Techniker.

Die Anzahl der zum 31.12.2007 im strategischen Bereich des Sanitätsbetriebs beschäftigten Mitarbeiter betrug 669, was 602,77 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2007 entspricht. 26 % der Mitarbeiter sind teilzeitbeschäftigt, 74 % haben einen Vollzeitvertrag. Die Frauen machen einen Anteil von 54,2 % am Personal insgesamt aus und sind zu über 40 % teilzeitbeschäftigt. Das männliche Personal (45,8 % des Personals insgesamt im strategischen Bereich) verfügt zu über 95 % über einen Vollzeitvertrag.

Tabelle 6: **Im strategischen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Geschlecht – Jahr 2007**

Bereiche	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Gemeinkosten	–	2	2,00	2	1	2,26	2	3	4,26
Direktion des Bezirkes	–	5	5,95	14	18	28,80	14	23	34,75
Verwaltungsdirektion des KH	6	128	131,31	54	66	95,86	60	194	227,17
Generaldirektion	–	3	3,00	3	9	12,28	3	12	15,28
Pflegedirektion	–	11	11,57	12	28	32,92	12	39	44,49
Ärztl. Direktion d. Anst.	6	114	120,10	74	106	150,48	80	220	270,58
Amt für Bezieh. mit dem Publikum	–	2	2,00	3	2	4,24	3	4	6,24
Insgesamt	12	265	275,93	162	230	326,84	174	495	602,77

Quelle: SIPS-Daten

Unter Berücksichtigung der einzelnen Bereiche ist festzustellen, dass 44,9 % der Mitarbeiter des strategischen Bereichs im Bereich Ärztliche Direktion des Krankenhauses und 37,7 % im Bereich Verwaltungsdirektion des Krankenhauses beschäftigt sind. Zu beobachten ist zudem, dass außer in den Verwaltungsdirektionen der Krankenhäuser (wo der Anteil an beschäftigten Männern überwiegt) in allen Bereichen vorwiegend Frauen beschäftigt sind.

Abbildung 5: **Durchschn. äquiv. Personal im strategischen Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Bereich und nach Geschlecht – Jahr 2007**

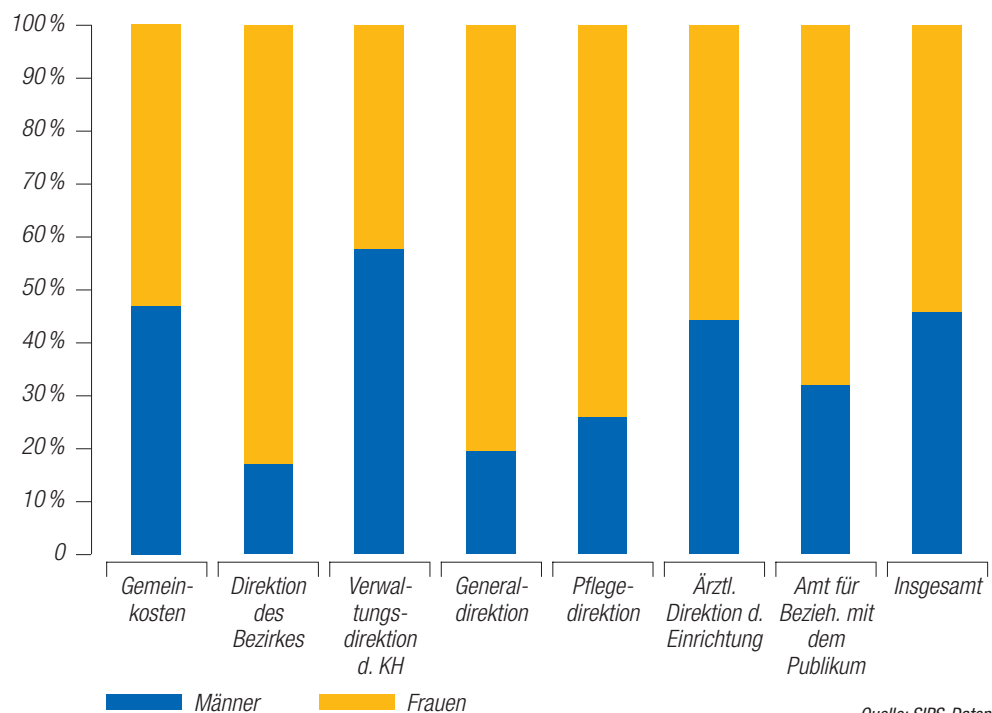


Tabelle 7: **Personal des strategischen Bereichs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Inspektoren	6	6,95	8	7,69	14	14,64
Verwaltungsassistent/Mitarbeiter	23	22,66	160	133,53	183	156,19
Techniker	148	146,38	92	74,08	240	220,46
Hilfsfachkräfte	61	60,79	58	47,31	119	108,10
Sonst. technisches Personal	3	3,00	8	6,84	11	9,84
Gesundheitspersonal	30	29,44	56	49,04	86	78,48
Fachpersonal	6	6,71	10	8,35	16	15,06
Insgesamt	277	275,93	392	326,84	669	602,77

Quelle: SIPS-Daten

Das vorherrschende Berufsbild ist jenes des Technikers mit insgesamt 240 Personen (220,46 äquivalente Mitarbeiter), entsprechend 35,9% des gesamten im strategischen Bereich des Sanitätsbetriebs beschäftigten Personals. Es folgen Verwaltungsassistent und/oder Verwaltungsmitarbeiter (183 Arbeitskräfte entsprechend 27,4% des Gesamtwerts). Die Aufteilung des Personals nach Geschlecht und Berufsbild zeigt, dass der Anteil an männlichen Mitarbeitern bei den Berufsbildern Techniker (66,4%) und Hilfsfachkraft (56,2%) höher ist. Bei den anderen Berufsbildern überwiegt der weibliche Anteil.

Abbildung 6: **Durchschn. äquiv. Personal im strategischen Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**

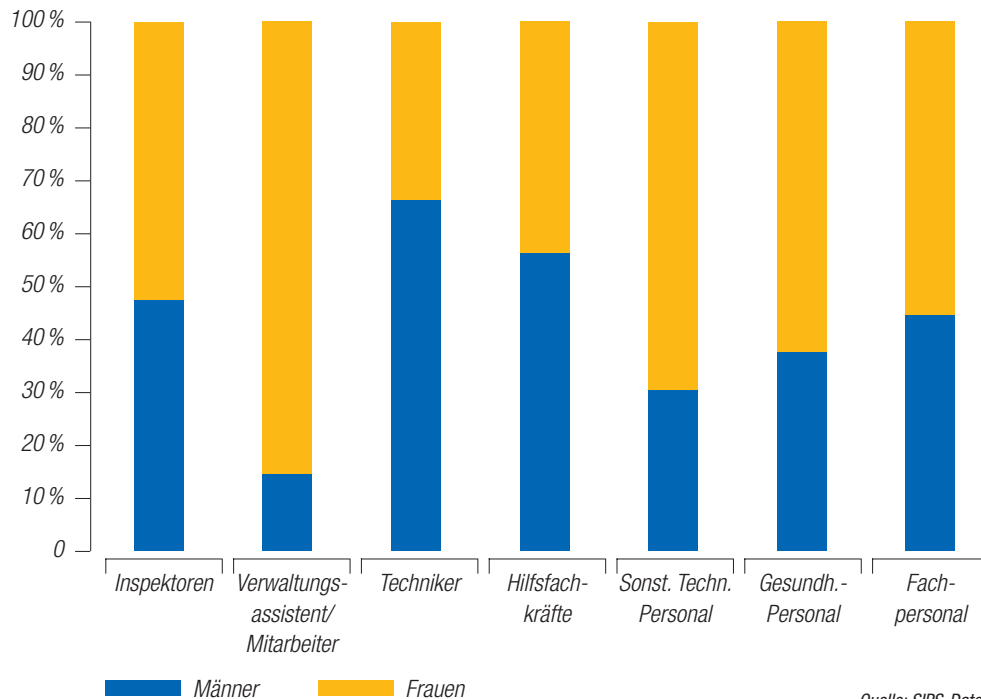
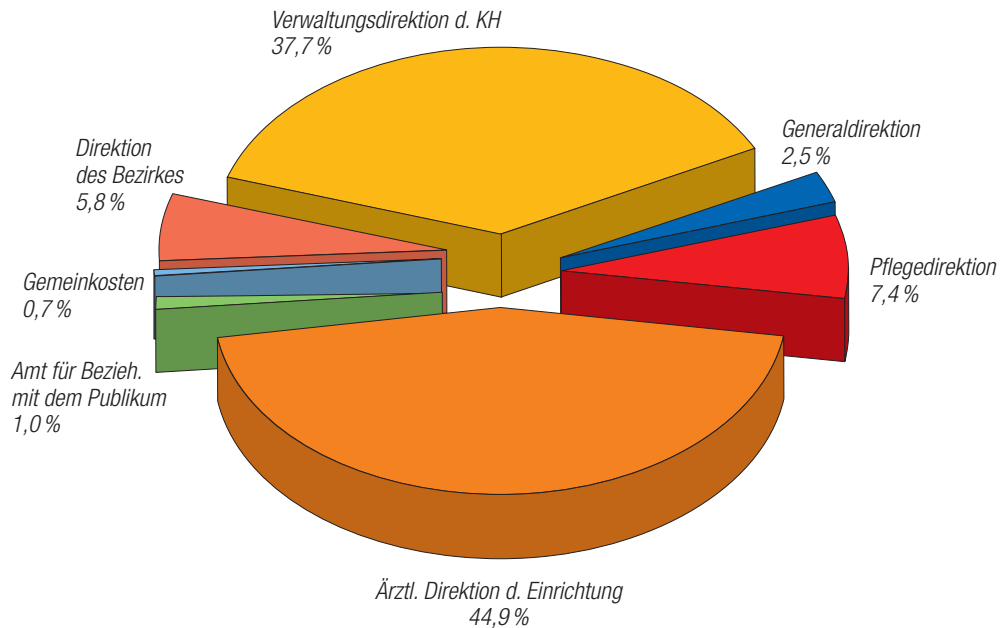


Tabelle 8: **Personal des strategischen Bereichs insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007**

Bereich		Inspek-toren	Verw.-Ass./Mit-arbeiter	Tech-niker	Hilfs-fach-kräfte	Sonst. Techn. Personal	Ge-sundh.-Personal	Fach-personal	Ins-gesamt
Gemeinkosten	N	–	1	–	1	–	3	–	5
	ÄQ	–	0,50	–	1,00	–	2,76	–	4,26
Direktion des Bezirkes	N	3	25	2	3	–	1	3	37
	ÄQ	3,70	22,05	2,00	3,00	–	1,00	3,00	34,75
Verwaltungsdirektion d. KH	N	5	75	133	38	2	1	–	254
	ÄQ	5,00	63,35	124,66	31,16	2,00	1,00	–	227,17
Generaldirektion	N	3	9	–	–	1	2	–	15
	ÄQ	2,94	9,34	–	–	1,00	2,00	–	15,28
Pflegedirektion	N	–	19	–	–	–	32	–	51
	ÄQ	–	13,94	–	0,17	–	30,38	–	44,49
Ärztl. Direktion d. Anst.	N	1	49	105	77	8	47	13	300
	ÄQ	1,00	42,77	93,80	72,77	6,84	41,34	12,06	270,58
Amt für Bezieh. mit dem Publikum	N	2	5	–	–	–	–	–	7
	ÄQ	2,00	4,24	–	–	–	–	–	6,24
Insgesamt	N	14	183	240	119	11	86	16	669
	ÄQ	14,64	156,19	220,46	108,10	9,84	78,48	15,06	602,77

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 7: **Durchschn. äquiv. Personal im strategischen Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Abteilung und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: SIPS-Daten

1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs

Für die Datenerhebung im nicht sanitären Bereich wurde das Personal den folgenden Bereichen zugeordnet: Amt für Allgemeine Angelegenheiten, Abteilung für Einkauf, Abteilung für Wirtschaft und Finanzen, Abteilung für Informatik, Abteilung für Vermögen und Technik, Abteilung für Personal, Abteilung für die betrieblichen Dienste, Ausbildung – Schulen.

Im nicht sanitären Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter), Inspektoren, Fachpersonal (Architekten, Ingenieure), Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, technisch-sanitäres Personal), sonstiges technisches Personal (Analytiker, technische Assistenten), Hilfsfachkräfte (Hilfsfachkräfte), Techniker.

Die Anzahl der Mitarbeiter im nicht sanitären Bereich des Betriebs beläuft sich zum 31.12.2007 auf 1.456 Personen, entsprechend 1.299,65 äquivalenten Arbeitskräften, die während des ganzen Jahrs 2007 beschäftigt waren. 30,6 % des Personals sind teilzeitbeschäftigt, 69,4 % sind mit einem Vollzeitvertrag angestellt. Die Frauen machen einen Anteil von 53,4 % am Personal insgesamt aus und sind zu 48,9 % teilzeitbeschäftigt. 94,9 % des männlichen Personals (46,6 % des Personals insgesamt im nicht sanitären Bereich) verfügt über einen Vollzeitvertrag.

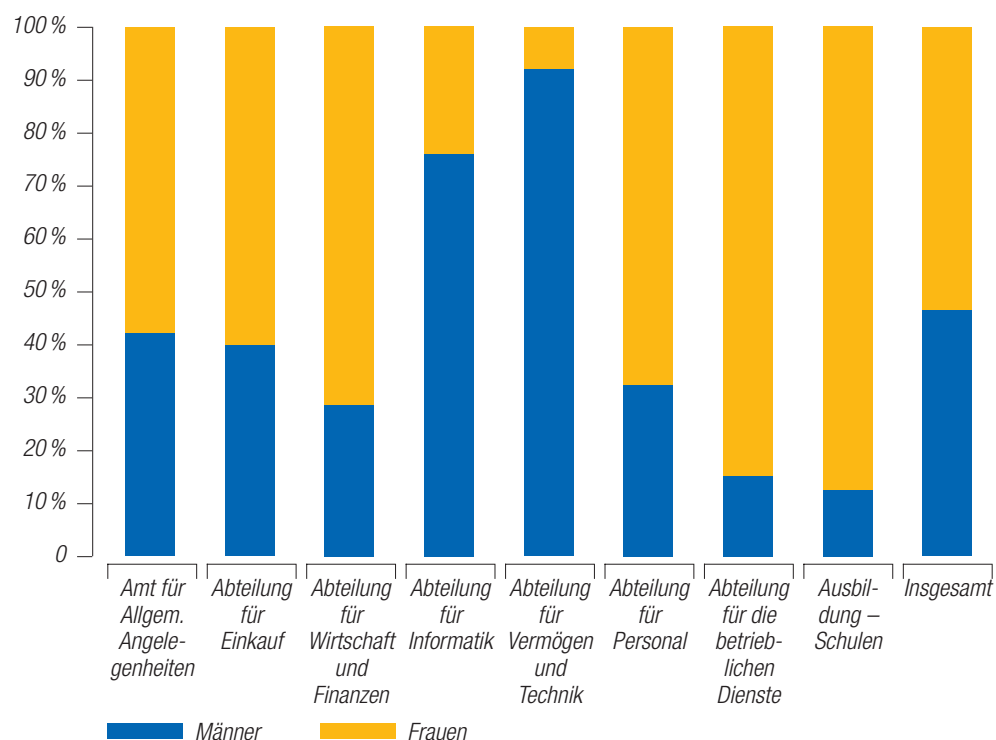
Tabelle 9: Personal des nicht sanitären Bereichs insgesamt, nach Berufsbild nach Geschlecht – Jahr 2007

Verantwortungs- zentrum	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Amt für Allgem. Angelegenheiten	–	4	4,50	4	4	6,15	4	8	10,65
Abteilung für Einkauf	19	261	274,98	263	249	412,76	282	510	687,74
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	3	17	21,72	25	40	54,28	28	57	76,00
Abteilung für Informatik	–	49	49,75	10	10	15,67	10	59	65,42
Abteilung für Vermögen und Technik	8	191	199,21	13	8	17,03	21	199	216,24
Abteilung für Personal	–	35	35,38	39	49	73,87	39	84	109,25
Abteilung für die betrieblichen Dienste	1	17	17,88	59	60	100,29	60	77	118,17
Ausbildung – Schulen	–	2	2,02	2	14	14,16	2	16	16,18
Insgesamt	31	576	605,44	415	434	694,21	446	1.010	1.299,65

Quelle: SIPS-Daten

Unter Berücksichtigung der einzelnen Verantwortungsbereiche ist festzustellen, dass 52,9% der Mitarbeiter des nicht sanitären Bereichs in den Abteilungen Wirtschaft und Finanzen beschäftigt sind. Es folgen die Abteilungen Vermögen und Technik sowie betriebliche Dienste mit jeweils 16,5% bzw. 9,1% am Gesamtpersonal in diesem Bereich. Zu beobachten ist zudem, dass, außer in den Abteilungen Vermögen und Technik sowie Informatik, der Anteil an Frauen überwiegt.

Abbildung 8: Durchschn. äquiv. Personal im nicht sanitären Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Bereich und nach Geschlecht – Jahr 2007



Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 10: Personal des nicht-sanitären Bereichs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Inspektoren	41	41,04	21	21,34	62	62,38
Verwaltungsassistent/Mitarbeiter	64	64,78	302	249,07	366	313,85
Techniker	271	270,33	55	49,22	326	319,55
Hilfsfachkräfte	174	169,23	413	325,49	587	494,72
Sonst. technisches Personal	43	44,71	9	7,25	52	51,96
Gesundheitspersonal	8	9,35	49	41,84	57	51,19
Fachpersonal	6	6,00	–	–	6	6,00
Insgesamt	607	605,44	849	694,21	1.456	1.299,65

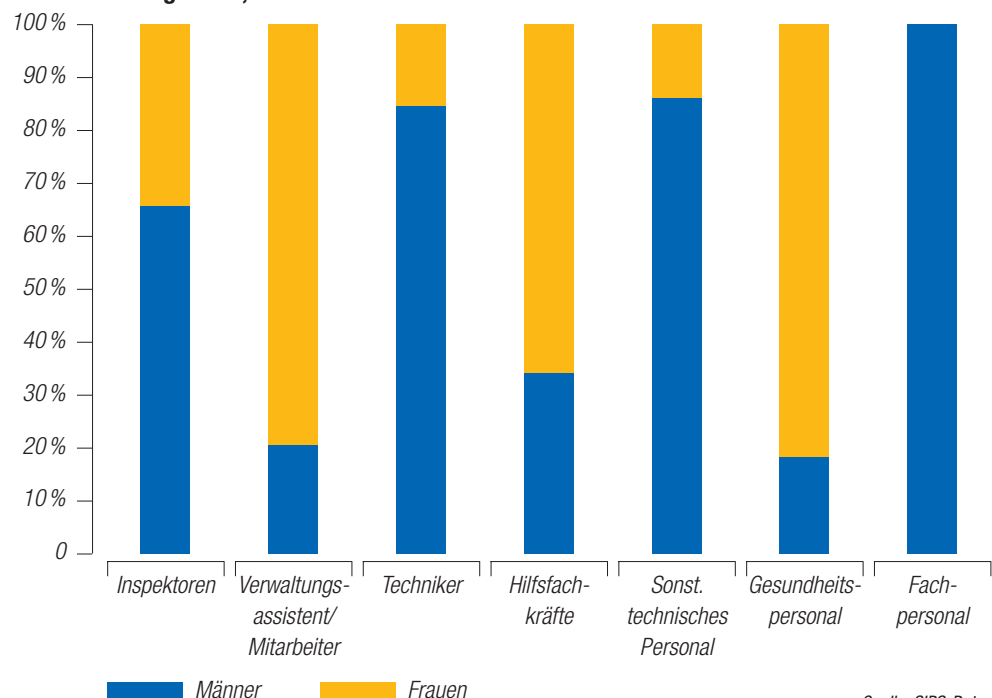
Quelle: SIPS-Daten

Das vorherrschende Berufsbild ist in äquivalenter Hinsicht jenes der Hilfsfachkraft mit insgesamt 494,72 äquivalenten Mitarbeitern, entsprechend 38,1 % des gesamten im nicht sanitären Bereich des Sanitätsbetriebs beschäftigten Personals.

Es folgen die Berufsbilder Techniker und Verwaltungsassistent/Verwaltungsmitarbeiter mit jeweils 24,6 % bzw. 24,1 % aller in diesem Bereich beschäftigten Mitarbeiter.

Höher ist der Anteil an Männern bei den Berufsbildern des Fachpersonals (100,0 %), des Inspektors (65,8 %), des Technikers (84,6 %) und des anderen technischen Personals (86,0 %). Das Gesundheits- und Verwaltungspersonal besteht zum größten Teil aus Frauen.

Abbildung 9: Durchschn. äquiv. Personal im nicht sanitären Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007



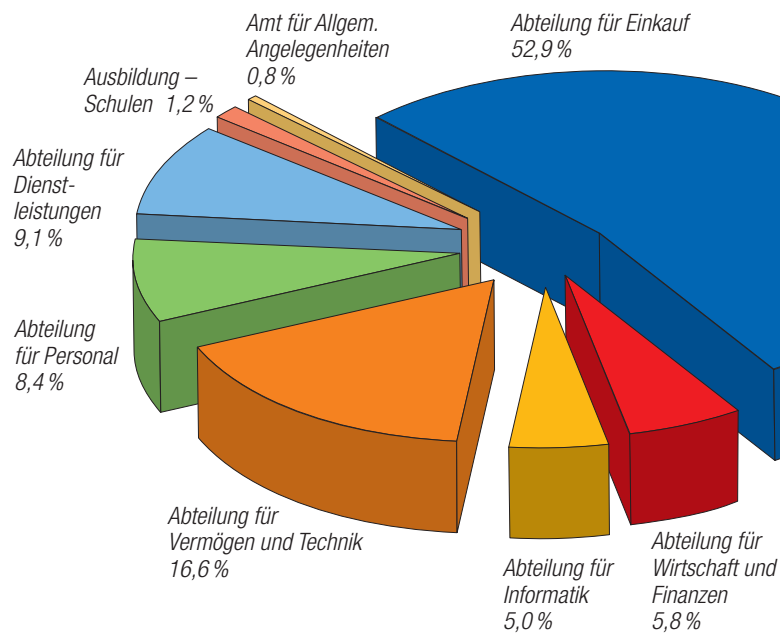
Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 11: Personal des nicht sanitären Bereichs insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007

Bereich		Inspek- toren	Verw.- Ass./ Mit- arbeiter	Tech- niker	Hilfs- fach- kräfte	Sonst. Techn. Personal	Ge- sundh.- Personal	Fach- personal	Ins- gesamt
Amt für Allgem. Angelegenheiten	N	5	7	–	–	–	–	–	12
	ÄQ	5,00	5,15	–	0,50	–	–	–	10,65
Abteilung für Einkauf	N	14	68	158	551	1	–	–	792
	ÄQ	14,60	59,42	152,88	459,84	1,00	–	–	687,74
Abteilung für Wirt- schaft und Finanzen	N	6	52	–	–	–	27	–	85
	ÄQ	6,73	42,10	–	–	–	27,17	–	76,00
Abteilung für Informatik	N	3	10	13	–	42	–	1	69
	ÄQ	3,00	7,50	12,92	–	41,00	–	1	65,42
Abteilung für Ver- mögen und Technik	N	5	18	151	32	9	–	5	220
	ÄQ	5,00	14,53	150,21	31,54	9,96	–	5	216,24
Abteilung für Personal	N	19	102	–	2	–	–	–	123
	ÄQ	18,17	89,58	–	1,50	–	–	–	109,25
Abteilung für Dienst- leistungen	N	10	109	4	2	–	12	–	137
	ÄQ	9,88	95,57	3,54	1,34	–	7,84	–	118,17
Ausbildung – Schulen	N	–	–	–	–	–	18	–	18
	ÄQ	–	–	–	–	–	16,18	–	16,18
Insgesamt	N	62	366	326	587	52	57	6	1.456
	ÄQ	62,38	313,85	319,55	494,72	51,96	51,19	6,00	1.299,65

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 10: Durchschn. äquiv. Personal im nicht sanitären Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Abteilung – Jahr 2007



Quelle: SIPS-Daten

1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs

Im Krankenhausbereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Inspektoren), Fachpersonal (Ingenieure), sonstiges Gesundheitspersonal (Biologen, Chemiker, Apotheker, Physiker, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), Krankenpflegepersonal (Krankenpflegepersonal), Ärzte (Ärzte und Zahnärzte), technisches Personal (technische Assistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker).

1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst

Im Krankenhausbereich sind 60,7% der äquivalenten Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs beschäftigt. In äquivalenter Hinsicht entspricht dies 4.830,16 Arbeitskräften. 2.981,73 äquivalente Mitarbeiter (61,7%) sind in den Krankenhausabteilungen der Landeskrankenanstalten beschäftigt, die restlichen 1.848,34 bei den Diensten der Krankenhauseinrichtungen.

Tabelle 12: Im Krankenhausbereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Geschlecht – Jahr 2007

Bereich	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
KH-Abteilungen insgesamt	6	666	675,84	1.001	1.690	2.305,89	1.007	2.356	2.981,73
KH-Dienste insgesamt	15	519	534,72	683	911	1.313,71	698	1.430	1.848,43
Insgesamt	21	1.185	1.210,56	1.684	2.601	3.619,60	1.705	3.786	4.830,16

Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 13: Im Krankenhausbereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Krankenhaus – Jahr 2007

Bereich	Bozen	Meran	Schlans	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal								
KH-Abteilungen insgesamt	327	186	34	174	52	185	49	1.007
KH-Dienste insgesamt	276	131	48	85	3	135	20	698
Insgesamt	603	317	82	259	55	320	69	1.705
Vollzeitbeschäftigtes Personal								
KH-Abteilungen insgesamt	1.007	464	74	319	80	319	93	2.356
KH-Dienste insgesamt	650	295	38	184	27	193	43	1.430
Insgesamt	1.657	759	112	503	107	512	136	3.786
Äquivalentes Personal								
KH-Abteilungen insgesamt	1.216,32	585,42	95,70	428,71	111,01	420,04	124,53	2.981,73
KH-Dienste insgesamt	831,40	371,72	66,33	234,44	28,68	263,89	51,97	1.848,43
Insgesamt	2.047,72	957,14	162,03	663,15	139,69	683,93	176,50	4.830,16

Quelle: SIPS-Daten

42,4% des Personals insgesamt des Krankenhausbereichs arbeiten im Krankenhaus Bozen, 2,9% beim Krankenhaus Sterzing.

Die Aufteilung des Personals des Krankenhausbereichs nach Geschlecht zeigt einen vorwiegend weiblichen Anteil sowohl in den Krankenhausabteilungen als auch in den Krankenhausdiensten (jeweils 77,3% bzw. 71,1%).

31,1% der Mitarbeiter im Krankenhausbereich des Betriebs sind teilzeitbeschäftigt (+ 0,6% im Vergleich zum Jahr 2006), mit ausgeprägten Unterschieden zwischen Frauen und Männern (39,3% gegenüber 1,7%).

Personal der Krankenhausabteilungen

Wie bereits hervorging, arbeiten vorwiegend Frauen in den Abteilungen der Südtiroler Krankenhauseinrichtungen (77,3 %). Von diesem Anteil (2.691 Arbeitskräfte entsprechend 2.305,89 äquivalente Mitarbeiter) sind 37,2 % teilzeitbeschäftigt. Das männliche Personal (672 Arbeitskräfte entsprechend 675,84 äquivalenten Mitarbeitern) ist fast ausschließlich vollzeitbeschäftigt (99,1 %).

15,8 % des gesamten Personals arbeiten in den Abteilungen Medizin der Landeskrankenhäuser, 11,4 % in den Abteilungen Anästhesie und Reanimation, gefolgt von 9,8 % in den Abteilungen Chirurgie, 9,2 % in den Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe, 8,4 % in den Abteilungen Pädiatrie und 8,0 % in den Abteilungen Orthopädie und Traumatologie. Diese sechs Krankenhausabteilungen decken insgesamt zirka 63 % des gesamten Personals in den Abteilungen des Krankenhausbereichs des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

Tabelle 14: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt nach Geschlecht – Jahr 2007

Abteilung	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Anästhesie und Reanimation	2	108	109,65	50	197	230,47	52	305	340,12
Kardiologie	–	26	26,00	18	39	50,76	18	65	76,76
Chirurgie 1	1	59	60,66	93	149	205,37	94	208	266,03
Chirurgie 2	–	13	11,34	4	12	14,68	4	25	26,02
Kinderchirurgie	–	4	4,00	2	13	14,08	2	17	18,08
Gefäßchirurgie	–	8	7,84	16	15	24,40	16	23	32,24
Dermatologie	–	8	8,00	37	29	52,44	37	37	60,44
Hämatologie	–	15	13,84	23	33	49,16	23	48	63,00
Gastroenterologie	–	16	15,10	7	25	30,40	7	41	45,50
Geriatrie	–	18	17,50	38	61	85,26	38	79	102,76
Langzeitpflege	–	–	–	3	11	12,27	3	11	12,27
Infektionskrankheiten	–	12	11,64	4	12	13,60	4	24	25,24
Medizin 1	–	73	76,09	138	243	330,67	138	316	406,76
Medizin 2	1	18	19,28	24	32	46,02	25	50	65,30
Nephrologie – Hämodialyse	–	13	13,30	32	40	62,32	32	53	75,62
Neurochirurgie	–	7	6,35	3	15	17,29	3	22	23,64
Neurologie	1	11	12,08	10	22	28,08	11	33	40,16
Säuglingskrippe	–	–	–	44	33	62,66	44	33	62,66
Augenheilkunde	1	15	16,69	20	34	41,14	21	49	57,83
Zahnheilkunde-Stomatologie	–	6	6,00	4	13	15,41	4	19	21,41
Medizin. Onkologie	–	1	1,00	12	20	27,40	12	21	28,40
Orthopädie und Traumatologie	–	69	71,37	82	122	168,43	82	191	239,80
Geburtshilfe und Gynäkologie	–	30	30,67	117	176	243,77	117	206	274,44
HNO	–	17	16,83	29	50	67,92	29	67	84,75
Pädiatrie	–	24	21,96	104	167	229,12	104	191	251,08
Pneumologie	–	14	14,50	8	20	25,44	8	34	39,94
Psychiatrie	–	53	54,86	40	68	93,42	40	121	148,28
Urologie	–	28	29,29	39	39	63,91	39	67	93,20
Insgesamt	6	666	675,84	1.001	1.690	2.305,89	1.007	2.356	2.981,73

Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 15: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt, nach
Krankenhaus – Jahr 2007

Abteilung		Bozen	Meran	Schlan- ders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen	Ins- gesamt
Anästhesie und Reanimation	TZ	14	9	3	13	3	9	1	52
	VZ	116	66	17	51	10	39	6	305
	ÄQ	127,40	73,49	19,64	58,56	11,19	43,35	6,49	340,12
Kardiologie	TZ	18	–	–	–	–	–	–	18
	VZ	58	7	–	–	–	–	–	65
	ÄQ	69,46	7,3	–	–	–	–	–	76,76
Chirurgie 1	TZ	6	15	11	15	10	27	10	94
	VZ	32	37	24	24	24	42	25	208
	ÄQ	35,79	47	31,26	33,72	30,14	54,74	33,38	266,03
Chirurgie 2	TZ	4	–	–	–	–	–	–	4
	VZ	25	–	–	–	–	–	–	25
	ÄQ	26,02	–	–	–	–	–	–	26,02
Kinder- chirurgie	TZ	2	–	–	–	–	–	–	2
	VZ	17	–	–	–	–	–	–	17
	ÄQ	18,08	–	–	–	–	–	–	18,08
Gefäß- chirurgie	TZ	16	–	–	–	–	–	–	16
	VZ	20	–	–	3	–	–	–	23
	ÄQ	29,24	–	–	3	–	–	–	32,24
Dermatologie	TZ	22	10	–	–	–	5	–	37
	VZ	23	9	–	–	–	5	–	37
	ÄQ	37,52	15,75	–	–	–	7,17	–	60,44
Hämatologie	TZ	23	–	–	–	–	–	–	23
	VZ	48	–	–	–	–	–	–	48
	ÄQ	63	–	–	–	–	–	–	63
Gastro- enterologie	TZ	7	–	–	–	–	–	–	7
	VZ	41	–	–	–	–	–	–	41
	ÄQ	45,50	–	–	–	–	–	–	45,50
Geriatrie	TZ	28	10	–	–	–	–	–	38
	VZ	46	33	–	–	–	–	–	79
	ÄQ	62,51	40,25	–	–	–	–	–	102,76
Langzeitpflege	TZ	–	3	–	–	–	–	–	3
	VZ	–	11	–	–	–	–	–	11
	ÄQ	–	12,27	–	–	–	–	–	12,27
Infektions- krankheiten	TZ	4	–	–	–	–	–	–	4
	VZ	24	–	–	–	–	–	–	24
	ÄQ	25,24	–	–	–	–	–	–	25,24
Medizin 1	TZ	10	37	13	17	15	28	18	138
	VZ	50	79	23	47	23	70	24	316
	ÄQ	56,22	103,38	30,97	57,67	32,99	89,17	36,36	406,76
Medizin 2	TZ	13	–	–	12	–	–	–	25
	VZ	33	–	–	17	–	–	–	50
	ÄQ	40,10	–	–	25,20	–	–	–	65,30
Nephrologie/ Hämodialyse	TZ	14	4	5	2	–	7	–	32
	VZ	29	7	2	10	–	5	–	53
	ÄQ	38,34	9,81	5,33	11,16	–	10,98	–	75,62
Neurochirurgie	TZ	3	–	–	–	–	–	–	3
	VZ	22	–	–	–	–	–	–	22
	ÄQ	23,64	–	–	–	–	–	–	23,64
Neurologie	TZ	7	1	–	–	–	3	–	11
	VZ	23	6	–	–	–	4	–	33
	ÄQ	27,87	6,79	–	–	–	5,50	–	40,16
Säuglings- krippe	TZ	13	9	–	9	6	7	–	44
	VZ	9	14	–	4	2	4	–	33
	ÄQ	20,36	17,62	–	11,57	5,50	7,61	–	62,66

Abteilung		Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen	Insgesamt
Augenheilkunde	TZ	12	–	–	–	–	9	–	21
	VZ	22	7	–	–	–	20	–	49
	ÄQ	27,97	6,08	–	–	–	23,78	–	57,83
Zahnheilkunde/ Stomatologie	TZ	3	–	–	–	–	1	–	4
	VZ	16	–	–	–	–	3	–	19
	ÄQ	17,58	–	–	–	–	3,83	–	21,41
Mediz. Onkologie	TZ	3	9	–	–	–	–	–	12
	VZ	15	6	–	–	–	–	–	21
	ÄQ	17,44	10,96	–	–	–	–	–	28,40
Orthopädie und Traumatologie	TZ	5	10	–	30	–	37	–	82
	VZ	45	58	–	45	–	43	–	191
	ÄQ	48,17	64,03	–	64,54	–	63,06	–	239,80
Geburtshilfe/ Gynäkologie	TZ	18	12	–	32	16	26	13	117
	VZ	61	35	5	29	14	35	27	206
	ÄQ	74,81	42,94	4,50	47,89	22,01	47,28	35,01	274,44
HNO	TZ	15	8	–	6	–	–	–	29
	VZ	29	17	–	21	–	–	–	67
	ÄQ	38,73	23,25	–	22,77	–	–	–	84,75
Pädiatrie	TZ	40	29	2	15	2	9	7	104
	VZ	105	25	3	17	7	23	11	191
	ÄQ	128,04	44,12	4	25,35	9,18	27,1	13,29	251,08
Pneumologie	TZ	8	–	–	–	–	–	–	8
	VZ	34	–	–	–	–	–	–	34
	ÄQ	39,94	–	–	–	–	–	–	39,94
Psychiatrie	TZ	4	5	–	14	–	17	–	40
	VZ	42	15	–	38	–	26	–	121
	ÄQ	45,53	19,21	–	47,07	–	36,47	–	148,28
Urologie	TZ	15	15	–	9	–	–	–	39
	VZ	22	32	–	13	–	–	–	67
	ÄQ	31,82	41,17	–	20,21	–	–	–	93,20
Insgesamt	TZ	327	186	34	174	52	185	49	1.007
	VZ	1.007	464	74	319	80	319	93	2.356
	ÄQ	1.216,32	585,42	95,7	428,71	111,01	420,04	124,53	2.981,73

Quelle: SIPS-Daten

Das in den Krankenhausabteilungen des Sanitätsbetriebes Gesundheitsbezirke vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 51,9% am Personalbestand (1.547,96 äquivalente Mitarbeiter). Die Ärzte machen 23,9% aus, die restlichen 24,2% bestehen aus Verwaltungspersonal, technischem und sonstigem Gesundheitspersonal.

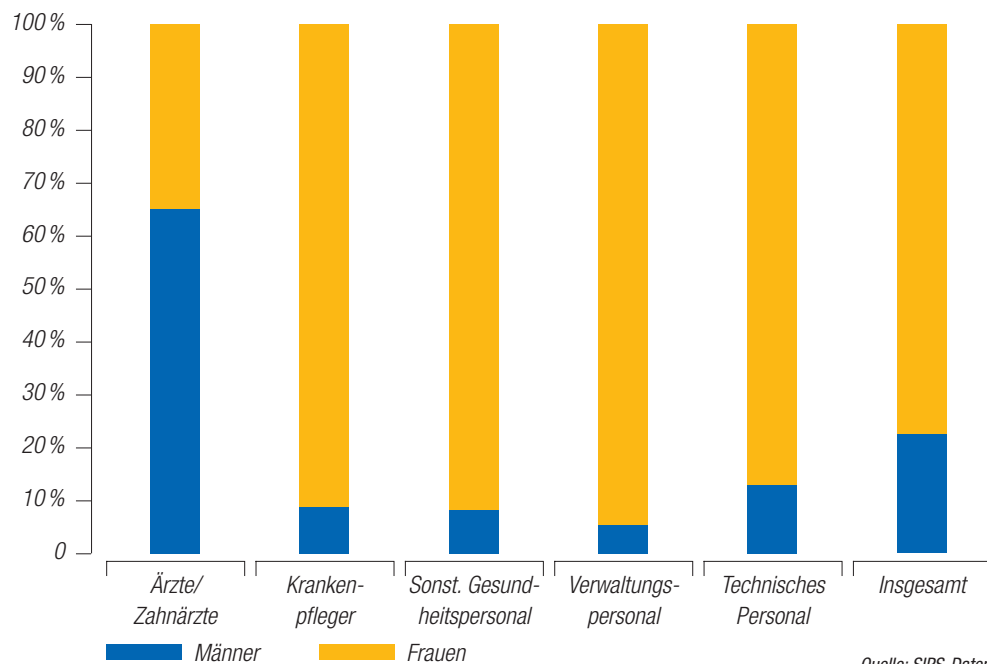
Tabelle 16: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Ärzte/Zahnärzte	458	465,26	265	248,84	723	714,10
Krankenpfleger	138	137,14	1.637	1.410,82	1.775	1.547,96
Sonst. Gesundheitspersonal	14	14,00	180	156,68	194	170,68
Verwaltungspersonal	10	8,72	193	148,50	203	157,22
Technisches Personal	52	50,72	416	341,05	468	391,77
Insgesamt	672	675,84	2.691	2.305,89	3.363	2.981,73

Quelle: SIPS-Daten

Wie bereits zuvor festgestellt wurde, zeigt die Aufteilung des Personals nach Geschlecht, dass lediglich in Bezug auf das Berufsbild des Chirurgen der männliche Anteil vorherrscht (65,2%). Bei den anderen Berufsbildern dominiert überall der weibliche Anteil mit Werten über 85 % des äquivalenten Personals.

Abbildung 11: **Durchschn. äquiv. Personal in den Krankenhausabteilungen des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Die Abteilung mit den meisten Ärzten ist die Abteilung Medizin (114,87 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 16,1 % des gesamten ärztlichen Personals in den Krankenhausabteilungen), gefolgt von den Abteilungen für Anästhesie und Reanimation (96,69 äquivalente Mitarbeiter, 13,5 %) und Chirurgie (77,44 äquivalente Mitarbeiter, 10,6 %).

Die Abteilungen für Medizin verzeichnen auch die größte Anzahl an Pflegepersonal mit insgesamt 243,95 äquivalenten Mitarbeitern (15,8 % des gesamten Pflegepersonals) sowie den vorherrschenden Anteil an Verwaltungs- und technischem Personal (26,70 bzw. 86,54 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 17: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007

Abteilung	Ärzte/ Zahnärzte		Krankenpfleger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwaltungs- personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Anästhesie und Reanimation	98	96,69	229	219,11	–	–	8	7,47	22	16,85	357	340,12
Kardiologie	26	25,04	43	40,40	–	–	10	7,03	4	4,29	83	76,76
Chirurgie 1	63	64,54	164	144,44	–	–	13	10,12	62	46,93	302	266,03
Chirurgie 2	11	10,09	15	12,29	–	–	1	1,77	2	1,87	29	26,02
Kinderchirurgie	5	5,00	10	9,58	–	–	2	1,50	2	2,00	19	18,08
Gefäßchirurgie	11	10,07	16	12,87	–	–	7	5,05	5	4,25	39	32,24
Dermatologie	21	20,06	38	28,99	–	–	13	9,21	2	2,18	74	60,44
Hämatologie	12	12,41	33	28,55	12	11,29	5	3,98	9	6,77	71	63,00
Gastro- enterologie	13	13,00	26	24,50	–	–	4	3,75	5	4,25	48	45,50
Geriatrie	26	24,55	57	49,46	–	–	8	6,53	26	22,22	117	102,76
Langzeitpflege	–	–	9	7,29	–	–	–	–	5	4,98	14	12,27
Infektionskrank- heiten	6	6,00	17	16,38	–	–	2	0,94	3	1,92	28	25,24
Medizin 1	92	93,00	243	215,03	–	–	30	23,95	89	74,78	454	406,76
Medizin 2	21	21,87	38	28,92	–	–	3	2,75	13	11,76	75	65,30
Nephrologie – Hämodialyse	8	8,00	64	56,70	–	–	3	2,25	10	8,67	85	75,62
Neurochirurgie	6	5,35	15	13,69	–	–	2	1,60	2	3,00	25	23,64
Neurologie	20	20,50	15	13,53	–	–	6	3,63	3	2,50	44	40,16
Säuglingskrippe	–	–	73	56,51	3	2,50	–	–	1	3,65	77	62,66
Augenheilkunde	27	25,68	19	15,30	10	7,66	8	5,15	6	4,04	70	57,83
Zahnheilkunde- Stomatologie	5	5,00	5	4,58	1	1	2	1,71	10	9,12	23	21,41
Medizin. Onkologie	5	5,00	21	17,19	2	1,54	4	3,22	1	1,45	33	28,40
Orthopädie und Traumatologie	60	60,61	143	122,10	–	–	19	14,22	51	42,87	273	239,80
Geburtshilfe u. Gynäkologie	58	55,52	114	94,04	97	86,88	13	10,00	41	28,00	323	274,44
HNO	19	18,83	51	41,73	13	12,20	7	6,58	6	5,41	96	84,75
Pädiatrie	53	48,91	169	143,13	40	34,18	15	10,95	18	13,91	295	251,08
Pneumologie	13	12,75	20	18,69	–	–	5	4,50	4	4,00	42	39,94
Psychiatrie	25	25,67	65	59,71	13	10,63	5	3,86	53	48,41	161	148,28
Urologie	19	19,96	63	53,25	3	2,80	8	5,50	13	11,69	106	93,20
Insgesamt	723	714,10	1.775	1.547,96	194	170,68	203	157,22	468	391,77	3.363	2.981,73

Quelle: SIPS-Daten

Personal der Krankenhausdienste

Vom gesamten äquivalenten Personal, das im Bereich der Dienste für den Krankenhausbereich arbeitet, bestehen 71,1 % (entsprechend 1.313,71 äquivalenten Mitarbeitern) aus weiblichen Arbeitskräften, davon sind 42,8 % teilzeitbeschäftigt. Wie in den Krankenhausabteilungen ist das männliche Personal auch im Bereich der Dienstleistungen fast ausschließlich vollzeitbeschäftigt (97,2 %).

Aus der Analyse nach einzelnen Beschäftigungsdiensten des Personals geht hervor, dass 23,6 % aller äquivalenten Mitarbeiter in den Diensten für die physische Rehabilitation der Landeskrankenhäuser beschäftigt sind (einschließlich der Dienste für Logopädie und für physische Rehabilitation des Gesundheitsbezirkes Bozen). 12,4 % der Mitarbeiter sind in den Röntgendiensten beschäftigt, 11,6 % in den Analyselabors, 11,5 % arbeiten in den Operationssälen und 11,4 % in den Poliambulanzen. Während 10,2 % des äquivalenten

Personals in den Erste-Hilfe-Diensten und Beobachtungsstationen der Krankenhäuser beschäftigt sind. Diese 6 Beschäftigungsbereiche umfassen 80,7% des in den Krankenhäusern beschäftigten Personals.

Tabelle 18: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt, nach Geschlecht – Jahr 2007

Dienst	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Psychologische Versorgung im KH	–	–	–	1	–	0,50	1	–	0,50
Genetische Beratung	–	3	3,00	1	3	4,47	1	6	7,47
Funktionsdiagnostik	–	2	2,00	14	10	18,38	14	12	20,38
Operationssäle	–	73	71,49	68	92	141,46	68	165	212,95
Histologie und Pathologische Anatomie	–	21	21,00	11	29	36,27	11	50	57,27
Analyselabor	1	61	62,44	75	108	151,34	76	169	213,78
Nuklearmedizin	–	11	11,15	2	6	7,52	2	17	18,67
Poliambulanzen	1	19	18,43	140	110	192,79	141	129	211,22
Erste Hilfe-Beobachtungsstation	1	73	76,13	61	82	111,58	62	155	187,71
Röntgendienst	8	112	118,72	49	81	109,65	57	193	228,37
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	–	9	8,91	2	5	7,17	2	14	16,08
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	2	16	18,32	14	31	42,30	16	47	60,62
Dienst für Medizintechnik	–	25	25,00	1	4	4,75	1	29	29,75
Dienst für Strahlentherapie	–	3	2,59	2	6	8,89	2	9	11,48
Dienst für Physische Rehabilitation	1	57	58,06	146	219	293,87	147	276	351,93
Dienst für Physische Rehabilitation – Logopädie	–	–	–	15	16	24,03	15	16	24,03
Dienst für Physische Rehabilitation – Fagostr.	–	7	8,20	38	30	51,47	38	37	59,67
Diabetologischer Dienst	–	–	–	12	8	16,75	12	8	16,75
Dienst für Diät und Ernährung	–	6	6,00	17	44	53,44	17	50	59,44
Pharmazeutischer Dienst	1	21	23,28	14	27	37,08	15	48	60,36
Insgesamt	15	519	534,72	683	911	1.313,71	698	1.430	1.848,43

Quelle: SIPs-Daten

Tabelle 19: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt, nach Krankenhaus – Jahr 2007

Dienst		Bozen	Meran	Schlans	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen	Insgesamt
Psychologische Versorgung im KH	TZ	–	–	–	1	–	–	–	1
	VZ	–	–	–	–	–	–	–	–
	ÄQ	–	–	–	0,50	–	–	–	0,50
Genetische Beratung	TZ	1	–	–	–	–	–	–	1
	VZ	6	–	–	–	–	–	–	6
	ÄQ	7,47	–	–	–	–	–	–	7,47
Funktionsdiagnostik	TZ	–	14	–	–	–	–	–	14
	VZ	–	12	–	–	–	–	–	12
	ÄQ	–	20,38	–	–	–	–	–	20,38
Operations-säle	TZ	21	12	9	10	2	11	3	68
	VZ	52	28	13	28	9	25	10	165
	ÄQ	68,26	36,97	18,10	37,12	10,96	30,45	11,09	212,95
Histologie und Pathologische Anatomie	TZ	11	–	–	–	–	–	–	11
	VZ	50	–	–	–	–	–	–	50
	ÄQ	57,27	–	–	–	–	–	–	57,27

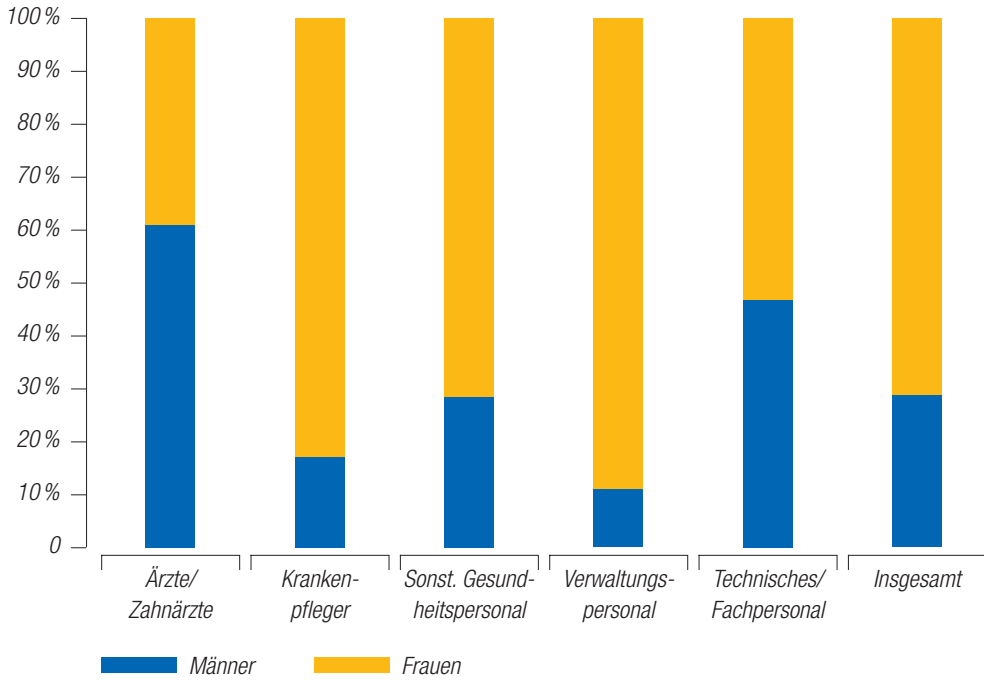
Dienst		Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen	Ins-gesamt
Analyselabor	TZ	32	13	2	13	–	14	2	76
	VZ	83	24	9	21	6	22	4	169
	ÄQ	104,62	31,69	9,87	27,87	6	28,57	5,16	213,78
Nuklear-medizin	TZ	2	–	–	–	–	–	–	2
	VZ	17	–	–	–	–	–	–	17
	ÄQ	17,61	1,06	–	–	–	–	–	18,67
Poli-ambulanzen	TZ	35	26	–	12	–	54	14	141
	VZ	39	33	–	10	1	33	13	129
	ÄQ	60,87	47,68	–	15,95	0,33	64,77	21,62	211,22
Erste-Hilfe-Beobach-tungsstelle	TZ	22	1	32	1	1	4	1	62
	VZ	74	26	10	13	5	16	11	155
	ÄQ	85,51	26,94	28,61	13,75	5,75	18,05	9,10	187,71
Röntgendienst	TZ	31	5	5	6	–	10	–	57
	VZ	78	45	6	29	6	24	5	193
	ÄQ	97,72	49,12	9,75	32,23	5,64	28,91	5	228,37
Dienst für medizinische Strahlenphysik	TZ	2	–	–	–	–	–	–	2
	VZ	14	–	–	–	–	–	–	14
	ÄQ	16,08	–	–	–	–	–	–	16,08
Dienst für Immunohäma-tologie und Bluttransfusion	TZ	15	–	–	1	–	–	–	16
	VZ	31	16	–	–	–	–	–	47
	ÄQ	43,79	16,33	–	0,50	–	–	–	60,62
Dienst für Medizintechnik	TZ	–	1	–	–	–	–	–	1
	VZ	29	–	–	–	–	–	–	29
	ÄQ	29	0,75	–	–	–	–	–	29,75
Dienst für Strahlen-therapie	TZ	2	–	–	–	–	–	–	2
	VZ	9	–	–	–	–	–	–	9
	ÄQ	11,48	–	–	–	–	–	–	11,48
Dienst für physische Rehabilitation	TZ	23	54	–	35	–	35	–	147
	VZ	53	94	–	74	–	55	–	276
	ÄQ	65,47	121,86	–	93,61	–	70,99	–	351,93
Dienst für physische Rehabilitation – Logopädie	TZ	15	–	–	–	–	–	–	15
	VZ	16	–	–	–	–	–	–	16
	ÄQ	24,03	–	–	–	–	–	–	24,03
Dienst für physische Rehabilitation – Fagostr.	TZ	38	–	–	–	–	–	–	38
	VZ	37	–	–	–	–	–	–	37
	ÄQ	59,67	–	–	–	–	–	–	59,67
Diabetologi-scher Dienst	TZ	10	–	–	2	–	–	–	12
	VZ	7	–	–	1	–	–	–	8
	ÄQ	14,50	–	–	2,25	–	–	–	16,75
Dienst für Diät und Ernährung	TZ	8	2	–	4	–	3	–	17
	VZ	25	10	–	3	–	12	–	50
	ÄQ	30,39	9,77	–	5,80	–	13,48	–	59,44
Pharma-zeutischer Dienst	TZ	8	3	–	–	–	4	–	15
	VZ	30	7	–	5	–	6	–	48
	ÄQ	37,66	9,17	–	4,86	–	8,67	–	60,36
Insgesamt	TZ	276	131	48	85	3	135	20	698
	VZ	650	295	38	184	27	193	43	1.430
	ÄQ	831,40	371,72	66,33	234,44	28,68	263,89	51,97	1.848,43

Quelle: SIPS-Daten

Die Gruppe an Berufsbildern, die in den Diensten des Krankenhausbereichs des Sanitätsbetriebs am häufigsten vertreten sind, ist die Kategorie „Sonstiges Gesundheitspersonal“, das das Personal mit Aufgaben in den Bereichen Rehabilitation, im technisch-sanitären Bereich sowie nicht ärztliches Personal mit Hochschulabschluss umfasst. In äquivalenter Hinsicht sind das 42,1 % des gesamten beschäftigten Personals (779,08 äquivalente Ar-

beitskräfte). Das weibliche Pflegepersonal deckt einen Anteil von 27,6 %, das technische Fachpersonal 13,8 %. Die restlichen 16,5 % bestehen aus Verwaltungspersonal und ärztlichem Personal (jeweils 8,5 % bzw. 7,9 %).

Abbildung 12: **Durchschn. äquiv. Personal in den Diensten des Krankenhausbereichs des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: SIPS-Daten

Unterscheidet man die bei den Krankenhausdiensten beschäftigten Mitarbeiter nach Geschlecht und Berufsbild ergibt sich, dass – ebenso wie im Bereich der Krankenhausabteilungen – nur bei den Ärzten der männliche Anteil überwiegt (60,9 %). Die Zusammensetzung des Personals nach Geschlecht ist ziemlich ausgewogen, was das Berufsprofil des technischen und Fachpersonals anbelangt (46,8 % Männer, 53,2 % Frauen). Bei den restlichen Berufsbildern überwiegt mit Werten von über 70 % der weibliche Anteil.

Tabelle 20: **In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Ärzte/Zahnärzte	90	88,94	59	57,00	149	145,94
Krankenpfleger	87	87,38	530	422,92	617	510,30
Sonst. Gesundheitspersonal	220	221,28	664	557,80	884	779,08
Verwaltungspersonal	17	17,64	168	140,35	185	157,99
Technisches/Fachpersonal	120	119,48	173	135,64	293	255,12
Insgesamt	534	534,72	1.594	1.313,71	2.128	1.848,43

Quelle: SIPS-Daten

Die Dienste mit dem größten Anteil an ärztlichem Personal sind die Radiologie (38,08 äquivalente Arbeitskräfte, entsprechend 26,1 % des gesamten medizinischen Personals in

den Krankenhausdiensten), gefolgt von den Diensten für die physische Rehabilitation (33,20 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 22,7 %).

Die Dienste Erste Hilfe/Beobachtungsstation verzeichnen den größten Anteil an Pflegepersonal (135,60 äquivalente Arbeitskräfte, 26,6 %).

Der Anteil an Arbeitskräften der Kategorie „Sonstiges Gesundheitspersonal“ herrscht in den Abteilungen für physische Rehabilitation (insgesamt 303,25 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 39,9 % des gesamten sonstigen Gesundheitspersonals) vor.

Die Zusammensetzung des Personals in den Abteilungen für Rehabilitation ist detailliert in der Tabelle 22 beschrieben.

Das Verwaltungspersonal arbeitet zum größten Teil bei den Poliambulanzen (29,27 äquiv. Mitarbeiter, entsprechend 18,5 % des gesamten Verwaltungspersonals), während bei den Arbeitskräften in den Operationssälen der größte Anteil an technischem und Fachpersonal zu beobachten ist (85,56, 33,5 %).

Tabelle 21: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Krankenpfle- ger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwaltungs- personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Psychologische Versorgung im KH	–	–	–	–	1	0,50	–	–	–	–	1	0,50
Genetische Beratung	2	2	–	0,97	4	3,50	1	1	–	–	7	7,47
Funktionsdiagnostik	–	–	22	16,92	–	–	4	3,46	–	–	26	20,38
Operationssäle	–	–	136	125,39	–	–	3	2	94	85,56	233	212,95
Histologie und Pathologische Anatomie	12	12	–	–	27	25,60	11	9,17	11	10,5	61	57,27
Analyselabor	21	19,50	21	11,88	160	145,21	22	18,33	21	18,86	245	213,78
Nuklearmedizin	4	4,25	–	–	12	11,15	2	2,27	1	1	19	18,67
Poliambulanzen	4	3,25	163	121,23	35	33,80	35	29,27	33	23,67	270	211,22
Erste Hilfe-Beobachtungsstation	17	17,04	158	135,60	1	0,50	21	18,44	20	16,13	217	187,71
Röntgendienst	39	38,08	8	6,57	160	145,55	25	22	18	16,17	250	228,37
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	–	–	–	–	12	12,58	2	2	2	1,5	16	16,08
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	10	9,50	16	15,35	27	25,68	6	5,50	4	4,59	63	60,62
Dienst für Medizintechnik	–	–	–	–	–	–	5	4,75	25	25	30	29,75
Dienst für Strahlentherapie	2	3,23	4	3,25	4	4	–	–	1	1	11	11,48
Dienst für Physische Rehabilitation	30	28,97	62	52,51	279	231,49	18	14,32	34	24,64	423	351,93
Dienst für Physische Rehabilitation – Logopädie	–	–	–	–	28	22,45	2	0,58	1	1	31	24,03
Dienst für Physische Rehabilitation – Fagostr.	1	1	6	4,61	61	49,31	3	2,25	4	2,5	75	59,67
Diabetologischer Dienst	–	–	17	13,01	1	1,77	1	1	1	0,97	20	16,75

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Krankenpfle- ger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwaltungs- personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Dienst für Diät und Ernährung	7	6,75	–	–	55	47,74	4	3,95	1	1	67	59,44
Pharmazeutischer Dienst	–	0,37	4	3,01	17	18,25	20	17,70	22	21,03	63	60,36
Insgesamt	149	145,94	617	510,30	884	779,08	185	157,99	293	255,12	2.128	1.848,43

Quelle: SIPS-Daten

Tabelle 22: In den Diensten für Physische Rehabilitation beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Arzt	12	12,56	19	17,41	31	29,97
Krankenpfleger	5	5,68	63	51,44	68	57,12
Erzieher	–	–	1	1,00	1	1,00
Säuglingspfleger	–	–	1	0,75	1	0,75
Physiotherapeut	30	29,90	170	137,36	200	167,26
Logopäde	1	1,00	83	64,40	84	65,40
Masseur	11	11,12	24	17,19	35	28,31
Ergotherapeut	3	3,00	44	36,86	47	39,86
Beschäftigungstherapeut	–	–	–	0,67	–	0,67
Verwaltungspersonal	–	–	23	17,15	23	17,15
Technisches Personal	3	3,00	36	25,14	39	28,14
Insgesamt	65	66,26	464	369,37	529	435,63

Quelle: SIPS-Daten

Alein im Bereich der physischen Rehabilitation erreicht der Anteil des weiblichen Personals 84, % des gesamten beschäftigten Personals. Vorherrschend ist dabei das Berufsbild des Physiotherapeuten (167,26 äquiv. Mit., entsprechend 38,4 %).

1.1.5. Personal des territorialen Bereichs

Im territorialen Bereich sind folgende Berufsbilder tätig:

Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte, Inspektoren), Ärzte (Ärzte), Krankenpflegepersonal (Krankenpflegepersonal), sonstiges Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), technisches Personal (Sozialassistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker, Soziologen).

1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich

Der territoriale Bereich wurde in sechs Makrobereiche gegliedert. Die Makrobereiche mit dem größten Anteil an äquivalenten Mitarbeiter beziehen sich auf die territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung sowie auf die Sprengelversorgung (jeweils 32,5 % bzw. 32,4 % aller im Makrobereich beschäftigten Mitarbeiter).

Der Bereich konventionierte territoriale Versorgung weist dagegen die geringste Konzentration an Mitarbeitern auf, mit 31,72 äquivalenten Arbeitskräften (entsprechend 2,7 %).

Tabelle 23: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Makrobereich und nach Geschlecht – Jahr 2007

Makrobereich	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Sprengelversorgung	5	24	26,20	317	172	357,00	322	196	383,20
Konventionierte territoriale Versorgung	–	5	5,67	12	20	26,05	12	25	31,72
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	6	85	88,74	176	183	295,38	182	268	384,12
Basismedizin	–	31	31,84	2	4	6,47	2	35	38,31
Prävention	2	128	130,33	81	98	146,28	83	226	276,61
Allgem. Verwaltungsdienste des Territoriums	–	21	20,28	21	33	49,43	21	54	69,71
Insgesamt	13	294	303,06	609	510	880,61	622	804	1.183,67

Quelle: SIPS-Daten

Das Personal des territorialen Bereichs besteht vorwiegend aus weiblichen Mitarbeitern (74,4 %), und fast die Hälfte (43,6 %) ist teilzeitbeschäftigt (+ 1,6 % im Vergleich zum Jahr 2006).

Der weibliche Anteil liegt über 54 %, während die männlichen Kollegen nur knapp 4,2 % ausmachen.

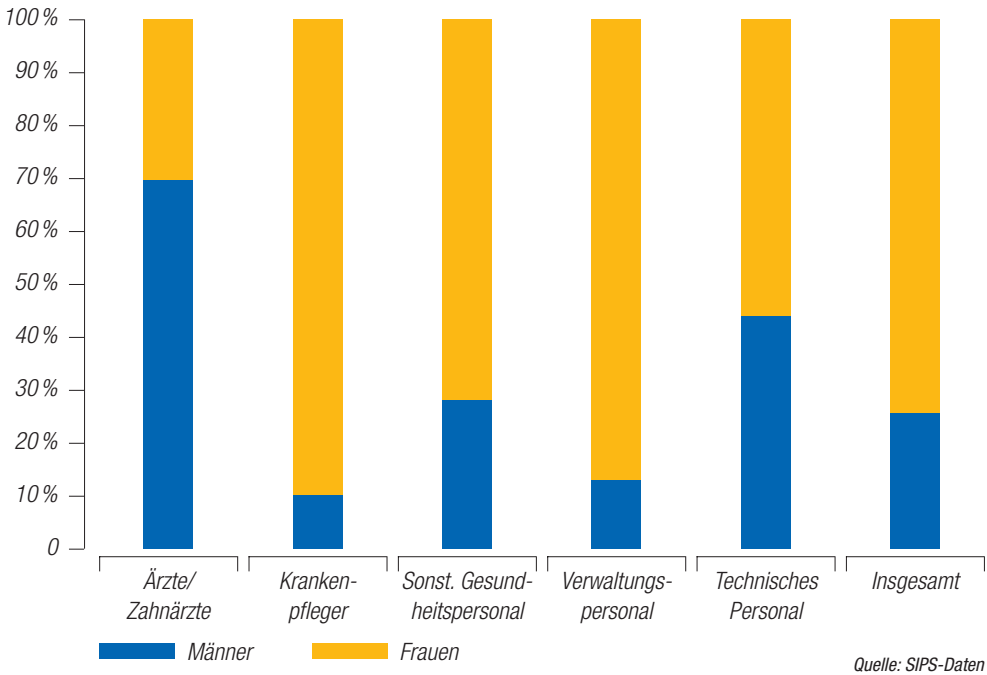
Tabelle 24: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Makrobereich, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Ärzte/Zahnärzte	94	94,93	44	41,23	138	136,16
Krankenpfleger	46	43,69	522	387,18	568	430,87
Sonst. Gesundheitspersonal	81	81,62	258	209,88	339	291,50
Verwaltungspersonal	26	25,46	205	169,40	231	194,86
Technisches Personal	60	57,36	90	72,92	150	130,28
Insgesamt	307	303,06	1.119	880,61	1.426	1.183,67

Quelle: SIPS-Daten

Das im territorialen Bereich des Sanitätsbetriebs am häufigsten vertretene Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 36,4 % (430,87 äquivalente Mitarbeiter). Das sonstige Gesundheitspersonal macht 24,6 % aus, gefolgt vom Verwaltungspersonal mit 16,5 %. Die Ärzte bilden 11,5 % der gesamten Beschäftigten im territorialen Bereich, das technische Personal deckt 11,0 %.

Abbildung 13: **Durchschn. äquiv. Personal im territorialen Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Der Prozentanteil von Männer und Frauen variiert je nach Berufsbild. Das ärztliche Personal besteht zu 70 % aus männlichen Arbeitskräften. Bei den restlichen Berufsbildern überwiegt dagegen das weibliche Personal (89,9 % beim Pflegepersonal, 72,0 % bei sonstigen Gesundheitspersonal, 86,9 % beim Verwaltungspersonal und 56,0 % beim technischen Personal).

Tabelle 25: **Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Makrobereich und nach Berufsbild – Jahr 2007**

Makrobereich	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwaltungs- personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Sprengel- versorgung	1	1,00	318	223,52	100	75,96	81	68,31	18	14,41	518	383,20
Konventionierte territoriale Versorgung	2	1,75	15	14,00	8	7,60	4	2,75	8	5,62	37	31,72
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	33	32,71	172	140,37	131	114,83	25	19,54	89	76,67	450	384,12
Basismedizin	4	4,00	14	15,76			2	1,55	17	17,00	37	38,31
Prävention	83	81,70	44	32,62	99	92,11	70	57,60	13	12,58	309	276,61
Allgem. Verwal- tungsdienste des Territoriums	15	15,00	5	4,60	1	1,00	49	45,11	5	4,00	75	69,71
Insgesamt	138	136,16	568	430,87	339	291,50	231	194,86	150	130,28	1.426	1.183,67

Quelle: SIPS-Daten

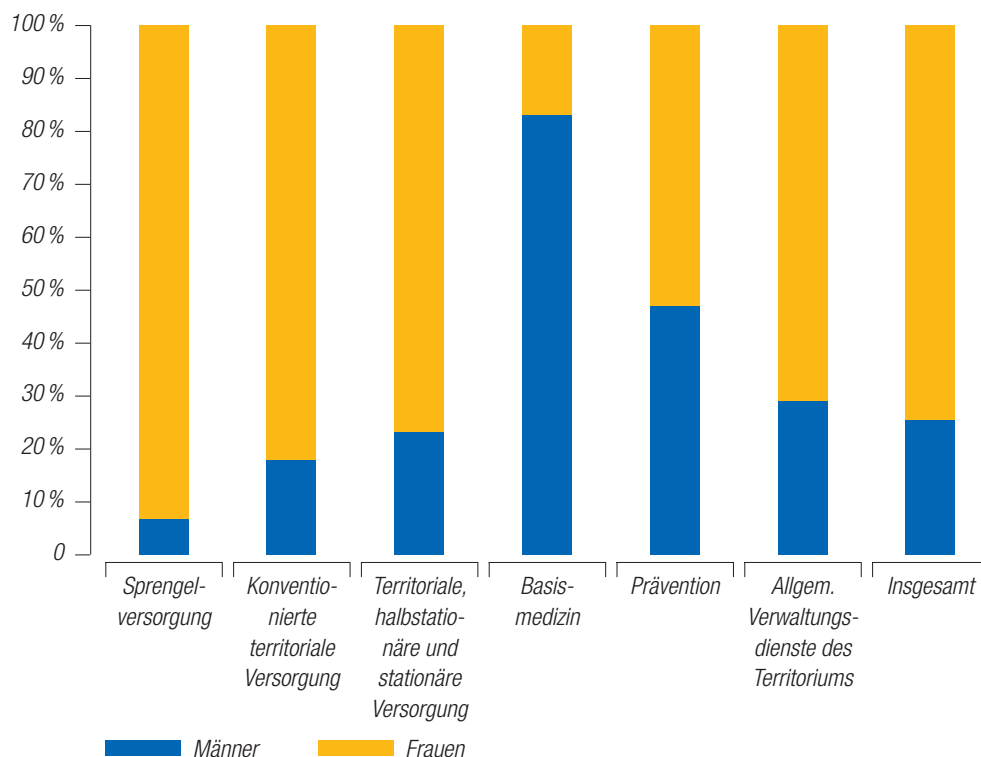
Der territoriale Bereich, der den größten Anteil an ärztlichem Personal aufweist, betrifft die Prävention (81,70 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 60 % des gesamten ärztlichen Personals im Makrobereich).

Die Sprengelversorgung verzeichnet den höchsten Anteil an Pflegepersonal (223,52 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 51,9 % des gesamten Pflegepersonals).

Die Anteile an sonstigem Gesundheitspersonal und technischem Personal herrschen im Bereich der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung vor (jeweils 114,83 bzw. 76,67 äquivalente Mitarbeiter, entsprechend 39,4 % bzw. 58,9 % des gesamten Berufsbilds).

Das Verwaltungspersonal ist schließlich am stärksten im Bereich der Sprengelversorgung vertreten.

Abbildung 14: **Durchschn. äquiv. Personal im territorialen Bereich des Sanitätsbetriebs insgesamt, nach Beschäftigungsbereich und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: SIPS-Daten

Aus der Verteilung des Personals nach Geschlecht in den einzelnen Bereichen des territorialen Makrobereichs geht hervor, dass die Männer nur im Bereich Basismedizin überwiegen (mit über 80 %).

Die Verteilung ist im Bereich Prävention ziemlich ausgewogen. In allen anderen Bereichen überwiegt der weibliche Anteil.

Sprengelversorgung

Zum 31.12.2007 waren in der Sprengelversorgung des Sanitätsbetriebs 518 Mitarbeiter tätig (62,2 % Teilzeitbeschäftigte), was 383,20 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Der Sprengel mit dem höchsten Anteil von äquivalenten Mitarbeitern ist Bozen (64,84 äquivalente Mitarbeiter), während im Gadertal die geringste Anzahl von äquivalentem Personal angestellt ist (6,25).

Über 90 % der in den Sprengeln beschäftigten Mitarbeiter sind Frauen.

Tabelle 26: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt, nach Sprengel und nach Geschlecht – Jahr 2007

Sprengel	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Grödenal	–	–	–	10	2	8,75	10	2	8,75
Eggental Schlern	–	–	–	16	11	21,88	16	11	21,88
Salten-Sarnal-Ritten	–	1	0,50	15	7	15,55	15	8	16,05
Überetsch	–	2	2,00	11	12	18,55	11	14	20,55
Leifers-Branzoll-Pfatten	–	–	–	18	6	17,50	18	6	17,50
Unterland	1	2	2,96	25	9	23,42	26	11	26,38
Bozen	1	7	7,12	45	30	57,72	46	37	64,84
Oberer Vinschgau	–	–	–	12	5	12,35	12	5	12,35
Mittlerer Vinschgau	–	2	2,00	14	8	15,06	14	10	17,06
Naturns-Umgebung	–	–	–	6	12	15,04	6	12	15,04
Lana-Umgebung	–	2	1,62	17	5	15,48	17	7	17,10
Meran-Umgebung	–	4	4,00	29	22	37,98	29	26	41,98
Passeiertal	–	–	–	6	12	15,35	6	12	15,35
Wipptal	–	–	–	7	4	8,25	7	4	8,25
Brixen-Umgebung	1	–	0,75	22	8	21,31	23	8	22,06
Klausen-Umgebung	1	1	1,75	11	1	7,70	12	2	9,45
Taufers-Ahrntal	1	–	0,50	11	3	8,34	12	3	8,84
Bruneck-Umgebung	–	3	3,00	26	9	22,02	26	12	25,02
Hochpustertal	–	–	–	8	4	8,50	8	4	8,50
Gadertal	–	–	–	8	2	6,25	8	2	6,25
Insgesamt	5	24	26,20	317	172	357,00	322	196	383,20

Quelle: SIPS-Daten

Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung

Zum 31.12.2007 waren in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung des Sanitätsbetriebs 450 Mitarbeiter beschäftigt (40,5 % davon waren Teilzeitbeschäftigte), was 384,12 äquivalenten Arbeitskräften entspricht. Insgesamt sind 76,9 % der gesamten Mitarbeiter Frauen.

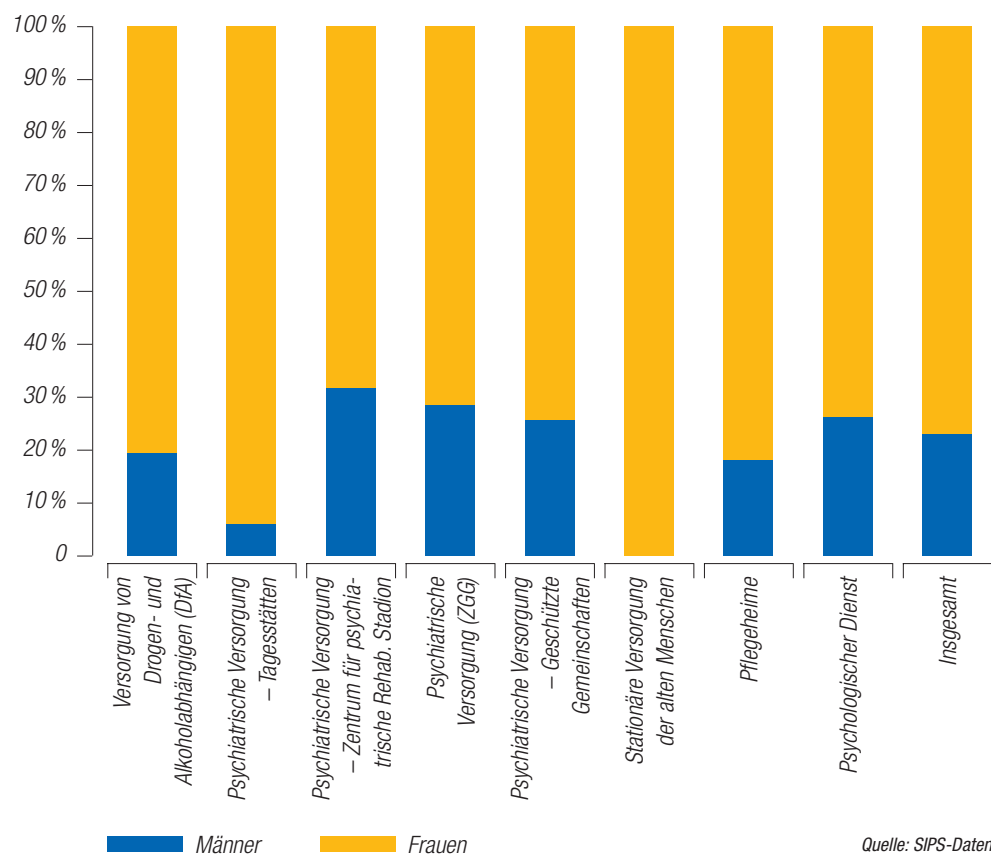
Insbesondere verzeichnet der Bereich der stationären Versorgung von älteren Personen nur Frauen, während der Anteil an Männern im psychiatrischen Rehabilitationszentrum Stadio höher ist (31,7 %).

Tabelle 27: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt, nach Geschlecht – Jahr 2007**

Dienst	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Versorgung von Drogen- und Alkoholabhängigen – DfA	1	13	13,29	18	45	55,47	19	58	68,76
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	–	1	0,31	2	4	4,88	2	5	5,19
Psychiatrische Versorgung – Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadion	2	11	12,71	19	17	27,41	21	28	40,12
Psychiat. Versorgung (ZGG)	3	32	36,27	45	61	91,28	48	93	127,55
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	–	11	10,08	20	15	29,32	20	26	39,4
Stationäre Versorgung der alten Menschen	–	–	–	37	12	37,1	37	12	37,1
Pflegeheime	–	3	2,75	12	6	12,43	12	9	15,18
Psychologischer Dienst	–	14	13,33	23	23	37,49	23	37	50,82
Insgesamt	6	85	88,74	176	183	295,38	182	268	384,12

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 15: **Durchschn. äquiv. Personal in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt, nach Beschäftigungsbereich und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: SIPS-Daten

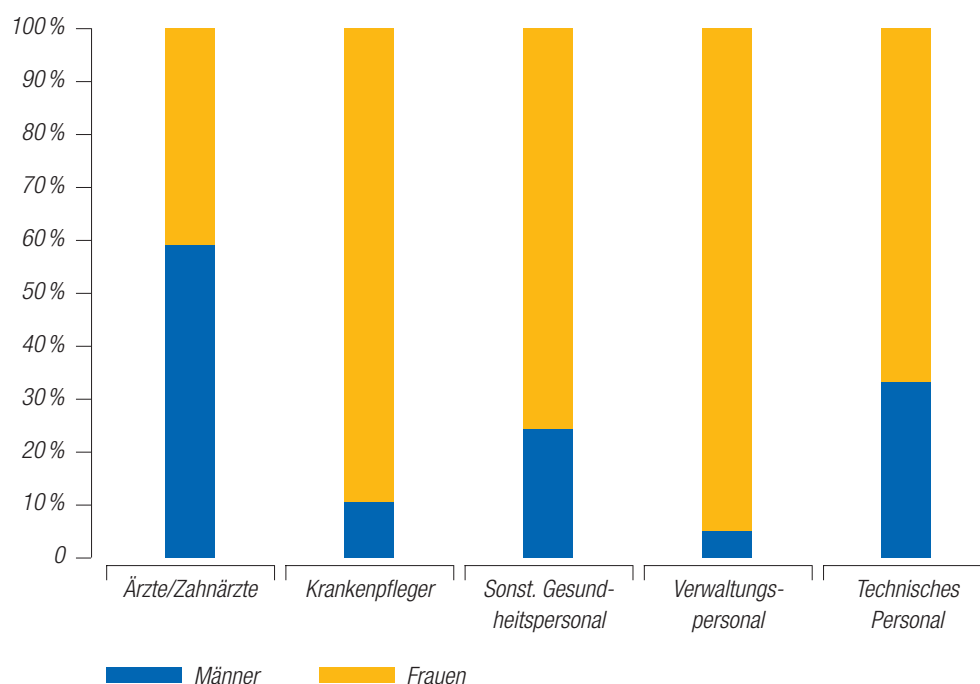
Das im Makrobereich der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 36,5% des insgesamt in diesem Bereich beschäftigten Personals (140,37 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen das sonstige Gesundheitspersonal mit 29,9% (114,83 äquivalente Mitarbeiter) und das technische Personal mit 20,0%.

Tabelle 28: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt, nach Geschlecht und Berufsbild – Jahr 2007**

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Ärzte/Zahnärzte	19	19,33	14	13,38	33	32,71
Krankenpfleger	15	14,82	157	125,55	172	140,37
Sonst. Gesundheitspersonal	29	28,06	102	86,77	131	114,83
Verwaltungspersonal	1	1,00	24	18,54	25	19,54
Technisches Personal	27	25,53	62	51,14	89	76,67
Insgesamt	91	88,74	359	295,38	450	384,12

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 16: **Durchschn. äquiv. Personal in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Quelle: SIPS-Daten

Nur das Berufsbild der Ärzte/HNO-Ärzte weist einen höheren Anteil an männlichen (59,1%) als an weiblichen Mitarbeitern auf.

Bei den restlichen Berufsbildern überwiegt deutlich der weibliche Anteil (98,4% des Pflegepersonals, 75,6% des sonstigen Gesundheitspersonals, 94,9% des Verwaltungspersonals und 66,7% des technischen Personals).

Tabelle 29: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007**

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwal- tungs- personal		Techni- sches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Versorgung von Drogen- und Alkohol-abhängigen – DfA	10	9,38	19	18,07	28	25,96	7	4,79	13	10,56	77	68,76
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	–	–	5	3,88	–	–	–	–	2	1,31	7	5,19
Psychiatrische Versorgung – Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadion	2	2,00	15	12,28	5	3,40	2	2,00	25	20,44	49	40,12
Psychiat. Versorgung (ZGG)	20	20,33	43	37,07	43	38,40	10	8,00	25	23,75	141	127,55
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	–	–	23	18,79	1	1,00	–	–	22	19,61	46	39,40
Stationäre Versorgung der alten Menschen	–	–	48	36,60	–	–	–	–	1	0,50	49	37,10
Pflegeheime	1	1	19	13,68	–	–	–	–	1	0,50	21	15,18
Psychologischer Dienst	–	–	–	–	54	46,07	6	4,75	–	–	60	50,82
Insgesamt	33	32,71	172	140,37	131	114,83	25	19,54	89	76,67	450	384,12

Quelle: SIPS-Daten

Den größten Bestand an Ärzten, Verwaltungspersonal und technischem Personal verzeichnet die Psychiatrische Versorgung der Zentren für Geistige Gesundheit (jeweils 20,33; 37,07; 8,00; 23,75 äquiv. Mitarb.). Der größte Anteil an Psychologen (Kategorie sonstiges Gesundheitspersonal) ist im Psychologischen Dienst zu verzeichnen (46,07 äquiv. Mitarbeiter).

Bereich Prävention

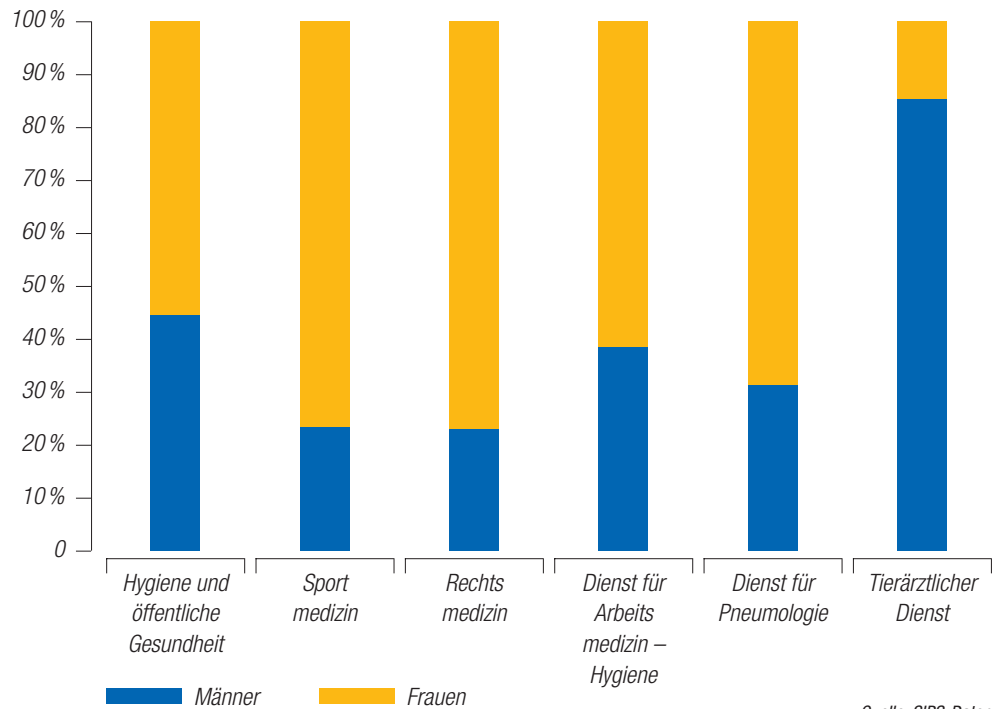
Zum 31.12.2007 waren im Bereich Prävention des Sanitätsbetriebs 309 Mitarbeiter tätig (26,9 % Teilzeitbeschäftigte), was 276,61 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Tabelle 30: **Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt, nach Dienst und nach Geschlecht – Jahr 2007**

Dienst	Männer			Frauen			Insgesamt		
	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ	TZ	VZ	ÄQ
Hygiene und öffentliche Gesundheit	1	42	43,50	28	37	54,24	29	79	97,74
Sportmedizin	–	5	5,00	13	10	16,32	13	15	21,32
Rechtsmedizin	1	7	8,02	15	17	26,87	16	24	34,89
Dienst für Arbeitsmedizin – Hygiene	–	15	15,53	10	18	24,75	10	33	40,28
Dienst für Pneumologie	–	7	7,00	13	7	15,29	13	14	22,29
Tierärztlicher Dienst	–	52	51,28	2	9	8,81	2	61	60,09
Insgesamt	2	128	130,33	81	98	146,28	83	226	276,61

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 17: **Durchschn. äquiv. Personal im Bereich Prävention insgesamt, nach Beschäftigungsbereich und nach Geschlecht – Jahr 2007**



Ausgewogener als bei den vorherigen Diensten ist die Personalaufteilung nach Geschlecht (52,9% Frauen gegenüber 47,1% Männern):

Im Veterinärdienst wird ein Anteil an männlichen Mitarbeitern von 85,3% verzeichnet, während in den restlichen Diensten der weibliche Anteil mit einem Spitzenwert von 77,6% in der Rechtsmedizin überwiegt.

Das im Bereich Prävention vorherrschende Berufsbild ist jenes des sonstigen Gesundheitspersonals, das 33,3% des gesamten äquivalenten Personals dieses Bereichs deckt (92,11 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen die Ärzte (Tierärzte eingeschlossen) und das Verwaltungspersonal mit 29,5% (81,70 äquiv. Mitarb.) und 20,8% (57,70 äquiv. Mitarb.). Das Pflegepersonal deckt 11,8% (32,62 äquiv. Mitarb.), die restlichen 4,5% (12,58 äquiv. Mitarb.) setzen sich aus technischem Personal zusammen.

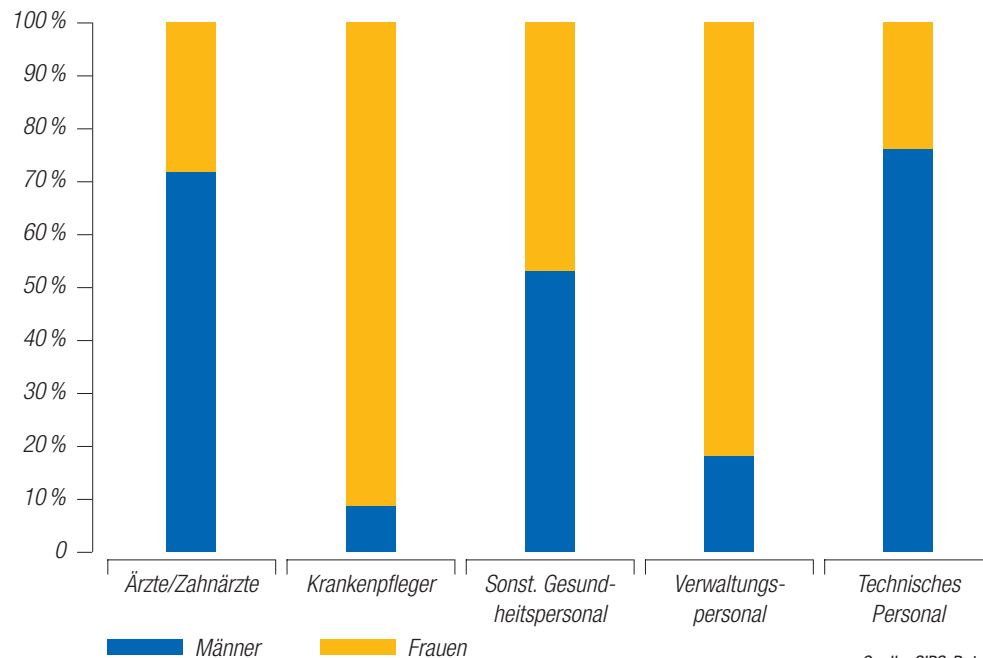
Der größte Bestand an Ärzten/Tierärzten ist im Tierärztlichen Dienst zu verzeichnen (39,29 äquivalente Mitarbeiter). Den größten Anteil an Krankenpflegepersonal weist der Dienst für Sportmedizin mit 11,17 äquivalenten Mitarbeitern auf. Das meiste Verwaltungspersonal konzentriert sich im Dienst für Rechtsmedizin (23,87 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 31: Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt, nach Geschlecht und Berufsbild – Jahr 2007

Berufsbild	Männer		Frauen		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Ärzte/Tierärzte	58	58,60	25	23,10	83	81,70
Krankenpfleger	3	2,79	41	29,83	44	32,62
Sonst. Gesundheitspersonal	48	48,89	51	43,22	99	92,11
Verwaltungspersonal	11	10,47	59	47,13	70	57,60
Technisches Personal	10	9,58	3	3,00	13	12,58
Insgesamt	130	130,33	179	146,28	309	276,61

Quelle: SIPS-Daten

Abbildung 18: Durchschn. äquiv. Personal im Bereich Prävention insgesamt, nach Berufsbild und nach Geschlecht – Jahr 2007



Die Berufsbilder der Ärzte/Tierärzte, des technischen Personals und des sonstigen Gesundheitspersonals zeichnen sich durch einen vorherrschenden Anteil an männlichen Mitarbeitern gegenüber den weiblichen Mitarbeitern aus (jeweils 71,7 %, 76,2 % bzw. 53,1 %). Bei den restlichen Berufsbildern überwiegt deutlich der weibliche Anteil (91,4 % des Pflegepersonals und 81,8 % des Verwaltungspersonals).

Tabelle 32: Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt, nach Berufsbild – Jahr 2007

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Gesund- heits- personal		Verwal- tungsperso- nal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ	N	ÄQ
Hygiene und öffentliche Gesundheit	10	10,83	10	7,64	63	57,96	23	19,31	2	2,00	108	97,74
Sportmedizin	6	5,63	14	9,87	1	1,02	7	4,80	–	–	28	21,32
Rechtsmedizin	4	3,43	3	2,25	4	3,78	27	23,43	2	2,00	40	34,89
Dienst für Arbeits- medizin – Hygiene	16	15,85	8	6,54	13	12,39	5	4,50	1	1,00	43	40,28
Dienst für Pneumologie	8	7,75	9	6,32	4	3,25	6	4,97	–	–	27	22,29
Tierärztlicher Dienst	39	38,21	–	–	14	13,71	2	0,59	8	7,58	63	60,09
Insgesamt	83	81,70	44	32,62	99	92,11	70	57,60	13	12,58	309	276,61

Quelle: SIPS-Daten

Die höchste Konzentration an Personal der Kategorie Ärzte/Tierärzte ist im Veterinärdienst zu finden (38,21 äquiv. Mitarb.). Der Dienst mit dem höchsten Anteil an Pflegepersonal ist der Dienst für Sportmedizin mit 9,84 äquivalenten Mitarbeitern. Die höchste Konzentration an Verwaltungspersonal ist im Dienst für Rechtsmedizin zu finden (23,43 äquiv. Mitarb.).

1.2. AUSBILDUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

Im Studienjahr 2007/2008 betrug die Zahl der an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ angemeldeten Schüler 593; die Zahl der Absolventen des Jahres 2007 belief sich auf 142.

174 sozio-sanitäre Mitarbeiter schlossen hingegen die einschlägigen Kurse ab.

Den Ärzten wurden 66 Stipendien für Fachausbildungen im Ausland und 35 Stipendien für Fachausbildungen in Italien gewährt.

Im Rahmen der ständigen Weiterbildung wurden 69 Kurse und 18 Tagungen vom Land organisiert oder gesponsert sowie neben 31 Tagungen 903 Kurse vom Sanitätsbetrieb organisiert.

Die Autonome Provinz Bozen fördert und ergreift – direkt oder durch Konventionen mit Körperschaften und dem Sanitätsbetrieb – Maßnahmen für die koordinierte und kohärente Ausbildung, die der organisatorischen Entwicklung der Gesundheitsdienste sowie dem einschlägigen kurz- und mittelfristigen Bedarf an qualifizierten Humanressourcen entsprechen.

Die Aus- und Weiterbildungstätigkeit gliedert sich in Grundausbildung, Fachausbildung und ständige Weiterbildung. Dazu kommen die Pflicht-Praktika vor dem Universitätsabschluss für die angehenden Ärzte und die Ausbildung für die Basisärzte.

Die Planung der Ausbildungsmaßnahmen für die Ausbildung des Gesundheitspersonals des Landes erfolgt im Dreijahresplan, der gemäß Bestimmungen des Landesgesundheits-

plans 2000–2002, unter Berücksichtigung der vom Landesassessorat für Gesundheit ermittelten Personalanforderungen der Gesundheitsdienste sowie der vom Sanitätsbetrieb gemeldeten Prioritäten, ausgearbeitet wird. Dieser Plan wird jährlich durch neue Initiativen ergänzt, die in den Terminplan der im Jahresverlauf durchzuführenden Maßnahmen (Seminare, Tagungen, Ausbildungskurse) aufgenommen werden.

Die Aus- und Weiterbildungskurse für das Personal in den Gesundheitseinrichtungen werden sowohl auf Landesebene als auch auf der Ebene des Sanitätsbetriebs organisiert.

1.2.1. Grundausbildung

Die Grundausbildung bereitet das Personal auf eine berufliche Qualifizierung vor und bezieht sich auf Kurse und Schulen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, nach deren Abschluss ein Diplom bzw. Studientitel ausgestellt wird.

Mit dem Schuljahr 1996/97 hat die „Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana“ ihre Tätigkeit aufgenommen, nachdem die „Universitätsdiplome“ auf gesamtstaatlicher Ebene eingeführt wurden. Zu diesem Zweck wurden Konventionen mit 4 Universitäten abgeschlossen (Verona, Ferrara, Rom, Innsbruck), während die didaktische Organisation den Modellen der deutschsprachigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union angepasst ist.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass nach der Universitätsreform des Schuljahres 2002/2003 die Universitätsdiplome zu Universitätsabschlüssen der 1. Ebene wurden.

Tabelle 33: **Angemeldete Schüler der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe nach Studienjahr – Jahr 2007/2008**

Berufsbild	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Insgesamt
Diplom-Krankenpfleger	118	104	112	334
Physiotherapeuten	25	18	18	61
Master Management	20		17	37
Logopäden	20	15		35
Master in Psychologie	20			20
Diätberater			15	15
Ergotherapeuten	14			14
Hebammen	11			11
Umwelttechniker		11		11
Labortechniker	11			11
Sanitätsassistenten		10		10
Zahnhygieniker	10			10
Master in Geriatrie		10		10
Röntgentechniker	8			8
Orthoptisten			6	6
Insgesamt	257	168	168	593

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Im Schuljahr 2007/2008 waren 16,7 % mehr Schüler als im Vorjahr angemeldet. Zusätzlich wurden Universitätskurse zur Anerkennung der alten Titel abgehalten, an denen 230 Studenten teilnahmen.

Auch im Schuljahr 2007/08 wurden die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter abgehalten. Diese Mitarbeiter leisten ihre Tätigkeit sowohl im sozialen als auch im gesundheitlichen Bereich in sozial-fürsorglichen und sozial-gesundheitlichen, stationären oder halbstationären Diensten, im Krankenhaus, territorial oder zu Hause des Patienten.

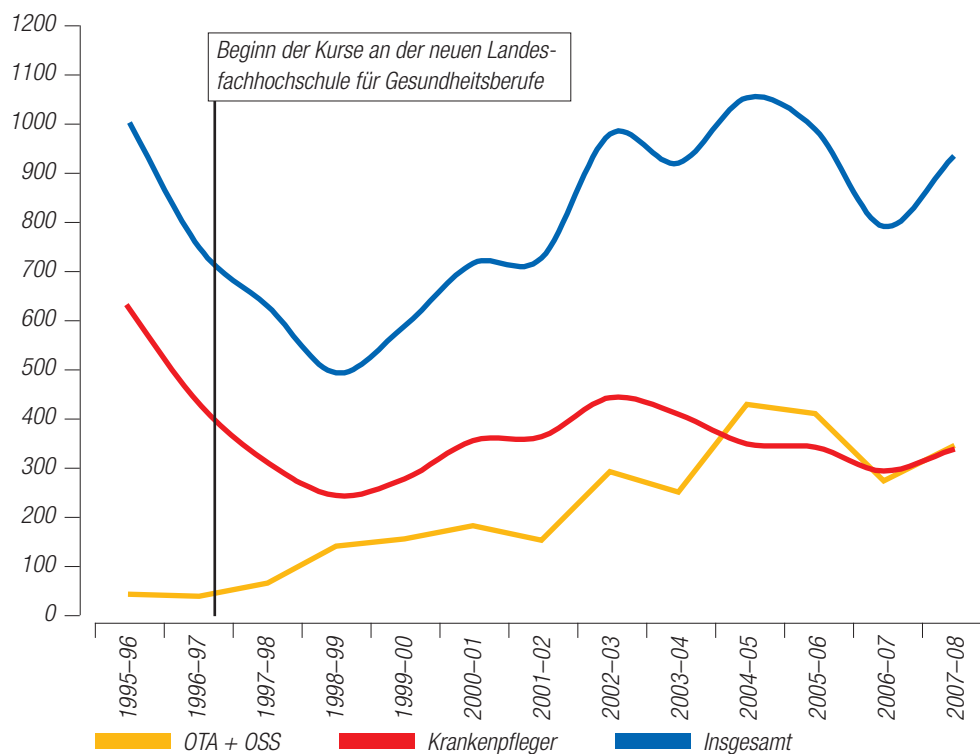
Die Kurse fanden im Sanitätsbetrieb, an italienischen und deutschen Schulen für Sozialberufe und beim KVV („Katholischer Verband der Werktätigen“) statt und haben eine Dauer von einem oder zwei Schuljahren in der Form wie für werktätige Schüler. Im Jahr 2007 machten 174 Schüler ihren Abschluss, und für das Jahr 2007/2008 wurden 340 Anmeldungen verzeichnet.

Tabelle 34: **Anzahl der diplomierten sozio-sanitären Mitarbeiter (OSS) nach besuchtem Institut – Jahr 2007**

Institut	Anzahl der diplomierten Schüler
Sanitätsbetrieb	32
Italienische Schulen für Sozialberufe	60
Deutsche Schulen für Sozialberufe	68
KVV	14
Insgesamt	174

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Abbildung 28: **Anmeldungen zu den Grundausbildungskursen – Schuljahre 1995/1996 – 2007/08**



Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Tabelle 35: **Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ nach Berufsbild – Jahr 2007**

Berufsbild	Anz. der Absolventen	Prozentsatz an den Schülern des vorherg. Jahres
Diplom-Krankenpfleger	91	100,0%
Ergotherapeuten	2	(*)%
Physiotherapeuten	18	112,5%
Zahnhygieniker	9	90,0%
Röntgentechniker	8	88,9%
Hebammen	14	107,7%
Insgesamt	142	102,2%

(*) Die Anzahl der Absolventen übersteigt den 100%-Wert der Schüler des vorherg. Jahres, da einige Absolventen ihre Ausbildung vor dem Schuljahr 2005–2006 abgeschlossen hatten

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Die Gesamtzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ und der Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter betrug im Schuljahr 2005/2006 316, wobei ein Rückgang von 23,8 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen war. Insbesondere ist die Gesamtanzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe 2007 hingegen um 18 gesunken. Beobachtet wird jedoch eine Erhöhung der Anzahl an erfolgreichen Absolventen im Bereich Fachpflegepersonal (von 51 im Jahr 2006 auf 91 im Jahr 2007). Auch sind im Jahr 2007 Absolventen in Fachrichtungen zu verzeichnen, die es 2006 noch nicht gab (9 Dentalhygieniker und 8 Röntgentechniker).

1.2.2. Fachausbildung

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines akademischen Studientitels der Medizin und Chirurgie, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen.

Tabelle 36: **Anzahl der Stipendien für die Fachausbildung – Schuljahr 2006–2007**

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Anästhesie und Reanimation	10	5
Pädiatrie	12	2
Allgemeine Chirurgie	9	–
Innere Medizin	5	3
Geburtshilfe und Gynäkologie	7	–
Physikalische Rehabilitation	3	1
Ophthalmologie	3	1
Röntgendiagnostik	2	2
Kardiologie	–	3
Gastroenterologie	–	3
HNO	3	–
Hygiene und Präventivmedizin	1	1
Infektionskrankheiten	–	2
Sportmedizin	–	2
Orthopädie und Traumatologie	2	–
Psychiatrie	2	–
Urologie	2	–
Pathologische Anatomie	1	–
Klinische Biochemie	1	–
Gesichts- und Kieferchirurgie	–	1
Gefäßchirurgie	–	1
Dermatologie und Venerologie	–	1
Hämatologie	–	1

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Geriatrie	–	1
Erkrankungen der Atemwege	1	–
Arbeitsmedizin	1	–
Mikrobiologie und Virologie	–	1
Neurochirurgie	1	–
Neurologie	–	1
Neuropsychiatrie für Kinder	–	1
Rheumatologie	–	1
Medizin. Toxikologie	–	1
Insgesamt	66	35

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Das Land fördert die Fachausbildung von Ärzten und anderen akademischen Berufsbildern des Gesundheitswesens (Psychologen, Biologen, Physiker, Apotheker etc.) durch Konventionen mit italienischen und österreichischen Universitäten bzw. Hochschulen anderer EU-Mitgliedstaaten im deutschsprachigen Kulturraum und/oder mittels Gewährung von Stipendien.

Der Bedarf an Fachärzten wird für jeden Fachbereich von der Landesregierung aufgrund der Angaben des Sanitätsbetriebs und der konventionierten Einrichtungen sowie unter Berücksichtigung der Ziele des Landesgesundheitsplans festgelegt.

Außerdem wurde das Landesgesetz Nr. 14/2002 über die fachärztliche Ausbildung in Einklang mit der neuen staatlichen und europäischen Gesetzgebung in diesem Bereich erlassen. Die entsprechenden Durchführungsverordnungen traten im Laufe des Jahres 2006 in Kraft.

Auch 2007 erhielten Biologen, Ernährungsberater, Ärzte und Psychologen einen Beitrag für kurze Fachausbildungen oder Praktika gemäß den Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 14/2002, Art. 4 für einen Gesamtbetrag in Höhe von 293.918,00 Euro (–45,5 % gegenüber 2006).

Tabelle 37: **Anzahl der Beiträge für Fachausbildungen oder Praktika (LG Nr. 14/2002, Art. 4)**
– Jahr 2007

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Verwaltungspersonal	1	–
Biologen	–	2
Apotheker	–	1
Ärzte	4	3
Psychologen	23	66
Tierärzte	2	1
Insgesamt	30	73

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

1.2.3. Praktika

Im Jahr 2007 nahm die Anzahl der Anträge auf Studienbeihilfen für das Praktikum für die Zulassung zum Staatsexamen von Psychologen und Tierärzten im Vergleich zum Vorjahr von 36 auf 32 Anträge für einen Gesamtbetrag von 299.714,00 Euro leicht ab.

Tabelle 38: **Anträge auf Studienbeihilfen für Praktika von Biologen, Psychologen und Tierärzten und aufgewendeter Betrag – Jahre 1993–2007**

Jahr	Anz. der Anträge			Gesamtbetrag
	Biologen	Psychologen	Tierärzte	
1993	10	–	–	27.891,00
1994	13	19	–	108.942,00
1995	12	13	–	81.165,00
1996	13	7	–	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	–	247.077,00
1999	16	13	–	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	–	32	3	246.955,00
2003	–	39	1	318.722,00
2004	–	43	2	348.247,00
2005	–	48	–	445.510,00
2006	–	36	–	424.296,00
2007	–	32	–	299.714,00

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

1.2.4. Allgemeinmedizin

Im Jahr 2007 wurde der dreijährige Fachausbildungskurs in Allgemeinmedizin mit 15 Absolventen abgeschlossen. Mit der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin wurde die Konvention für den theoretischen Teil der Ausbildung erneuert. Der wissenschaftliche Ausschuss versammelte sich drei Mal.

1.2.5. Ständige Weiterbildung

Die ständige Weiterbildung bietet den Fachärzten die Möglichkeit, im Laufe ihrer Karriere neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, welche es ihnen erlauben, das Fachwissen auf ihrem Gebiet immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik zu halten und ihre Arbeit mit Sachverstand unter Berücksichtigung der vom Landesgesundheitsplan vorgesehenen Entwicklung des Landesgesundheitssystems zu leisten.

Am 5.3.2001 trat das Landesgesetz Nr. 7 in Kraft, das im Art. 49 die Einrichtung der Landeskommission für die ständige Weiterbildung vorsieht (tätig seit Dezember 2002). Dabei handelt es sich um ein mit dem derzeitigen nationalen ECM-System (System für ständige medizinische Weiterbildung) kohärentes Organ des Landes.

Gemäß den nationalen Bestimmungen und in Bezug auf die Autonomie Südtirols erarbeitete die Landeskommission für die ständige Weiterbildung:

- a) die Ausbildungsziele im Gesundheitswesen;
- b) die Bewertungskriterien der Ausbildungsinitiativen in Südtirol (Heim- und E-Learning) und die Bewertungskriterien der Ausbildungserfahrungen der Mitarbeiter des Landesgesundheitsdienstes im Ausland. Die Zuweisung der Punkteanzahl gemäß LG Nr.

14/2002 und die entsprechende Durchführungsverordnung wurden den Berufsverbänden/Kammern und Kollegien übertragen. Die in den anderen Regionen oder Provinzen angebotenen Ausbildungsmaßnahmen werden auf örtlicher Ebene bewertet, falls das System dort implementiert ist, oder von der nationalen Kommission.

Auf der Grundlage des Systems der „Ausbildungscredits“ muss jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen im Besitz folgender Voraussetzungen sein:

- Theoretische Kenntnisse auf dem neuesten Stand (Wissen);
- Technische oder manuelle Fähigkeiten (Tun);
- Kommunikative und relationale Fähigkeiten (Sein).

Das vom ECM-System vorgesehene „life long learning“ zielt darauf ab, den Bürgern effiziente, kompetente und fachgerechte Gesundheitsleistungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik zu gewährleisten. Für jeden Mitarbeiter ist deshalb eine Fortbildung seines theoretischen Fachwissens, seiner praktischen Fähigkeiten und der Kompetenzen im Bereich Kommunikation und auf Beziehungsebene vorgesehen.

Das bedeutet in der Praxis, dass jeder Mitarbeiter verpflichtet ist, innerhalb eines bestimmten Zeitraums 150 Ausbildungscredits zu erlangen; 10 Credits waren für das Jahr 2002 vorgesehen, 20 Credits für 2003, 30 für 2004, 30 für 2005 und 30 für 2006).

1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse des Landes

Die Entscheidung des Amtes für Personalausbildung, auf Landesebene überbetriebliche Projekte der ständigen Weiterbildung anstelle der einzelnen, voneinander unabhängigen Initiativen zu fördern, erwies sich als richtig und berücksichtigt auch die Rolle des Landes im Rahmen der ständigen Weiterbildung, vor allem in Anbetracht der Einrichtung des einheitlichen Sanitätsbetriebs seit dem 01.01.2007. Einen Ausbau erfuhren dabei jene Themenbereiche, die für die gesamte Provinz von Belange sind; auch das Ausbildungsangebot musste entsprechend gestaltet werden, wobei der Weg der fünften Körperschaft aufgegeben wurde, die zusammen mit den vier ehemaligen Sanitätsbetrieben Weiterbildung im Gesundheitsbereich bietet.

Das Ziel war die Zusammenlegung der Ressourcen, die Förderung der Interdisziplinarität und die Entwicklung von Kooperationsnetzen.

Zu den **Projektthemen** gehörten: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Virtuelle Medizinische Bibliothek, E-Learning, Management, Psychosomatik, Ethik, Komplementärmedizin, Umweltmedizin und Gender.

Palliative Care: In Zusammenarbeit mit der Universität Klagenfurt wurde der 3. fachübergreifende Grundkurs geplant, der zwischen März 2008 und Mai 2009 abgehalten wird. Außerdem wurde der „Tag der Palliativtherapien“ mit reger Teilnahme der Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen organisiert.

Evidence Based Nursing: In Zusammenarbeit mit der Universität Halle-Wittenberg wurden die Fachausbildung für zukünftige EBN-Experten des Sanitätsbetriebs sowie die Planung der Einrichtung von Arbeitsgruppen zum Thema für alle Gesundheitsbezirke weitergeführt, die im Herbst 2008 aufgenommen wird.

Virtuelle Medizinische Bibliothek: Es wurde ein Instrument zur Unterstützung der täglichen Arbeit des Südtiroler Gesundheitspersonals bei der Versorgung, Verwaltung, im Studium, bei der ständigen Weiterbildung und in der Forschung eingerichtet. Dieses für medi-

zinisch-wissenschaftliche Kenntnisse offene Portal richtet sich an das Südtiroler Gesundheitswesen und bietet Zugriff auf die maßgebendsten, online verfügbaren Quellen. Die Website „www.bmv.bz.it“ ist allen zugänglich. Zu den Ressourcen der elektronischen Fachzeitschriften und Datenbanken der Virtuellen Medizinischen Bibliothek haben folgende Personen mit Abonnement kostenlosen Zugang:

- Mitarbeiter und mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb konventionierte Einrichtungen;
- das Personal und die Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitswesen „Claudiana“;
- das Personal der Abteilungen Gesundheitswesen und Sozialwesen der Autonomen Provinz Bozen;
- die in Südtirol tätigen Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl.

E-Learning: Es wurden E-Learning-Initiativen zu wichtigen gesundheitlichen Interessensbereichen weitergeführt. Die Kurse richteten sich an verschiedene Berufsbilder des Gesundheitswesens: Ärzte jeder Fachrichtung sowohl auf Krankenhausebene als auch Allgemeinmediziner, Krankenpflegepersonal und Verwaltungspersonal. Damit sollte ein angemessenes Ausbildungsangebot für die Tätigkeiten im Gesundheitswesen geschaffen und die größtmögliche Anzahl von Mitarbeitern im Südtiroler Gesundheitswesen zu einer angemessenen und effizienten gesundheitlichen Versorgung motiviert werden. Das E-Learning ist außerdem ein nützliches Instrument für die ständige Fortbildung, eine virtuelle Stätte des Austausches, der Erarbeitung und Diskussion von Themenbereichen, die einem ständigen „Lernen“ unterliegen. Die angebotenen Kurse umfassen: Datenschutz im Gesundheitswesen, Einführung in die Evidence Based Medicine, Wissenschaftliche Fachzeitschriften kennen und verwenden, Bewertung und Implementierung von klinischen Leitlinien und Kodierung der Diagnosen im KEB (Krankenhausentlassungsbogen). So wurde eine Initiative zur Weiterbildung im Bereich integrierte und vielseitige Medizin mit dem Projekt der virtuellen medizinischen Bibliothek in Angriff genommen.

Management und Führung: 2007 wurden zwei weitere Kurse für Führungskräfte im Gesundheitswesen gemäß DPR Nr. 484/1997 und LG Nr. 5/1998 mit Gültigkeit auf dem gesamten Staatsgebiet mit 44 Teilnehmern abgeschlossen. Zugelassen waren auch Mitarbeiter in nicht-leitenden Positionen, um dem Gesundheitsbezirken die Schaffung eines Pools neuer Führungskräfte zu ermöglichen; außerdem beteiligten sich einige Verwaltungsleiter, um ein Netzwerk zur Verbindung der Anforderungen des medizinischen und verwaltungstechnischen Bereichs zu schaffen. Die Schwerpunkte der didaktischen Module waren das Personalmanagement, die Betriebsführung und die Organisation. Außerdem wurde ein 36-stündiger Ergänzungskurs für 15 leitende Angestellte gestartet und zu Ende geführt, die früher vom Land anerkannte Managerkurse besucht hatten, deren Dauer die 100 Pflichtstunden nicht erreichte. Die inhaltliche Organisation der Kurse wurde den Universitäten Bocconi von Mailand und Innsbruck übertragen, die Koordinierung fand vor Ort statt.

Psychosomatik: Das zweijährige Psychosomatik-Projekt für Ärzte und Psychologen wurde 2007 mit dem Abschluss des Weiterbildungskurses in psychosomatischer Schmerztherapie beendet. Behandelt wurde außerdem das Thema der artifiziellen Störungen wie psychosomatische Hautbeschwerden. Alle Seminare fanden im Therapiezentrum Bad Bachgart statt.

Ethik: Das Landeskomitee für Ethik setzte auch im Jahr 2007 seine Arbeit fort und hielt zwei Vollversammlungen und einige Sitzungen der Untergruppen zur Überprüfung diverser

Themen ab. Das Hauptthema des Jahres war „Die Verletzlichkeit des Patienten“, zu dem eine Tagung für das Gesundheitspersonal und Interessierte organisiert wurden. Außerdem wurde eine Reihe von Artikeln in den bedeutendsten Tageszeitungen des Landes veröffentlicht. Die Komiteemitglieder beantworteten auch zahlreiche, von der Bürgern per E-Mail eingesendete Fragen. Zudem wurde das Projekt „Einrichtung von Gruppen für die ethische Beratung in Krankenhäusern und Privatkliniken“ gestartet.

Komplementärmedizin: Personen, die das von 2005 bis 2007 in Zusammenarbeit mit der Universität Camerino und der „Società Italiana di Medicina Omeopatica“ organisierte Praktikum in Homöopathie für Apotheker besucht hatten, wurde die Möglichkeit geboten, einen in drei Module (von jeweils 12 Stunden) gegliederten Weiterbildungskurs zu besuchen mit dem Titel „Die Ergebnisse in der homöopathischen Apotheke verbessern: die Verwendung der homöopathischen Produkte“. Weitergeführt wurde zudem der Ausbildungskurs in Akupunktur für Ärzte (drittes Jahr), organisiert in Zusammenarbeit mit dem Institut „Matteo Ricci“ (Bologna) und der DÄGFA (Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur). Im Oktober 2007 begann der dreijährige Kurs in homöopathischer Medizin, organisiert in Zusammenarbeit mit der Società Italiana di Medicina Omeopatica – SIMO (Bologna) und der Österreichischen Gesellschaft für homöopathische Medizin – ÖGHM (Wien).

Umweltmedizin: 2004 wurde ein „Grundausbildungskurs für Umweltmedizin“ für Allgemeinmediziner und Fachärzte organisiert, 2005 fand die Tagung „Fokus Feinstaub: Ursachen, Auswirkungen auf die Gesundheit, Maßnahmen“ statt, 2006 wurde das Thema Elektromog behandelt und 2007 das Thema Lärm. Es handelt sich um Themen, die vom großen Interesse für die Bevölkerung sind, daher war auch die Teilnehmerzahl recht hoch. An diesen Initiativen nahmen das Gesundheitspersonal, politische Vertreter, Fachkräfte von Körperschaften des Landes und der Gemeinden und Vertreter von Umweltverbänden teil.

Im Jahr 2007 organisierte das Land 69 Kurse und 18 Tagungen für das akademische und nicht akademische Krankenpflege-, technische, Rehabilitations- und Hilfspersonal der Gesundheitsbezirke.

Tabella 39: **Weiterbildungstätigkeit des Personals der Gesundheitsdienste des Landes – Jahr 2007**

Berufsbild	Teilnehmer an Kursen für die ständige Weiterbildung	Teilnehmer an Tagungen
Ärzte	702	1.178
Psychologen	401	51
Psychiater	132	–
Tierärzte	6	–
Biologen, Physiker, Apotheker, Chemiker	85	19
Verwaltungspersonal	24	32
Krankenpflegepersonal	445	488
Rehabilitationspersonal	87	128
Technisch-sanitäres Personal	159	95
Hilfspersonal	3	22
Sonstiges nicht-akademisches Personal	210	553
Insgesamt	2.254	2.566

Quelle: Amt für Personalausbildung, APB – Ausbildungsarchiv

Die Weiterbildungskurse wurden von 2.254 Mitarbeitern des Gesundheitswesens besucht. Diesem Wert entspricht eine durchschnittliche Erhöhung von zirka 27 % des Personals pro einzeltem Kurs (im Durchschnitt 33 Teilnehmer pro Kurs im Jahr 2007, gegenüber 26 im Jahr 2006). Das unter den Teilnehmern vorherrschende Berufsbild war das ärztliche Personal (702 Teilnehmer), gefolgt vom Krankenpflegepersonal (415). Die für die ständige Weiterbildungstätigkeit aufgebrauchten Stunden betrugen rund 1.592 (–5,6 % im Vergleich zum Vorjahr), die entsprechenden Ausgaben beliefen sich auf ca. 1.018.828 Euro (–16,8 % im Vergleich zum Jahr 2006).

An den 18 vom Land organisierten Tagungen nahmen 2.566 Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs teil, 1.178 davon waren Ärzte. Die Zahl der für die Tagungen aufgebrauchten Stunden war 207, dafür wurde ein Betrag von rund 222.922 Euro aufgewendet.

1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse des Sanitätsbetriebs

Auch die Gesundheitsbezirke veranstalteten 2007 zahlreiche Weiterbildungskurse und Tagungen sowohl für die Mitarbeiter der territorialen Dienste als auch für das Krankenhauspersonal. Insgesamt organisierten sie über 903 Kurse, einige davon wurden im Jahresverlauf mehrfach wiederholt, und 31 Tagungen.

Tabelle 40: **Anzahl der Kurse und Gesamtausgaben für die Ausbildungsmaßnahmen des Sanitätsbetriebs – Jahr 2007**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>
Anzahl der Kurse	371	200	215	117
Anzahl der Tagungen	8	19	3	1
Gesamtausgaben (in Euro)	185.094	258.721	158.798	196.278

Quelle: Sanitätsbetrieb – Amt für Personalausbildung

Wie jedes Jahr behandelten die Kurse verschiedene Themen, von der Vertiefung der medizinischen Kenntnisse bis hin zur Krankenpflege, mit besonderem Hinweis auf die Ausbildung im Bereich der Informatik für alle Berufsbilder des Sanitätsbetriebs.

Tabelle 41: **Anzahl der Teilnahmen an den Ausbildungsmaßnahmen des Sanitätsbetriebs – Jahr 2007**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>
Ärzte	1.228	676	1.164	884
Sonstige Akademiker	309	70	272	122
Krankenpflegepersonal	4.376	3.363	6.472	5.030
Rehabilitationspersonal	333	223	584	622
Technisch-sanitäres Personal	463	134	180	328
Verwaltungspersonal	487	322	528	528
Sonstige Berufsbilder	645	375	668	862

Quelle: Sanitätsbetrieb – Amt für Personalausbildung

2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, d. h. die vom Sanitätsbetrieb und dem Land aufgewandten laufenden Ausgaben und Investitionsaufwendungen, betrugen im Jahr 2007 1.195,388 Millionen Euro (2.433,28 Euro pro Kopf), was einem Anstieg von 2,6 % gegenüber 2006 entspricht.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen machten 93,4 % der vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Gesamtausgaben aus (1.116,063 Millionen Euro; 2.271,81 Euro pro Kopf).

Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität war 2007 mit 5,268 Millionen Euro insgesamt positiv.

Auch der Saldo der überregionalen fachärztlichen Mobilität des Jahres 2007 war mit rund 1,297 Millionen Euro positiv.

In den nachstehenden Absätzen werden die öffentlichen Ausgaben des Landes für das Gesundheitswesen, d. h. die vom Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben analysiert. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen setzen sich zusammen aus:

- den vom Sanitätsbetrieb getragenen Führungskosten und Investitionen, die den Haushaltsplänen bzw. den Beschlussfassungen der Landesregierung entnommen werden können;
- den direkt vom Land getragenen laufenden Ausgaben und Investitionsausgaben, die sich aus dem Landeshaushalt ergeben.

Die makroökonomische Analyse der Ausgaben für das Gesundheitswesen ergibt, dass sich der Ressourcenverbrauch im Vergleich zu den vergangenen Jahren nicht wesentlich erhöht hat.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die öffentlichen Aufwendungen im Gesundheitsbereich, da die Erhebungen der privaten Ausgaben in diesem Bereich nicht einheitlich sind.

Die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich können in laufende Ausgaben (Absatz 2.2) und Ausgaben aus Kapitalbewegungen (Investitionsausgaben) (Absatz 2.3) unterteilt werden.

Laufende Ausgaben sind Führungskosten, z. B. Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen; sie setzen sich aus den Führungskosten des Sanitätsbetriebs und den Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes zusammen. Die Ausgaben aus Kapitalbewegungen oder Investitionsausgaben sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern; sie bestehen aus den vom Betrieb getätigten Investitionen und den Investitionsausgaben des Landes.

Die Daten der Kosten des Sanitätsbetriebs wurden dem Jahresabschluss 2007 des Haushaltes entnommen. Die Ausarbeitung der Daten erfolgte nach der Kostendarstellung des Gesundheitsministeriums. Es wird darauf hingewiesen, dass die Kostenrechnungen für die bezirksübergreifende Mobilität im Unterschied zu den Vorjahren gleich Null sind, da die vier Sanitätsbetriebe seit dem 01.01.2007 zusammengefasst wurden. Die Kosten des ein-

**ÖFFENTLICHE UND
PRIVATE AUSGABEN**

**LAUFENDE AUSGABEN
UND INVESTITIONS-
AUSGABEN**

**VON DEM SANITÄTS-
BETRIEB GETRAGENE
KOSTEN UND
KOSTENDARSTELLUNG**

**INVESTITIONEN DES
SANITÄTSBETRIEBS**

zigen Sanitätsbetriebs setzen sich folgendermaßen zusammen. Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen ...), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (z. B. Rückstellungen für das Personal) und die Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb des Landes und im Ausland. In dieser Analyse wurden für die Berechnung der vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten die wirtschaftlichen Posten, wie Abschreibungen und die Entwertung der Forderungen, nicht miteingerechnet. Die vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten für die Erbringung der Zusatzleistungen (Versorgung, die über die nationalen LEA-Standards hinausgeht) wurden ebenfalls abgezogen, da sie den vom Land getragenen Kosten zugerechnet werden; Ausgabenduplikationen wurden somit vermieden. Dieses Gliederungskriterium wird seit 2002, Jahr der Einführung der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung des Sanitätsbetriebs, benutzt. Vor 2002 wurde die Finanzbuchhaltung angewendet; ein zeitlicher Vergleich der beiden Buchhaltungssysteme ist aufgrund der unterschiedlichen Grundlagen nicht immer möglich. Die Datenquelle ist die Haushaltsabrechnung 2007 des Sanitätsbetriebs.

Die Investitionen des Sanitätsbetriebs wurden auf der Grundlage der betrieblichen Zuweisungen mittels Beschlussfassungen der Landesregierung berechnet. Diese Zuweisungen stammen aus Landesbeiträgen zu Lasten des Landeshaushaltes 2007, wobei die Anteile der Neuzuweisung der Rückstände nicht berücksichtigt wurden, weil sie nicht zum Geschäftsjahr gehören.

**LAUFENDE AUSGABEN
DES LANDES**

Das Bezugsdokument für die laufenden Ausgaben, die direkt vom Land getragen werden, ist das Abschlussrechnungs-Modell CE 2007 des Ministeriums. Das Modell wurde mit dem Ziel überarbeitet, auch jenen Anteil der Zusatzausgaben, die von den Führungskosten des Sanitätsbetriebs ausgegliedert worden waren, zu berücksichtigen, und die erhaltenen Daten somit um jene Kostenanteile zu bereinigen, die bereits dem Sanitätsbetrieb zugeschrieben wurden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden. Daher beinhalten die laufenden Ausgaben des Landes sowohl die Kosten für die nationalen Betreuungsstandards (LEA) (DPCM 22/11/2001) als auch für die zusätzlichen Leistungen.

**INVESTITIONSAUSGABEN
DES LANDES
KOEFFIZIENTEN ZUR
UMWANDLUNG VON
GELDWERTEN
VERGANGENER JAHRE IN
WERTE DES JAHRES
2007**

Die Investitionsausgaben des Landes ergeben sich aus den Zweckbindungen der Landeshaushaltsskapitel zur Finanzierung der Investitionsausgaben.

Um einen zeitlichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Koeffizienten zur Umwandlung von Geldwerten vergangener Jahre in Werte des Jahres 2007 angewendet. Diese Koeffizienten, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind, wurden angesichts des unterschiedlichen Verlaufs der Inflationsrate der Provinz Bozen und Italiens für beide Gebiete berechnet und ergeben sich aufgrund der durchschnittlichen ASTAT/ISTAT-Indizes der Veränderung der Lebenshaltungskosten für die Arbeiter- und Angestelltenfamilien.

Tabelle 1: Koeffizienten zur Umwandlung von Geldwerten vergangener Jahre in Werte des Jahres 2007: Provinz (Gemeinde Bozen) und Italien

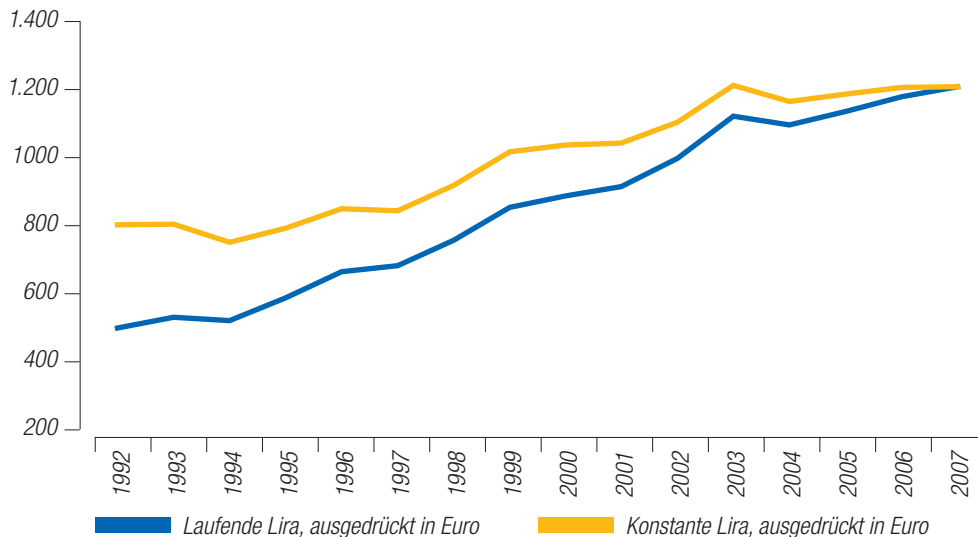
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Provinz	1,616	1,526	1,452	1,352	1,282	1,241	1,215	1,195	1,170	1,141	1,108	1,081	1,063	1,045	1,023	1,000
Italien	1,483	1,423	1,369	1,300	1,251	1,230	1,208	1,189	1,159	1,129	1,102	1,076	1,055	1,037	1,017	1,000

Quelle: ASTAT, ISTAT

2.1. DIE ÖFFENTLICHEN AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen ergeben sich aus der Summe der direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben (laufende Ausgaben und Investitionsausgaben), zu denen die vom Sanitätsbetrieb getragenen Führungskosten und Investitionen hinzukommen. Der Landesgesundheitsdienst wird vom Landesgesundheitsfonds finanziert (der sich vorwiegend aus Abgaben und Steuern zusammensetzt), aus der Mitbeteiligung der Bürger an den Gesundheitsausgaben und aus den ordentlichen und außerordentlichen Erträgen des Sanitätsbetriebs.

Abbildung 1: **Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (Sanitätsbetrieb und Provinz) insgesamt. Jahre 1992–2007 (Millionen Euro)**



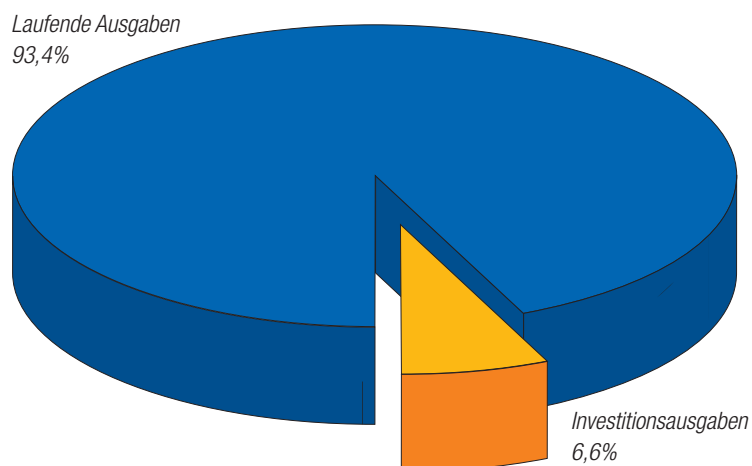
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen belaufen sich für das Jahr 2007 auf 1.195,388 Millionen Euro, was 2.433,28 Euro pro Kopf entspricht. Die Abbildung 1 zeigt den Verlauf der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Landes im Zeitraum 1992–2007. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Gesamtausgaben in konstanten Euro des Jahres 2003 über denen der vier nachfolgenden Jahre liegen; die Differenz ist dadurch zu rechtfertigen, dass im Jahr 2003 der Landesgesundheitsdienst über eine einmalige Summe von mehr als 60 Millionen Euro verfügen konnte, die vom Staat zur Finanzierung der Investitionsausgaben bereit gestellt wurden. Während für den Zeitraum 2000–2003 eine Erhöhung der öffentlichen Ausgaben insgesamt von 3,1 %, berechnet an den Beträgen in konstanten Euro, und von 5,7 %, berechnet an den Beträgen in laufenden Euro, zu verzeichnen ist, geht für den Zeitraum 2004–2008 eine geringere Steigerung von rund 1,4 % (konstante Euro) bzw. 3,3 % (laufende Euro) hervor. Es wird darauf hingewiesen, dass die vom Staat gemäß den oben aufgeführten Angaben eingegangenen Mittel bei der Berechnung der Abweichung nicht berücksichtigt wurden.

LAUFENDE AUSGABEN UND INVESTITIONS- AUSGABEN

Wie aus der in Abbildung 2 dargestellten Verteilung der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – hervorgeht, entfallen 93,4 % der Gesamtausgaben des Jahres 2007 auf die laufenden Kosten; die restlichen 6,6 % betreffen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

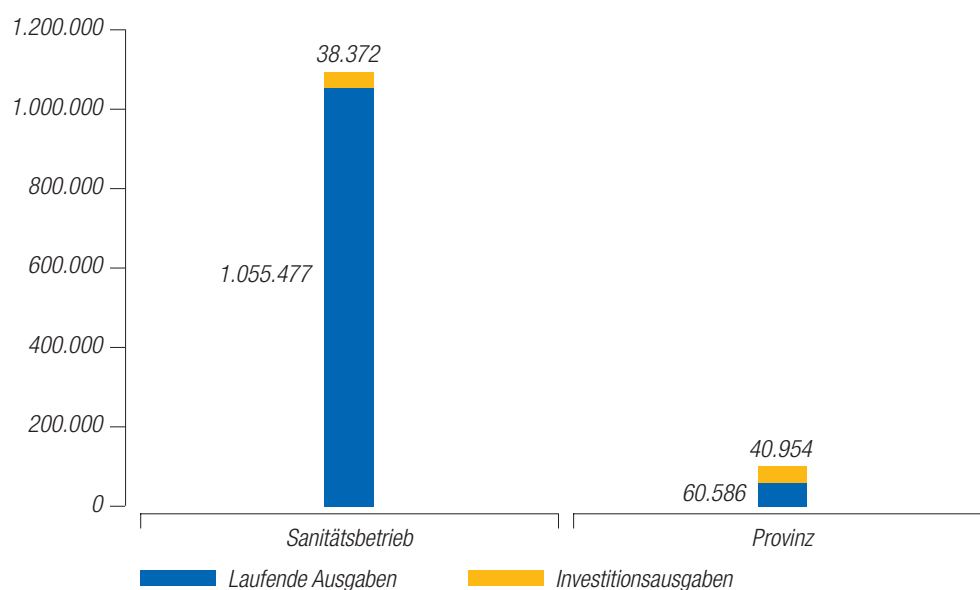
Abbildung 2: **Laufende Ausgaben und Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen – Jahr 2007**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

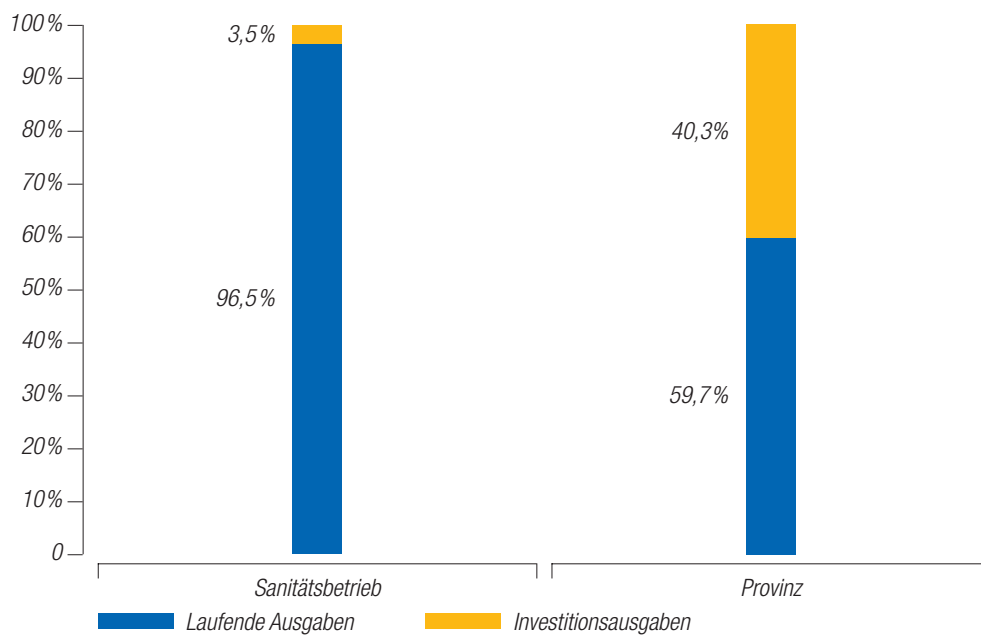
In der Abbildung 3 werden die laufenden und die Investitionsausgaben dargestellt, die jeweils vom Sanitätsbetrieb und dem Land aufgewandt wurden. In der Abbildung 4 wird dieser Wert in Prozent angegeben.

Abbildung 3: **Gesundheitsausgaben des Sanitätsbetriebs und der Provinz – Jahr 2007 (Tausend Euro)**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Abbildung 4: **Laufende und Investitionsausgaben des Sanitätsbetriebs und der Provinz für das Gesundheitswesen – Jahr 2007**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Pro Kopf belaufen sich die vom Sanitätsbetrieb aufgewandten Gesundheitsausgaben auf 2.226,59 Euro, davon 2.148,48 Euro für laufende Pro-Kopf-Ausgaben. Um keine falschen Schlüsse zu ziehen, wird darauf hingewiesen, dass in den Kosten des Sanitätsbetriebs auch die für die nichtansässigen Patienten getätigten Ausgaben eingeschlossen sind. Wenn auch die direkt vom Land getragenen Kosten berücksichtigt werden, betragen die Gesamtausgaben pro Kopf – wie am Anfang dieses Abschnitts vorweggenommen – 2.433,28 Euro.

2.2. LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN

Die laufenden Gesundheitsausgaben machten 93,4 % der vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Gesamtausgaben aus und belaufen sich für 2007 auf rund 1.116,063 Millionen Euro, was 2.271,81 Euro pro Kopf entspricht.

Die laufenden Gesundheitsausgaben setzen sich aus laufenden Standard-Ausgaben und aus laufenden Zusatzausgaben zusammen. Unter laufenden Standard-Ausgaben sind die Ausgaben zu verstehen, die zur Gewährleistung der national einheitlichen Versorgungsstandards für die Wohnbevölkerung und Anspruchsberechtigten aufgewendet werden. In Südtirol werden außerdem Zusatzleistungen angeboten, die von einschlägigen Landesgesetzen vorgesehen sind, und deren Kosten vorwiegend den laufenden Ausgaben zugeschrieben werden, wie die zahnärztlichen Leistungen (Landesgesetz 16/88), die Hauspflege (Landesgesetz 33/88) und die nicht im Tarifverzeichnis vorgesehene außerordentliche Prothesenversorgung (Landesgesetz 2/86).

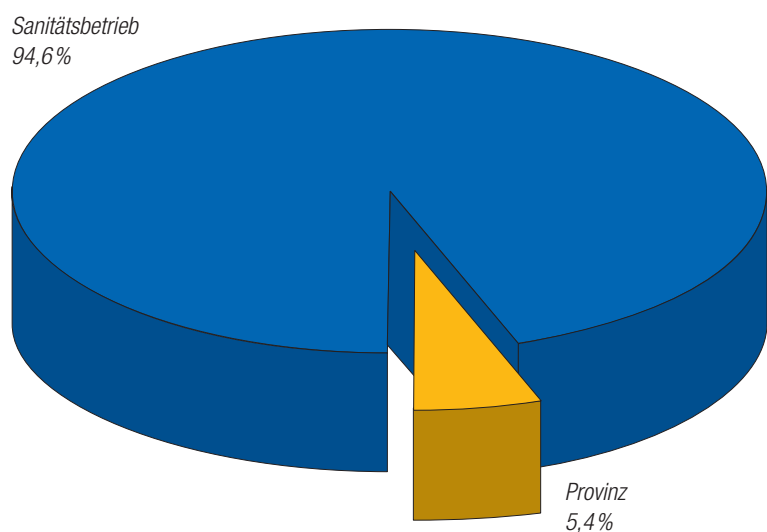
Wie bereits erwähnt setzen sich die Kosten des Sanitätsbetriebs folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen...), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (wie die Rückstellungen für das Personal) und Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb des Landes und im Ausland. Nicht an der Festlegung der vom Sanitätsbetrieb aufgewand-

VON DEN
SANITÄTSBETRIEBEN
GETRAGENE KOSTEN

ten Kosten beteiligt sind die Posten wirtschaftlicher Art, wie die Abschreibungen. Die vom Sanitätsbetrieb für die Erbringung der Zusatzleistungen getragenen Kosten wurden ebenfalls abgezogen, da sie den Kosten des Landes zugerechnet werden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden.

Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, machen die vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten 94,6% der laufenden Gesamtausgaben und die laufenden Ausgaben des Landes 5,4% am Gesamtwert aus.

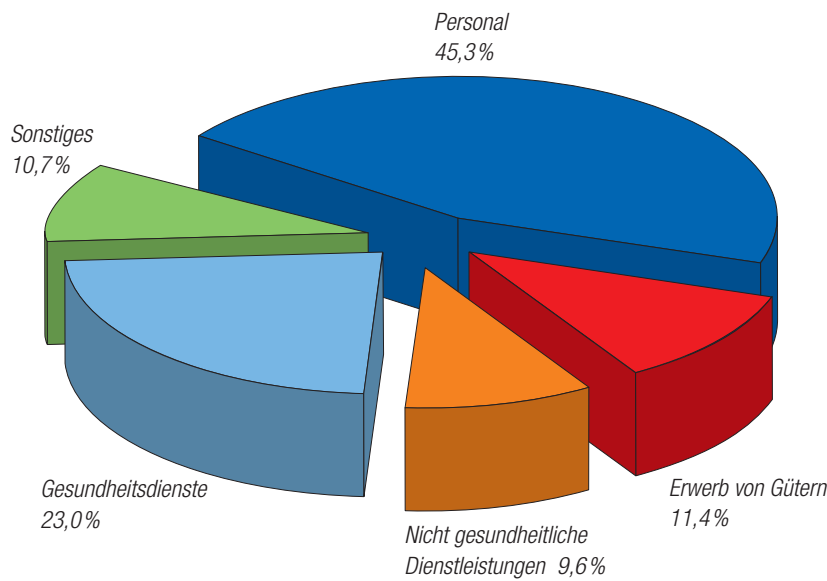
Abbildung 5: **Laufende Gesundheitsausgaben der Provinz und Kosten des Sanitätsbetriebs – Jahr 2007. Laufende Ausgaben insgesamt: 1.116,063 Millionen Euro**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

1.055,477 Millionen Euro von den 1.084,150 Millionen Euro sind vom Sanitätsbetrieb getragene Kosten; sie werden größtenteils für das Personal, für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, für die Grundversorgung und sonstige konventionierte Gesundheitsleistungen verwendet. In Abbildung 6 wird die Unterteilung der vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten nach Kostenart dargestellt, aus denen der hohe Anteil der Personalkosten hervorgeht.

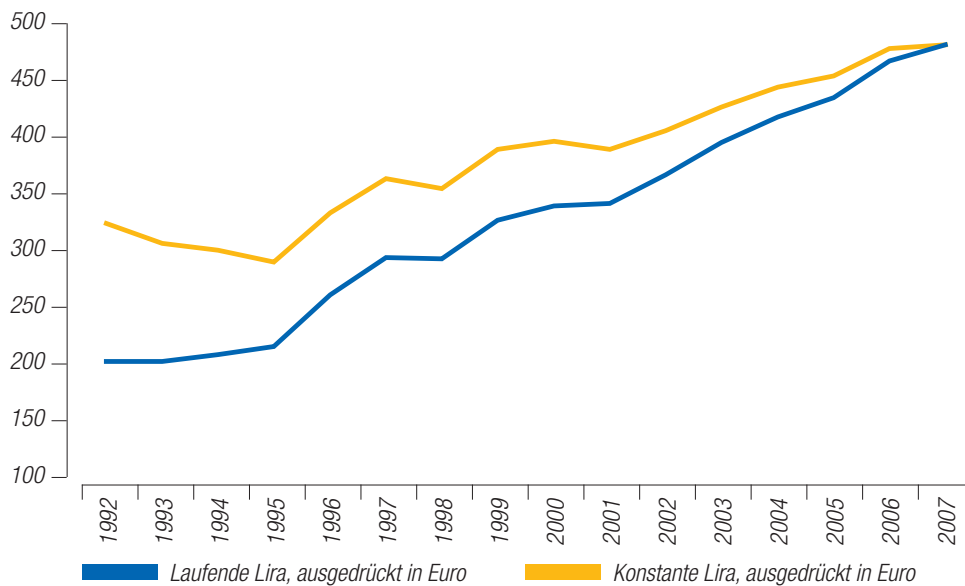
Abbildung 6: **Kosten des Sanitätsbetriebs nach Kostenart – Jahr 2007 (Gesamtkosten des Sanitätsbetriebs: 1.055,477 Millionen Euro)**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Nachfolgend wird der Verlauf der vom Land und dem Betrieb getragenen Kosten für die in der Abbildung 6 dargestellten Kostenposten beschrieben.

Abbildung 7: **Verlauf per Personalausgaben (1992–2007) in laufender Lira und konstanter Lira (Millionen Euro)**

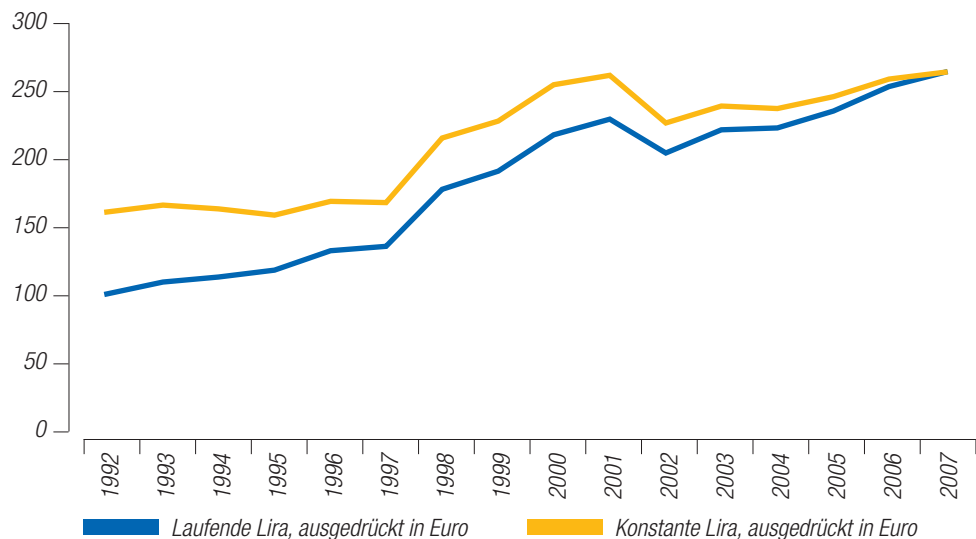


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Die Ausgaben für das Personal wurden sowohl unter Berücksichtigung der angestellten Mitarbeiter als auch unter Berücksichtigung des mit befristeten Verträgen eingestellten Personals berechnet. Die Personalausgaben setzen sich wie folgt zusammen:

- Personal im Gesundheitsbereich
- Fachpersonal
- Technisches Personal
- Verwaltungspersonal
- Sonstige Personalkosten, die unter anderem die Aufwendungen für religiöses Personal, für Lehrling und Stipendiaten, Entschädigungen für die Privatdozentur sowie das Entgelt für sanitäres Personal umfassen.

Abbildung 8: **Verlauf der Ausgaben für Güter und Dienste (1992–2007) in laufender Lira und konstanter Lira (Millionen Euro)**

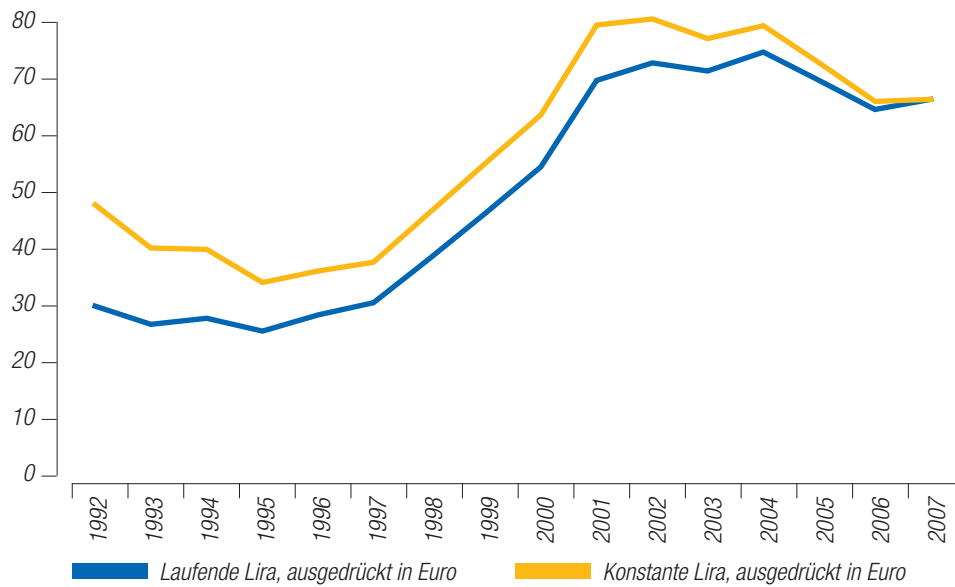


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Zu den Ausgaben für Güter und Dienstleistungen zählen:

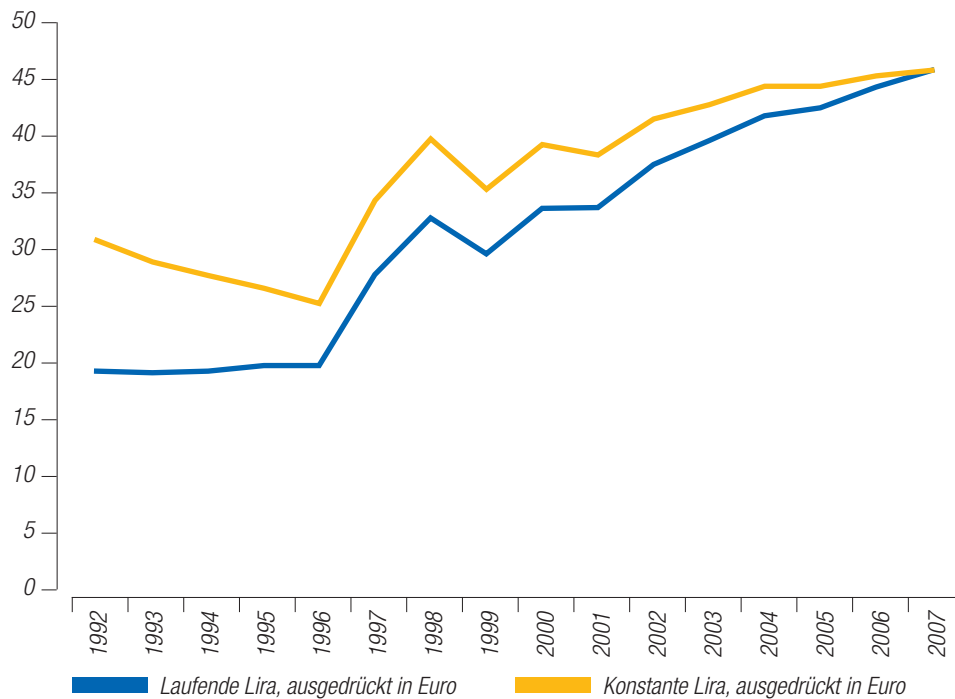
- Anschaffungen von Gütern (Medikamente, Blutderivate, Prophylaxe-Material, diagnostisches Material, chirurgische Einrichtungen ...)
- Nicht sanitäre Dienste, das heißt die Kosten für die Wartung, die Nutzung von Gütern Dritter (Mieten, Pachten, Leasinggebühren), die Betriebskosten, die in Auftrag gegebenen Dienstleistungen (Wäscherei, Reinigungspersonal, Kantine, Heizung) und sonstige nicht sanitäre Dienstleistungen
- Abgaben und Steuern (einschließlich IRAP)

Abbildung 9: **Verlauf der konventionierten pharmazeutischen Ausgaben (1992–2007) in laufender Lira und konstanter Lira (Millionen Euro)**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Abbildung 10: **Verlauf der allgemeinmedizinischen Ausgaben (1992–2007) in laufender Lira und konstanter Lira (Millionen Euro)**

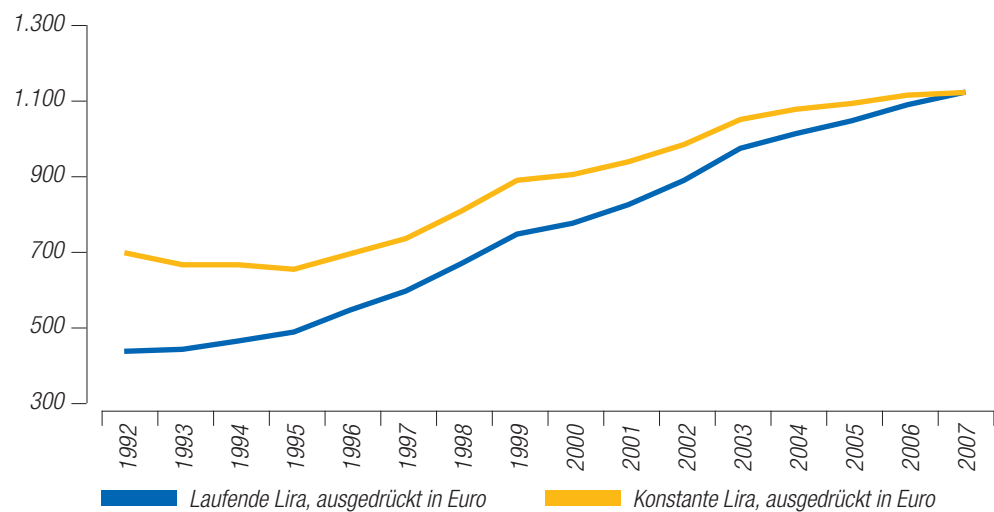


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

**VOM LAND
AUFGEWANDTE KOSTEN**

Die vom Land aufgewandten laufenden Gesundheitsgauben betragen für das Jahr 2007 60,586 Millionen Euro. Dieser Betrag enthält die Beiträge für Bildungsmaßnahmen für das Gesundheitspersonal, die Ausgaben zum Erreichen der Zielsetzungen des Landesgesundheitsplans und die Rückerstattungen für die verschiedenen Formen der zusätzlichen Versorgung, darunter die Hospitalisierung zu Hause und die zahnärztliche Versorgung. Die laufenden Ausgaben zu Lasten des Landes sind niedriger als in den Jahren vor 2003, da der Dienst für den Krankenwagentransport, die Flugrettung, die in Österreich erbrachte Versorgung sowie die indirekte Versorgung gemäß Art. 76 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 auf den Sanitätsbetrieb übertragen wurden.

Abbildung 11: **Laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt (Sanitätsbetrieb und Provinz). Jahre 1992–2007 (Millionen Euro)**

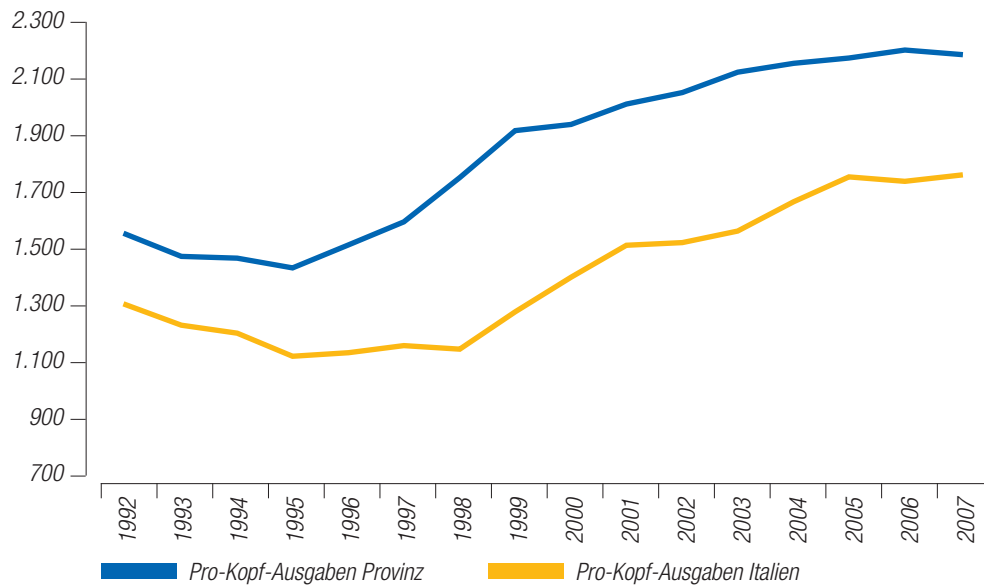


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Die zeitliche Entwicklung der von der Landesverwaltung getragenen laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen, zu denen die Kosten des Sanitätsbetriebs (Abbildung 11) hinzukommen, folgt im Wesentlichen dem bereits zuvor beobachteten Trend der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, da sich diese zu über 90 % aus laufenden Ausgaben zusammensetzen. Eine Ausnahme bildet dabei das Jahr 2003, in dem die Investitionsausgaben die Gesamtausgaben stärker beeinflusst haben, da der Landesgesundheitsdienst über 60 Millionen Euro für Investitionen durch staatliche Fonds verfügen konnte.

Aus der Analyse der Entwicklung der laufenden Ausgaben geht hervor, dass das durchschnittliche Wachstum in Prozent für den Zeitraum 2000–2003 4,4 % betrug, berechnet an den Beträgen in konstanten Euro, und 7 % an den Beträgen in laufenden Euro, während der Wert sich für den Zeitraum 2004–2007 jeweils auf 1,7 % (konstante Euro) und 3,7 % (laufende Euro) belief.

Abbildung 12: Laufende Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen in konstanter Lira, ausgedrückt in Euro. Jahre 1992–2007 (Millionen Euro)



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

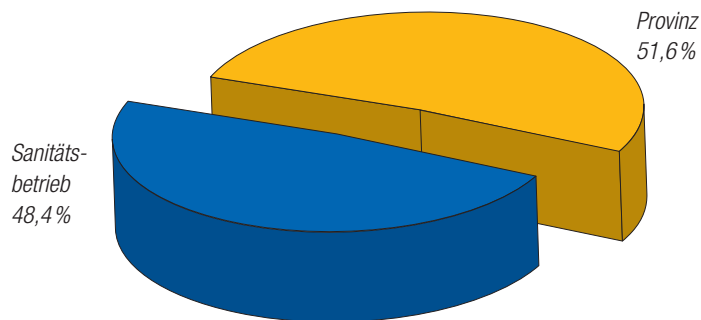
Interessant ist auch der Vergleich des Verlaufs der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben der Provinz mit jenen Italiens von 1992 bis 2007. Da der Landesgesundheitsdienst Leistungen erbringt, die über die nationalen Standards hinausgehen, übersteigen die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben jene auf gesamtstaatlicher Ebene (siehe Abbildung 12). Für den Vergleich zwischen den Daten der Provinz und jenen Italiens wurden die Ersteren nach dem vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Modell in der Kostendarstellung des LGD nach Ausgabenfunktionen überarbeitet, wobei die passive Mobilität außerhalb des Landes und im Ausland (um Ausgabenduplikationen auf nationaler Ebene zu vermeiden) und die anderen wirtschaftlichen Posten (Abschreibungen, Entwertung der Forderungen...) abgezogen wurden. Die Quelle der gesamtstaatlichen Daten ist die nationale Erfolgs- und Verlustrechnung für das 4. Quartal 2007.

Aus der Grafik geht hervor, dass die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben höher sind als jene auf gesamtstaatlicher Ebene.

2.3. INVESTITIONSAUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die insgesamt vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Gesundheitsausgaben für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2007 auf rund 79,325 Millionen Euro, was 6,6% der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 38,372 Millionen Euro zu Lasten des Haushalts des Sanitätsbetriebs und 40,954 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts (Abbildung 13).

Abbildung 13: Aufteilung in Prozent der Investitionsausgaben – Jahr 2007

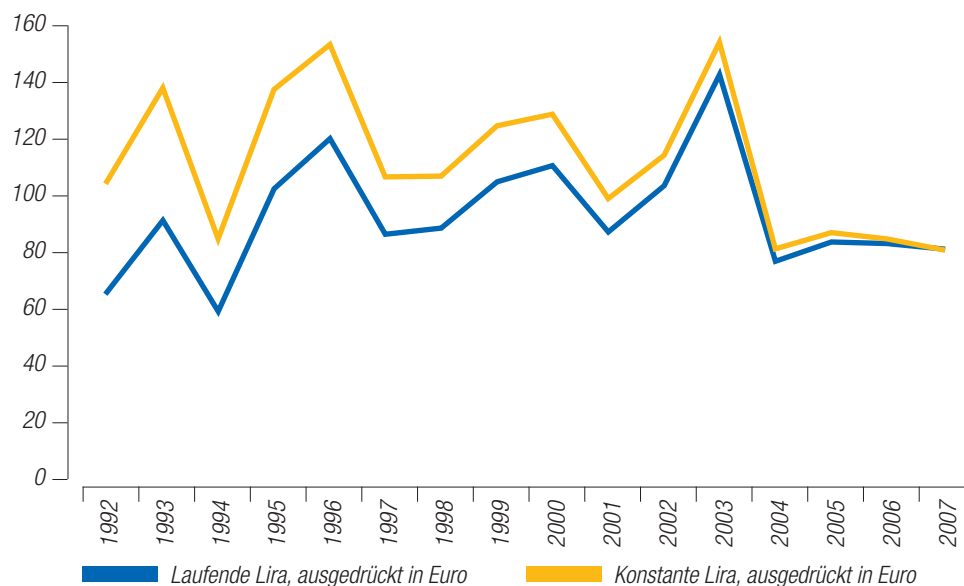


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Der Verlauf der Landesausgaben für Investitionen im Zeitraum 1992–2007 zeigt sowohl in Nominal- als auch in Istwerten, dass von Jahr zu Jahr unterschiedlich viele finanzielle Mittel aufgewendet wurden. Insbesondere wurden in den Jahren 1995, 1996 und 2004 erhebliche Ausgaben für Investitionen getätigt (Abbildung 14).

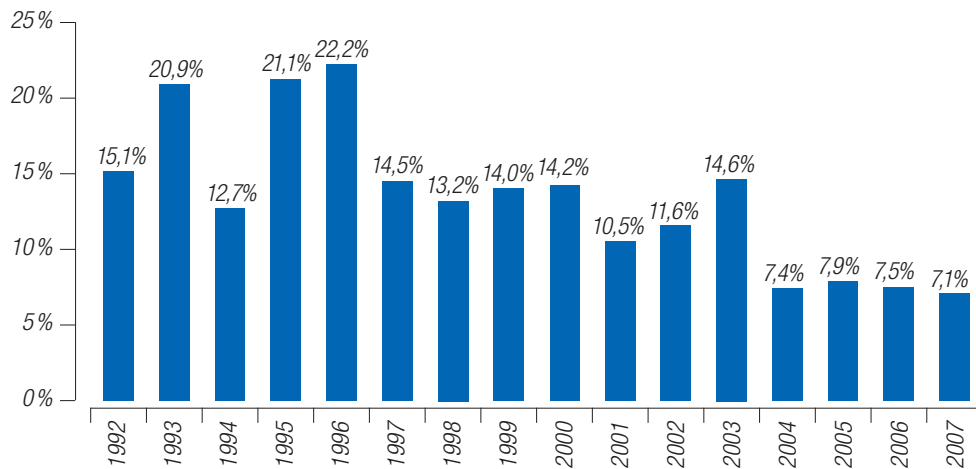
Dieses Ergebnis wird auch anhand des Verlaufs der Gesamtausgaben für Investitionen (Sanitätsbetrieb und Land) und den laufenden Gesamtausgaben (Abbildung 15) deutlich. 1994 konnte festgestellt werden, dass die Investitionsausgaben 22,2 % der laufenden Gesundheitsausgaben erreichten, gegenüber 7,1 % im Jahr 2007. Bei den laufenden Ausgaben handelt es sich hauptsächlich um Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb, während bei den Investitionsausgaben etwa die Hälfte direkt vom Land getragen wird, das besonderen Wert auf die Investitionen in Immobilien legt.

Abbildung 14: Investitionsausgaben (Sanitätsbetrieb und Provinz) – Jahre 1992 – 2007 (Millionen Euro)



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Abbildung 15: **Verlauf (%) der Investitionsausgaben (Sanitätsbetrieb und Provinz) an den laufenden Gesundheitsausgaben – Jahre 1992–2007**

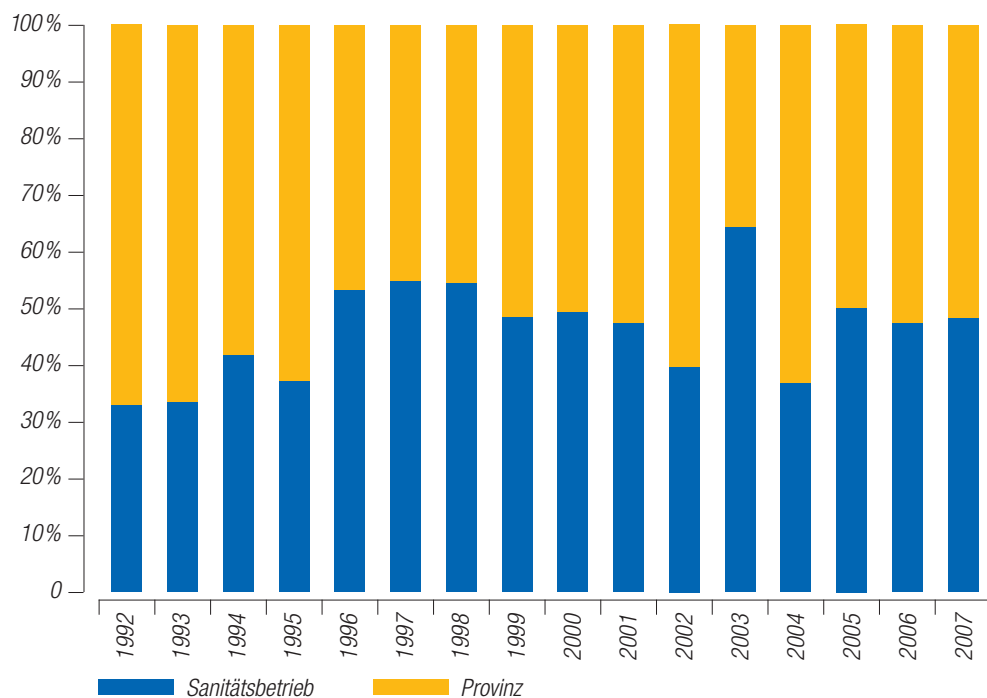


Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

Im Laufe der letzten Jahre konnte beobachtet werden, dass sich die Prozentverteilung der Investitionen zu Lasten des Betriebs und des Landes während des betreffenden Zeitraums unterschiedlich entwickelte. Im ersten Zeitraum zwischen 1992 und 1995 lagen die vom Land für Investitionen getätigten Ausgaben über denen des Sanitätsbetriebs. Von 1996 bis 1998 ist der Trend umgekehrt: Der Sanitätsbetrieb gibt mehr aus als das Land. Im Zeitraum 1999–2002 und für das Jahr 2004 sind die Ausgaben des Landes erneut höher, im Jahr 2003 ist wieder eine Trendumkehrung zu beobachten, die durch die vom Staat zur Unterstützung der Investitionsausgaben eingegangenen Mittel gerechtfertigt wird. Seit 2005 werden zirka die Hälfte der Investitionen vom Betrieb und die Hälfte vom Land getragen.

Die zeitlichen Unterschiede sind auf die Art der Investitionen zurückzuführen, insbesondere jener, die erheblichere Finanzierungen erfordern.

Abbildung 16: Investitionsausgaben, verteilt zwischen Sanitätsbetrieb und Provinz –
Jahre 1992–2007



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB

2.4. MOBILITÄTSSALDEN FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND DIE AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Das Tarifverzeichnis für Krankenhausaufenthalte wird laut Bestimmungen für die Kompensation der überbezirklichen, überregionalen und internationalen Mobilität im Gesundheitswesen verwendet. Die (sowohl aktive als auch passive) Mobilität zwischen den Gesundheitsbezirken des Landes wird als überbezirkliche Mobilität bezeichnet. Diejenige mit anderen italienischen Regionen wird als überregionale Mobilität bezeichnet, und die entsprechende Kompensation erfolgt zwischen Regionen und der Autonomen Provinz. Die Mobilität mit dem Ausland (internationale Mobilität) wird auf gesamtstaatlicher Ebene kompensiert.

In finanzieller Hinsicht gelten als Passivposten die getragenen Kosten für eigene Einwohner, die Gesundheitsleistungen in anderen Sanitätsbetrieben in Anspruch nehmen (passive Mobilität) und als Aktivposten Einnahmen für die von den Landeseinrichtungen produzierte Gesundheitsleistungen, die nicht von den im Zuständigkeitsgebiet des Sanitätsbetriebs ansässigen Bürgern in Anspruch genommen werden (aktive Mobilität). Der Saldo, der sich aus der Differenz zwischen passiver und aktiver Mobilität ergibt, ist Gegenstand der Kompensation.

2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden

Die überregionale Mobilität in Bezug auf die Aufenthalte für das Jahr 2007 verzeichnete einen Gesamtsaldo von zirka 5,2 Millionen Euro, mit einer Erhöhung von 27,7 % im Vergleich zum Jahr 2006.

Die Anzahl der von den Landeseinrichtungen für im übrigen Italien ansässige Patienten produzierten Aufenthalte belief sich auf 8.010, entsprechend einem Tarifwert von 22,4 Millionen Euro. Die Anzahl der von den Einrichtungen in den anderen Regionen Italiens für Südtiroler produzierten Aufenthalte betrug 4.532, entsprechend 17,2 Millionen Euro.

Tabelle 2: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag – Jahr 2007**

	Sanitätsbetrieb
Aktive Mobilität	
Anz. der Aufenthalte	8.010
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	22.474
Passive Mobilität	
Anz. der Aufenthalte	4.532
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	17.206
Saldo Aktiv - Passiv (Tausend Euro)	5.268

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Die Landeseinrichtung, welche die meisten Aufenthalte für nicht im Land ansässige Patienten produzierte, war das Krankenhaus Bozen, mit 3.541 Aufenthalten, entsprechend 12,4 Millionen Euro, gefolgt vom Krankenhaus Bruneck mit 1.244 Aufenthalten, entsprechend 2,3 Millionen Euro. Das Krankenhaus Schlanders produzierte dagegen mit 63 Aufenthalten die wenigsten Aufenthalte für nichtansässige Patienten.

Tabelle 3: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive überregionale Mobilität und entsprechende Tarifwerte, nach Krankenanstalt – Jahr 2007**

Krankenanstalte	Aufenthalte	Tariffbetrag
Krankenhaus Bozen	3.541	12.474.337
Krankenhaus Meran	642	1.561.210
Krankenhaus Brixen	828	2.562.382
Krankenhaus Bruneck	1.244	2.346.303
Krankenhaus Schlanders	63	93.381
Krankenhaus Sterzing	398	640.717
Krankenhaus Innichen	1.099	2.133.633
Öffentliche Krankenhäuser insgesamt	7.815	21.811.964
Privatklinik St. Maria	52	2.348
Privatklinik Villa St. Anna	29	54.193
Privatklinik Bonvicini	74	430.737
Privatklinik Villa Melitta	30	174.292
Privatklinik Martinsbrunn	10	–
Privatkliniken insgesamt	195	661.570
Krankenanstalten insgesamt	8.010	22.473.533

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

ÜBERREGIONALE
MOBILITÄT

Die häufigste von den Landeseinrichtungen für nichtansässige Patienten produzierte DRG ist die DRG 359 „Eingriff an Gebärmutter und Annexen, nicht wegen bösartigem Tumor ohne Komplikationen“, gefolgt von der DRG 39 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“.

Tabelle 4: Häufigste DRGs der Aufenthalte der aktiven überregionalen Mobilität – Jahr 2007

DRG	Beschreibung	Anzahl der Aufenth.	%	% kumul.
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	321	4,0%	4,0%
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	294	3,7%	7,7%
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	265	3,3%	11,0%
391	Unauffälliger Neugeborener	258	3,2%	14,2%
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	233	2,9%	17,1%
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17, ohne Komplikationen	194	2,4%	19,5%
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	167	2,1%	21,6%
243	Medizinische Rückenbeschwerden	164	2,0%	23,7%
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	144	1,8%	25,5%
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17, ohne Komplikationen	133	1,7%	27,1%
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	125	1,6%	28,7%
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	124	1,5%	30,2%
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	106	1,3%	31,6%
12	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	105	1,3%	32,9%
32	Gehirnerschütterung, Alter > 17 ohne Komplikationen	104	1,3%	34,2%
Insgesamt		8.010	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Die häufigste von den Einrichtungen in den anderen Regionen Italiens für Südtiroler Patienten produzierte DRG ist die DRG 39 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“, gefolgt von der DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“.

Tabelle 5: Häufigste DRGs der Aufenthalte der passiven überregionalen Mobilität - Jahr 2007

DRG	Beschreibung	Anzahl der Aufenth.	%	% kumul.
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	150	3,3%	3,3%
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	132	2,9%	6,2%
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	118	2,6%	8,8%
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	105	2,3%	11,1%
105	Eingriffe an den Herzklappen und andere größere Eingriffe an Herz und Thoraxorganen ohne Herzkatheterisierung	96	2,1%	13,3%
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	93	2,1%	15,3%
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	78	1,7%	17,0%
391	Unauffälliger Neugeborener	74	1,6%	18,7%
63	Sonstige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	73	1,6%	20,3%
256	Sonstige Diagnosen u. Re249 habilitation wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	68	1,5%	21,8%
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	63	1,4%	23,2%
500	Eingriffe an Rücken und Hals außer Spondylodese, ohne Komplikationen	62	1,4%	24,5%
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	62	1,4%	25,9%
109	Koronar-Bypass ohne Katheterisierung	60	1,3%	27,2%
479	Andere vaskuläre Eingriffe ohne Komplikationen	55	1,2%	28,4%
Insgesamt		4.532	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Die DRGs, die dagegen am häufigsten im Rahmen der überregionalen Gesundheitsmobilität von den Landeseinrichtungen produziert werden, sind die DRG 481 „Knochenmarktransplantation“, gefolgt von der DRG 209 „Eingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Extremitäten“ sowie der DRG 483 „Tracheostomie außer wegen Pathologien der Mundhöhle, des Kehlkopfs oder des Rachens“.

Tabelle 6: DRGs mit höchstem Wirtschaftswert der Aufenthalte der aktiven interregionalen Mobilität – Anzahl und Betrag – Jahr 2007

DRG	Beschreibung	Anzahl der Aufenth.	Betrag (in Tausend Euro)	%	% kumul.
481	Knochenmarktransplantation	46	2.116	9,4%	9,4%
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	167	1.492	6,6%	16,1%
483	Tracheostomie, ausgen. einer Diagnose betreffend Gesichts-, Mund- und Halsbereich	25	1.261	5,6%	21,7%
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	265	865	3,8%	25,5%
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	294	547	2,4%	27,9%
1	Kraniotomie, Alter > 17, ausgen. nach Trauma	52	539	2,4%	30,3%
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter > 17, ohne Komplikationen	194	507	2,3%	32,6%
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	125	498	2,2%	34,8%
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	321	410	1,8%	36,6%
492	Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	56	395	1,8%	38,4%
Insgesamt		8.010	22.474	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Die DRG mit höchstem Wirtschaftswert im Rahmen der überregionalen Gesundheitsmobilität ist die DRG 105 „Eingriffe an Herzklappen ohne Herzkatheterisierung“, gefolgt von

der DRG 208 „Eingriffe größeren Gelenken und Replantation der unteren Extremitäten“ sowie die DRG 109 „Koronar-Bypass ohne Katheterisierung“.

Tabelle 7: **DRGs mit höchstem Wirtschaftswert der Aufenthalte der passiven interregionalen Mobilität – Anzahl und Betrag – Jahr 2007**

DRG	Beschreibung	Anzahl der Aufenth.	Betrag (in Tausend Euro)	%	% kumul.
105	Eingriffe an den Herzklappen und andere größere Eingriffe an Herz und Thoraxorganen ohne Herzkatheterisierung	96	1.845	10,7%	10,7%
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	105	986	5,7%	16,5%
109	Koronar-Bypass ohne Katheterisierung	60	929	5,4%	21,9%
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	132	373	2,2%	24,0%
483	Tracheostomie, ausgen. einer Diagnose betreffend Gesichts-, Mund- und Halsbereich	6	336	2,0%	26,0%
108	Andere Eingriffe im Herz-, Thoraxbereich	18	262	1,5%	27,5%
63	Sonstige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	73	253	1,5%	29,0%
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	150	240	1,4%	30,4%
409	Strahlentherapie	35	235	1,4%	31,7%
1	Kraniotomie, Alter > 17, ausgen. nach Trauma	19	230	1,3%	33,1%
Insgesamt		4.532	17.206	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden

Der Sanitätsbetrieb muss den Bürgern die von den Versorgungsstandards vorgesehenen fachärztlichen Leistungen in den Ambulanzen, Instrumentaldiagnostiken und Laboruntersuchungen gewährleisten und sich dazu eigener Dienste oder anderer öffentlicher und privater Anbieter bedienen. Im zweiten Fall findet als Vergütungssystem die Zahlung nach Leistung Anwendung (Legislativdekret Nr. 502/92 in geltender Fassung). Ebenso wie für die Krankenhausaufenthalte hat die Landesverwaltung auch für die ambulanten Leistungen ein eigenes Tarifverzeichnis laut nationalen Bestimmungen erstellt, das sowohl für die Zahlung des Tickets als auch für die Vergütung der zwischen den anbietenden Einrichtungen ausgetauschten Leistungen oder von den mit dem Landesgesundheitsystem konventionierten privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen gilt.

Auf der Internetseite der Landesgesundheitsdienste „www.provincia.bz.it/sanita/2303/tar-spec“ oder der Beobachtungsstelle für Preise und Tarife der Autonomen Provinz Bozen „www.provincia.bz.it/osservatorio-tariffe“ ist das Tarifverzeichnis mit aktuellen Informationen und genauen Angaben zur Anwendung der Tarife abrufbar. Die Tarife entsprechen der maximalen Vergütung, die den Einrichtungen für im Rahmen des Landesgesundheitsystems erbrachte fachärztliche Leistungen bezahlt werden darf.

Tabelle 8: Gesamtbetrag für die überregionale fachärztliche Mobilität – Jahr 2007

	Sanitätsbetrieb
Aktive Mobilität	
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	3.374
Passive Mobilität	
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	2.077
Saldo Aktiv – Passiv (Tausend Euro)	1.297

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Im Hinblick auf die überregionale Mobilität insgesamt (bei der neben den Aufenthalten auch andere Flüsse – fachärztliche Leistungen, Medikamente usw. – berücksichtigt werden) ist zu bemerken, dass die Anzahl an Leistungen im Rahmen der aktiven überregionalen Mobilität insgesamt 446.567 betrug, entsprechend 29,4 Millionen Euro, während die Leistungen im Rahmen der passiven überregionalen Mobilität sich auf 275.714, entsprechend 21,8 Millionen Euro, beliefen.

Tabelle 9: Leistungen in Bezug auf die aktive und passive überregionale Mobilität insgesamt und entsprechender Betrag – Jahr 2007

	Sanitätsbetrieb
Aktive Mobilität	
Anzahl der Leistungen	446.567
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	29.490
Passive Mobilität	
Anzahl der Leistungen	275.714
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	21.808
Saldo Aktiv - Passiv (Tausend Euro)	7.682

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Insgesamt zeigt der Saldo in Geldwert der überregionalen Mobilität für das Jahr 2007 einen positiven Betrag von 7,7 Millionen Euro (5,9 im Jahr 2006).

Die Patienten der Autonomen Provinz Trient nehmen die Gesundheitsleistungen in Südtirol am meisten in Anspruch, und zwar mit 13,8 Millionen Euro, gefolgt von den Patienten aus dem Veneto mit 6,1 Millionen Euro und der Region Lombardei mit 2,1 Millionen Euro.

**INTERREGIONALE
MOBILITÄT
INSGESAMT**

Tabelle 10: Gesamtbeträge für die aktive überregionale Mobilität nach Wohnsitz-Region – Jahr 2007

Region	Betrag (Euro)	%	% kumul.
Trient	13.841.027	46,9%	46,9%
Venetien	6.194.194	21,0%	67,9%
Lombardei	2.134.426	7,2%	75,2%
Latium	1.334.245	4,5%	79,7%
Emilia Romagna	1.302.862	4,4%	84,1%
Toskana	801.231	2,7%	86,8%
Friaul Julisch-Venetien	700.928	2,4%	89,2%
Sizilien	525.823	1,8%	91,0%
Apulien	497.179	1,7%	92,7%
Ligurien	400.939	1,4%	94,0%
Kampanien	354.006	1,2%	95,2%
Piemont	347.404	1,2%	96,4%
Marken	300.493	1,0%	97,4%
Kalabrien	271.765	0,9%	98,4%
Sardinien	203.735	0,7%	99,0%
Umbrien	109.897	0,4%	99,4%
Abruzzen	74.903	0,3%	99,7%
Basilikata	47.522	0,2%	99,8%
Molise	29.385	0,1%	99,9%
Aostatal	18.570	0,1%	100,0%
Insgesamt	29.490.534	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

Die Südtiroler Patienten nahmen am meisten die Gesundheitsleistungen der Region Veneto in Anspruch (mit 9,0 Millionen Euro), gefolgt von denen der Autonomen Provinz Trient (4,8 Millionen Euro) und denen der Region Lombardei (2,4 Millionen Euro).

Tabelle 11: Gesamtbeträge für die passive überregionale Mobilität nach Behandlungsregion – Jahr 2007

Region	Betrag (Euro)	%	% kumul.
Venetien	9.042.971	41,5%	41,5%
Trient	4.824.908	22,1%	63,6%
Lombardei	2.410.337	11,1%	74,6%
Emilia Romagna	2.398.223	11,0%	85,6%
Friaul Julisch-Venetien	630.898	2,9%	88,5%
Kampanien	535.909	2,5%	91,0%
Latium	394.442	1,8%	92,8%
Toskana	378.841	1,7%	94,5%
Piemont	211.253	1,0%	95,5%
Marken	173.723	0,8%	96,3%
Kalabrien	168.960	0,8%	97,1%
Apulien	151.034	0,7%	97,8%
Ligurien	121.275	0,6%	98,3%
Sardinien	95.138	0,4%	98,8%
Sizilien	77.573	0,4%	99,1%
Umbrien	69.534	0,3%	99,4%
Abruzzen	63.613	0,3%	99,7%
Basilikata	16.034	0,1%	99,8%
Molise	15.796	0,1%	99,9%
KH Bambin Gesù	12.410	0,1%	99,9%
Acismom	12.350	0,1%	100,0%
Aostatal	1.960	0,0%	100,0%
Insgesamt	21.807.179	100,0%	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

2.4.3. Internationale Mobilität

In Bezug auf die internationale Mobilität sind die kompletten Daten für das Jahr 2005 verfügbar, ausschließlich der Aufenthalte in Österreich, die durch spezifische Konventionen geregelt sind.

Aus der Tabelle 12 geht hervor, dass der Gesamtsaldo der internationalen Krankenhausmobilität für das Jahr 2005 im Vergleich zum Jahr 2004 angestiegen ist und sich um 3 Millionen Euro im aktiven Bereich befindet.

Tabelle 12: **Gesamtbetrag für die internationalen Krankenhausmobilität (ausgenommen Österreich) – Jahr 2005**

	Sanitätsbetrieb
Aktive Mobilität	
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	7.421
Passive Mobilität	
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	4.416
Saldo Aktiv – Passiv (Tausend Euro)	3.005

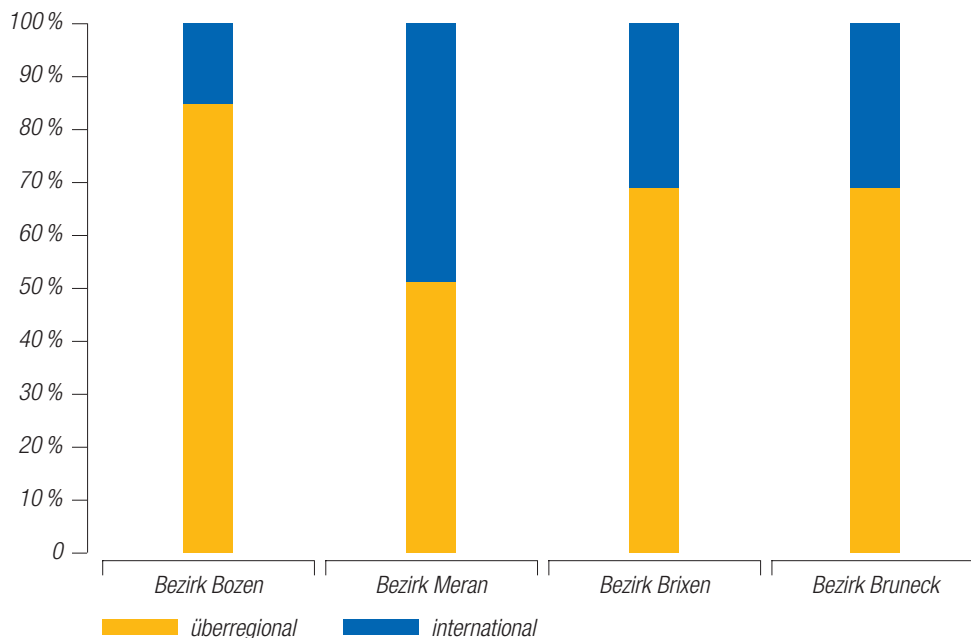
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv

In den Abbildungen 17 und 18 wird die Zusammensetzung des Wirtschaftswerts der aktiven und passiven Mobilität nach den zwei Komponenten überregional und international dargestellt.

Auf überregionaler Ebene gehört der Gesundheitsbezirk Bozen zu den beliebtesten bei den italienischen Patienten, die außerhalb des Landes ansässig sind.

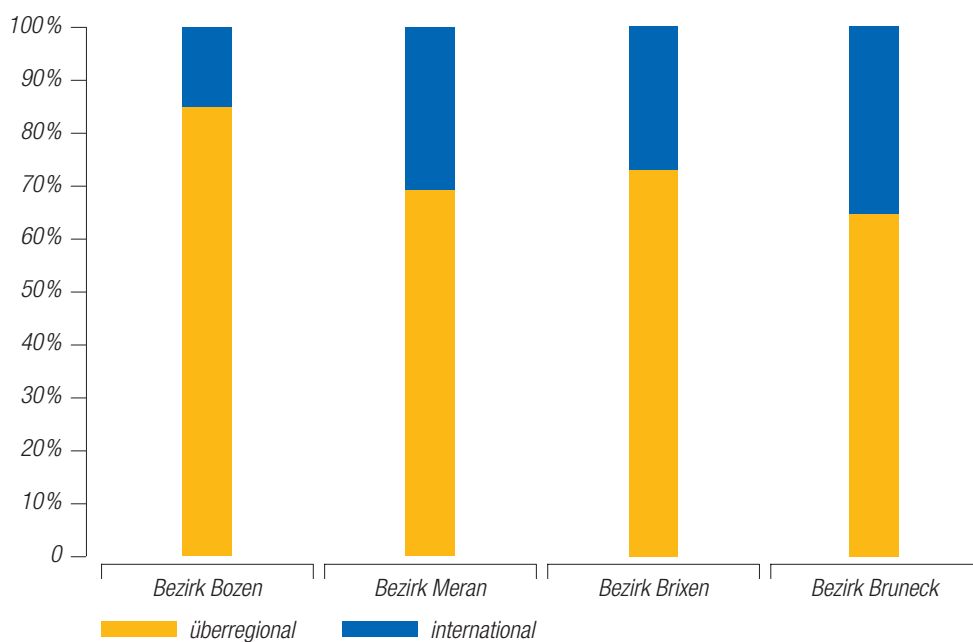
**ZUSAMMENFASSUNG
DER ÜBERREGIONALEN
UND INTERNATIONALEN
MOBILITÄT**

Abbildung 17: **Einnahmen für die aktive überregionale (2007) und internationale (2005) Mobilität – Tausend Euro**



Im Hinblick auf die passive internationale Mobilität nehmen die im Gesundheitsbezirk Bruneck ansässigen Patienten am meisten Aufenthalte im Ausland in Anspruch. In Bezug auf die aktive Mobilität ist der Bezirk mit dem höchsten Attraktionsgrad für die Ausländer noch Meran.

Abbildung 18: Einnahmen für die passive überregionale (2007) und internationale (2005) Mobilität – Tausend Euro



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, APB – KEB – Mobilitätsarchiv



Anhang

Das Ausländerprofil

Das Ausländerprofil

In den letzten 20 Jahren nahm das Phänomen der Einwanderung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zunehmende Ausmaße an. Nach den im Statistikdossier 2007 Caritas/Migrantes über die Immigration veröffentlichten Daten wurden Anfang des Jahres 2006 zirka 28 Millionen Einwanderer mit ausländischer Staatsbürgerschaft verzeichnet. Schließt man jedoch diejenigen ein, die in der Zwischenzeit die italienische Staatsbürgerschaft angenommen haben, steigt die Zahl auf 50 Millionen. Zum 1. Jänner 2006 hatten zirka 3,035 Millionen ausländische Staatsbürger ihren ständigen Wohnsitz auf dem italienischen Hoheitsgebiet. Hinzu kommen die Kinder, die im Laufe des Jahres geboren wurden, sowie die Ausländer, denen Visa wegen Familiennachzug, aus Studiengründen, religiösen oder anderen Gründen ausgestellt wurden.

Der Aufenthalt ausländischer Staatsbürger in Italien im Jahr 2006 wurde auf insgesamt 3,69 Millionen Personen geschätzt, entsprechend 6,2 % der gesamten Wohnbevölkerung. Angesichts der Verschärfung der Lage wurden in Europa und Italien erst kürzlich Maßnahmen eingeleitet, die auf die Integration dieser neuen Bürger abzielen. Im Gesundheitsbereich wurden einige grundlegende nationale Gesetze erlassen: das Gesetz Nr. 33/1980 sah als erste Etappe des Entwicklungsprozesses Sonderbestimmungen vor, die der ausländischen Bevölkerung auf dem Staatsgebiet dringende Behandlungen garantierten; das Gesetz Nr. 40/1998 über den Einheitstext über die Immigration, genehmigt mit GvD Nr. 286/1998 und die diesbezügliche Verordnung, genehmigt mit DPR Nr. 394/1999, regeln das derzeitige Rechtssystem der gesundheitlichen Versorgung zugunsten der Ausländer auf dem Staatsgebiet. Die in diesen Maßnahmen enthaltenen Bestimmungen sehen die gesundheitliche Versorgung nach vier Richtlinien¹ vor:

1. Volle Gleichberechtigung gegenüber den italienischen Staatsbürgern in Bezug auf das Recht auf Versorgung und die Beitragspflicht für:
 - die regulär in Italien anwesenden Ausländer, welche nichtselbstständig oder selbstständig beschäftigt sind;
 - die Ausländer mit regulärer Aufenthaltsgenehmigung oder jene, die deren Verlängerung beantragt haben (...);
2. Die Pflicht für die Ausländer mit regulärer Aufenthaltsgenehmigung (welche nicht beim NGD eingetragen sind, weil sie nicht zu den vorhergehenden Kategorien gehören), sich auf eigene Kosten bei einer Versicherungsgesellschaft zu versichern oder sich beim NGD zu den besonderen Beitragsbedingungen, die von der Ministerialverordnung vom 8. Oktober 1986 vorgesehen sind, einzutragen;
3. Die Erbringung von dringenden Krankenhausbehandlungen oder grundlegenden Therapien zugunsten von Ausländern, die nicht den Bestimmungen der Einwanderungs- und Aufenthaltsgesetze entsprechen;
4. Die Erbringung von kostenlosen gesundheitlichen Leistungen zugunsten von irregulären oder illegalen Einwanderern, falls sie über keine wirtschaftlichen Ressourcen verfügen, ausgenommen die Kostenbeteiligung wie für die italienischen Staatsbürger. Folglich sind die Ausgaben für die dringenden oder grundlegenden Krankenhausleistungen zu Lasten eines spezifischen Haushaltsfonds des Innenministeriums; in den anderen Fällen übernehmen die lokalen Sanitätsbetriebe, in denen die Leistungen erbracht werden, die Kosten anhand eines eigenen Beitrags seitens des Nationalen Gesundheitsfonds.

¹ Monitor 18 – Einwanderer und Gesundheitsversorgung – Agentur für Regionale Gesundheitsdienste

Aus der Sicht der gesundheitlichen Informationsflüsse betreffen die verfügbaren Daten die ausländische Wohnbevölkerung, die wie die italienischen Staatsbürger in den Datenbanken der Versorgungsberechtigten und Versorgten erfasst wurde.

In diesem Teil des Gesundheitsberichts wird das Profil der gesundheitlichen Versorgung seitens des Landesgesundheitsdienstes zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung im Jahr 2007 vorgestellt.

Im Jahr 2007 waren in Südtirol, in gelebten Jahren gerechnet, 26.468 ausländische Bürger ansässig, was 5,5 % der gesamten Wohnbevölkerung entspricht; 3.652 davon stammen aus Albanien, 2.284 aus Marokko, 2.034 aus Serbien-Montenegro und 7.916 aus anderen EU-27-Staaten. Die ausländische Bevölkerung, vor allem jene aus Nicht-EU-Staaten, setzt sich vorwiegend aus Männern zwischen 18 und 49 Jahren zusammen. Im Vergleich zu den italienischen Staatsbürgern verzeichnet die ausländische Bevölkerung eine hohe Geburtenrate (23,0 Geborene pro 1.000 Einwohner gegenüber 10,7 für die italienischen Bürger).

Die chronischen Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung betreffen neben Hypertonie und Kardiopathie an den ersten beiden Plätzen die Diabetes in der asiatischen und afrikanischen Bevölkerung und die Bronchopathie in der amerikanischen und afrikanischen Bevölkerung. Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung seitens der ausländischen Wohnbevölkerung ist geringer als jene der italienischen Bürger; die Hospitalisierungsrate beträgt 193,6 Aufenthalte pro 1.000 Ansässige; durchschnittlich nahm jeder ausländische Bürger im Jahr 2007 11,8 ambulante Leistungen in Anspruch und 4,9 Medikamentenpackungen ein.

Über 40 % der Aufenthalte seitens ausländischer Bürgerinnen betrafen die MCD Schwangerschaft, Geburt und Puerperium, während die Männer am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Magen-Darmtrakts im Kindesalter und Alkoholmissbrauch im Jugend- und Erwachsenenalter versorgt wurden. Zu den fachärztlichen Leistungen zugunsten ausländischer Bürger gehören an erster Stelle die Geburtshilfe-/gynäkologischen Leistungen, ärztliche Visiten und zahnärztliche/stomatologische Leistungen, während für die Pharmakotherapien insbesondere allgemeine Antimikrobika zur systematischen Verabreichung und Medikamente für den Respirationstrakt verschrieben wurden.

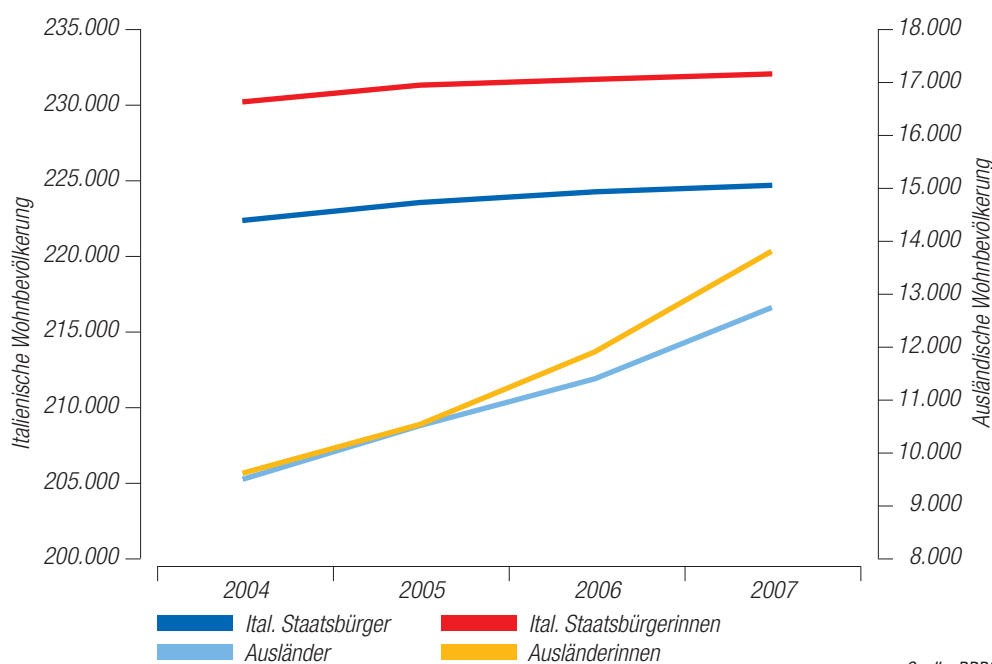
1. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG

1.1. STRUKTUR DER AUSLÄNDISCHEN BEVÖLKERUNG

Gemäß den in der Landesgesundheitsdatenbank der Versorgungsberechtigten enthaltenen Daten zählte die ausländische Wohnbevölkerung Südtirols im Jahr 2007, in gelebten Jahren gerechnet, 26.468 Personen, davon 7.916 (29,9 %) aus EU-Staaten, einschließlich Rumänien und Bulgarien seit dem 1. Jänner 2007 (EU-27), und 18.552 (70,1 %) aus Nicht-EU-Staaten.

In den letzten vier Jahren verzeichnete die ausländische Wohnbevölkerung einen Gesamtzuwachs von 40 %, mit einem Anstieg von ca. 19.000 im Jahres 2004 auf über 26.500 im Jahr 2007. Der größte Zuwachs wurde im vergangenen Jahr mit einem Prozentsatz von 13,8 %, entsprechend 3.220 neuen Ansässigen, registriert.

Abbildung 1: **Verteilung der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung (in gelebten Jahren) nach Geschlecht – Jahre 2004–2007**



Die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung im Zweijahreszeitraum 2004–2005 nach Geschlecht zeigt im Gegensatz zu den italienischen Bürgern einen gleichen weiblichen und männlichen Anteil; in den darauf folgenden zwei Jahren ähnelt die Entwicklung tendenziell der Situation in Südtirol. Dies ist ein Zeichen für den Stabilisierungsprozess der ausländischen Bevölkerung in Südtirol (im Jahr 2007 belief sich der Anteil an Ausländerinnen auf 52 % gegenüber 51 % italienischen Staatsbürgerinnen).

In Bezug auf die gesamte Wohnbevölkerung im Jahr 2007 stellt die ausländische Bevölkerung in Südtirol (in gelebten Jahren) einen Anteil von 5,5 %; in einem Vergleich mit den anderen italienischen Regionen des Jahres 2006 platziert sich Südtirol auf der Hälfte der Rangliste, nah den Werten der Regionen Norditaliens knapp über dem nationalen Durchschnitt.

**ENTWICKLUNG DER
AUSLÄNDISCHEN
BEVÖLKERUNG VON
2004 BIS 2007**

AUSLÄNDER IN ITALIEN

AUSLÄNDER IN EUROPA

Tabelle 1: **Gesamte und ausländische Wohnbevölkerung nach italienischer Region zum 31.12.2006 – Werte in Tausend**

Region	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%	Region	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%
Lombardei	9.545	729	7,6%	Ligurien	1.608	81	5%
Emilia Romagna	4.223	318	7,5%	Italien	59.131	2.939	5%
Venetien	4.774	350	7,3%	Aostatal	125	6	4,4%
Umbrien	873	64	7,3%	Abruzzen	1.310	48	3,7%
Marken	1.536	99	6,5%	Kalabrien	1.998	35	1,8%
Toskana	3.638	234	6,4%	Kampanien	5.790	98	1,7%
Trentino-Südtirol	995	62	6,2%	Sizilien	5.017	78	1,6%
Latium	5.493	330	6%	Molise	320	5	1,5%
Friaul-J.V.	1.213	72	6%	Apulien	4.070	51	1,3%
AP Bozen	486	28	5,8%	Sardinien	1.659	19	1,2%
Piemont	4.353	252	5,8%	Basilikata	591	7	1,1%

Quelle: ISTAT – Italienische und ausländische Wohnbevölkerung 2006

Auf europäischer Ebene zeigt sich das Phänomen der Immigration in den EU-25-Ländern nach den Daten des Jahres 2005 ausgeprägter als in Italien (4,5%) und Südtirol (5,3%), vor allem in den an Italien angrenzenden Ländern (Österreich 9,8%, Spanien 9,1%, Deutschland 8,8%, Frankreich 5,6%).

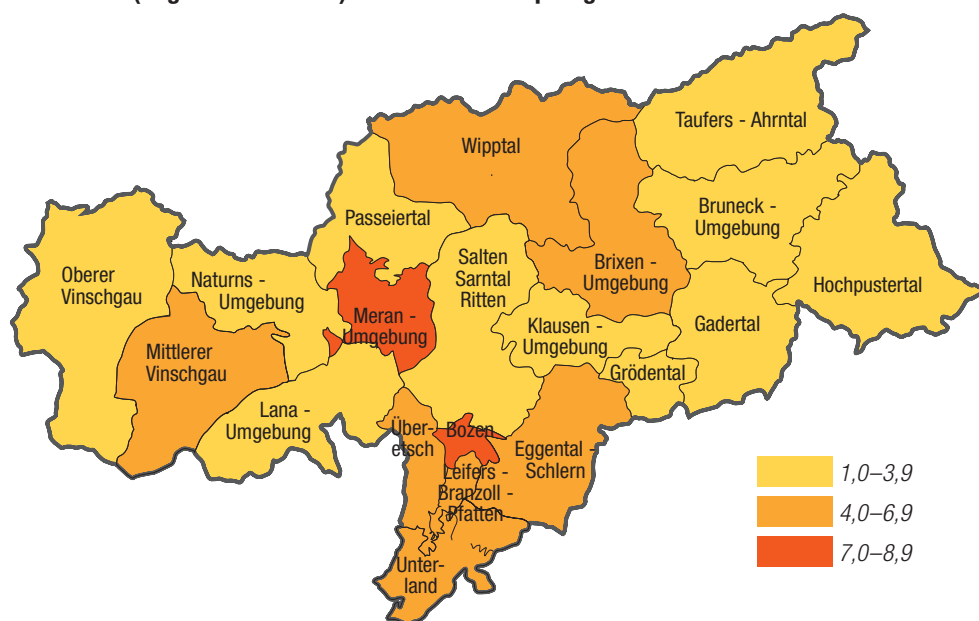
Tabelle 2: **Gesamte und ausländische Wohnbevölkerung nach EU-Mitgliedstaat zum 31.12.2005 – Werte in Tausend**

Staat	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%	Staat	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%
Luxemburg	460	182	39,6%	AP Bozen	481	25	5,3%
Lettland	2.295	457	19,9%	Denmark	5.427	270	5%
Estland	1.345	242	18%	Italien	58.752	2.671	4,5%
Zypern	766	98	12,8%	Holland	16.334	691	4,2%
Österreich	8.266	814	9,8%	Malta	404	12	3%
Spanien	43.758	4.003	9,1%	Portugal	10.570	276	2,6%
Deutschland	82.438	7.289	8,8%	Tschech. Republ.	10.251	258	2,5%
Belgien	10.511	901	8,6%	Slowenien	2.003	49	2,4%
Griechenland	11.125	884	7,9%	Finnland	5.256	114	2,2%
Irland	4.209	314	7,5%	Polen	38.157	700	1,8%
EU-25	463.636	27.853	6%	Ungarn	10.077	156	1,5%
Verein. Königreich	60.393	3.425	5,7%	Litauen	3.403	33	1%
Frankreich	62.999	3.510	5,6%	Slovakei	5.389	26	0,5%
Schweden	9.048	480	5,3%				

Quelle: EUROSTAT

In Bezug auf die territoriale Verteilung lebt die ausländische Wohnbevölkerung in Südtirol vorwiegend in den Stadtzentren (Abbildung 2): fast 60% in den Städten Bozen, Meran, Brixen und Bruneck; 47% allein in Bozen und Meran.

Abbildung 2: Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung (in gelebten Jahren) nach Wohnsitz-Sprengel – Jahr 2007



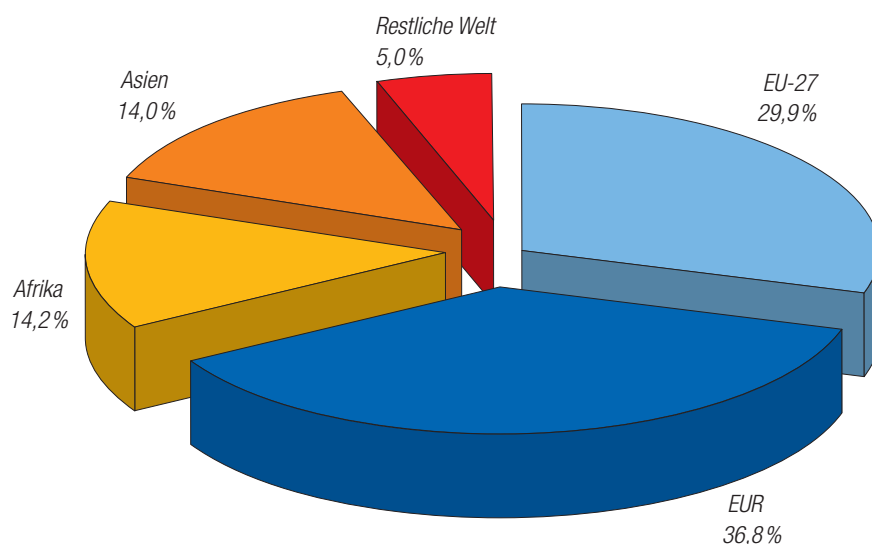
Quelle: BDPA

In den letzten zehn Jahren zeigte die ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsbürgerschaft eine deutliche Erhöhung der ausländischen Bevölkerung aus nicht zur EU-25 gehörenden europäischen Ländern.

HERKUNFT DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG

401

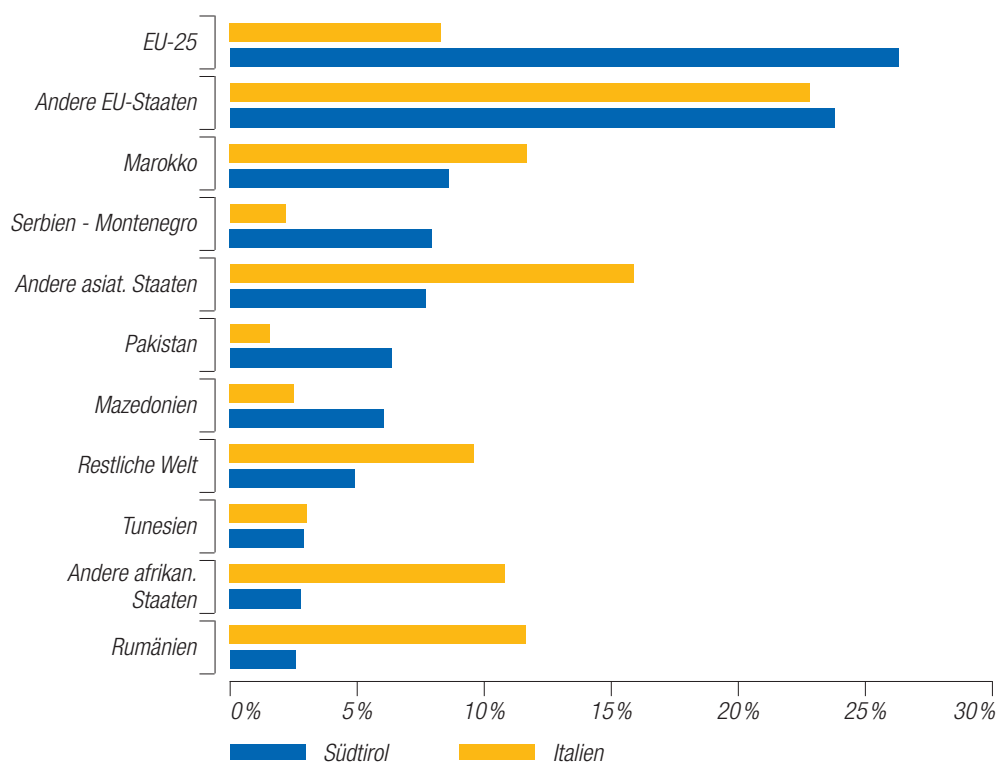
Abbildung 3: Ausländische Wohnbevölkerung nach Herkunftsgebiet – Jahr 2007



Quelle: BDPA

Die ausländische Wohnbevölkerung aus europäischen Nicht-EU-Staaten (ausgenommen Rumänien und Bulgarien, die seit 2007 zur Europäischen Gemeinschaft gehören) machte im Jahr 2007 in Südtirol 37 % der gesamten ausländischen Bevölkerung aus (9.748 Personen) (Abbildung 3), über 3.500 davon aus Albanien, erstes Herkunftsgebiet der Ausländer. Als zweites Herkunftsgebiet folgt Marokko mit über 2.200 Personen (8,6 % der ausländischen Wohnbevölkerung).

Abbildung 4: Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in Südtirol und Italien nach Staatsbürgerschaft – Stand zum 31.12.2006



Quelle: ISTAT – Bevölkerungsentwicklung in Zahlen

In Bezug auf die Verteilung der ausländischen Wohnbevölkerung Italiens zum 31.12.2006 kennzeichnet sich Südtirol durch eine stärkere Präsenz von Bürgern aus der EU, Serbien-Montenegro, Pakistan und Mazedonien; in den anderen Regionen Italiens ist die rumänische Staatsbürgerschaft an der ausländischen Wohnbevölkerung aus Nicht-EU-25-Staaten (39,1 %) erheblich, neben bedeutenden Anteilen aus den asiatischen und afrikanischen Staaten, die viel höher als in Südtirol sind.

Die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung setzt sich vorwiegend aus der Klasse von 18 bis 49 Jahren (zwei Drittel insgesamt, 65,2 %) zusammen. Im Gegensatz zur Wohnbevölkerung mit italienischer Staatsbürgerschaft besteht die ausländische aus wenigen älteren Menschen, rund 1.048 über 64 Jahren (4,0 % insgesamt, gegenüber 18,8 % für die italienischen Bürger) und aus vielen Kindern, über 5.000 bis zu 14 Jahren (19,3 %, gegenüber 16,2 % der italienischen Staatsbürger).

Tabelle 3: **Ausländische Wohnbevölkerung in Südtirol und Italien zum 31.12.2006 – Absolute Werte und Prozentwerte**

Staatsbürgerschaft	Südtirol		Italien	
	Absolute Werte	%	Absolute Werte	%
EU-25	7.464	26,3%	244.064	8,3%
Andere EU-Staaten	6.749	23,8%	669.669	22,8%
Marokko	2.449	8,6%	343.228	11,7%
Serbien und Montenegro	2.260	8,0%	64.411	2,2%
Andere asiatische Staaten	2.183	7,7%	466.295	15,9%
Pakistan	1.808	6,4%	46.085	1,6%
Mazedonien	1.721	6,1%	74.162	2,5%
Restliche Welt	1.400	4,9%	282.139	9,6%
Tunesien	830	2,9%	88.932	3,0%
Andere afrikanische Staaten	799	2,8%	317.737	10,8%
Rumänien	731	2,6%	342.200	11,6%
Gesamt	28.394	100,0%	2.938.922	100,0%

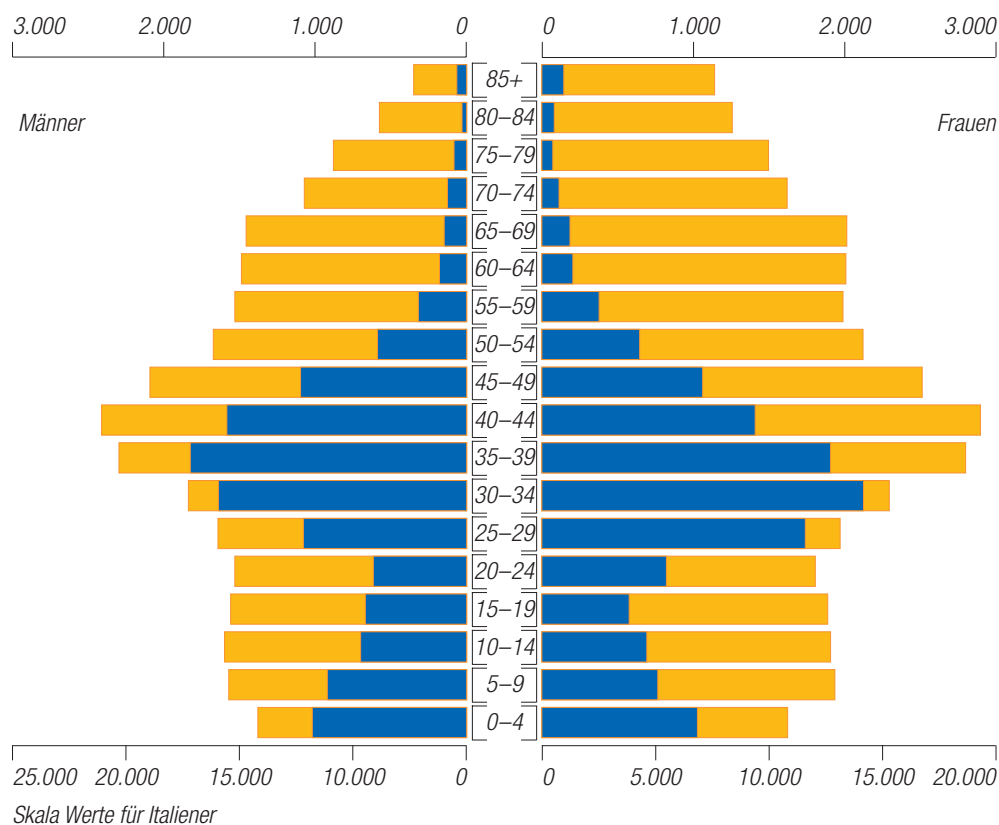
Quelle: ISTAT – Bevölkerungsentwicklung in Zahlen

Analysiert man außerdem die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung nach Staatsbürgerschaft, weisen die Ausländer aus EU-27-Ländern ähnliche Merkmale wie die Südtiroler mit italienischer Staatsbürgerschaft auf.

**ALTERSSTRUKTUR DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Abbildung 5: **Altersstruktur der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung in Südtirol im Jahr 2007**

Skala Werte für Ausländer



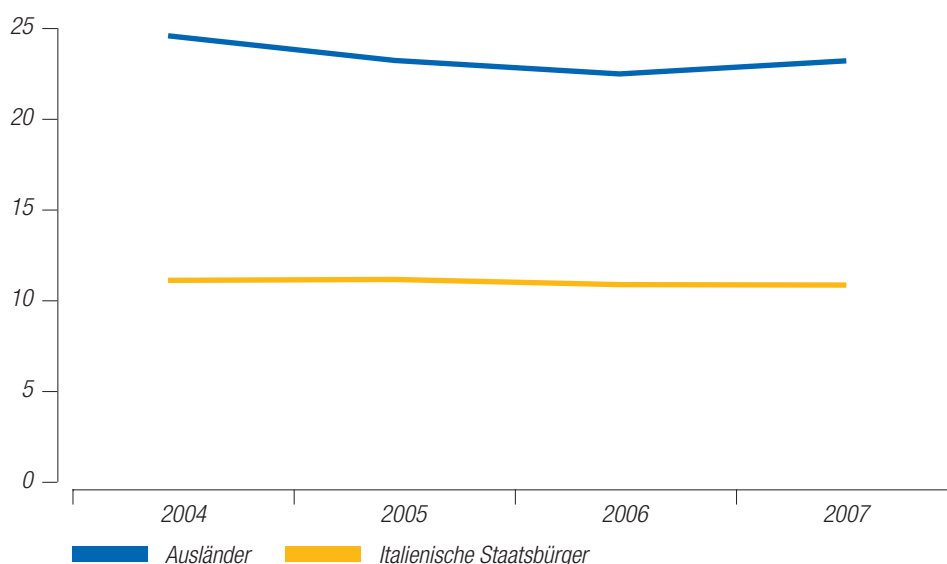
■ Ausländer ■ Italien. Staatsbürger

Quelle: BDPA

1.2. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

2007 betrug die Zahl der im Jahresverlauf geborenen Kinder, für welche mindestens ein Elternteil eine ausländische Staatsbürgerschaft erklärt hat, 1.020; 128 davon haben einen ausländischen Vater (12,5% der von ausländischen Eltern Geborenen), 283 haben eine ausländische Mutter (27,7% gegenüber 32,1% im Jahr 2006) und bei 609 sind beide Eltern ausländischer Staatsbürgerschaft (59,7%). Meldeamtlich wurden im Laufe des Jahres 610 Kinder mit ausländischer Staatsbürgerschaft registriert, was einer Geburtenrate, berechnet als Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner, von 23,0 Einwohner entspricht, gegenüber einer Rate von 10,7 Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner italienischer Staatsbürgerschaft.

Abbildung 6: **Geburtenrate der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung in Südtirol – Jahre 2004–2007**



Quelle: ISTAT – Bevölkerungsentwicklung in Zahlen

GEBURTENRATE DER AUSLÄNDISCHEN WOHNBEVÖLKERUNG

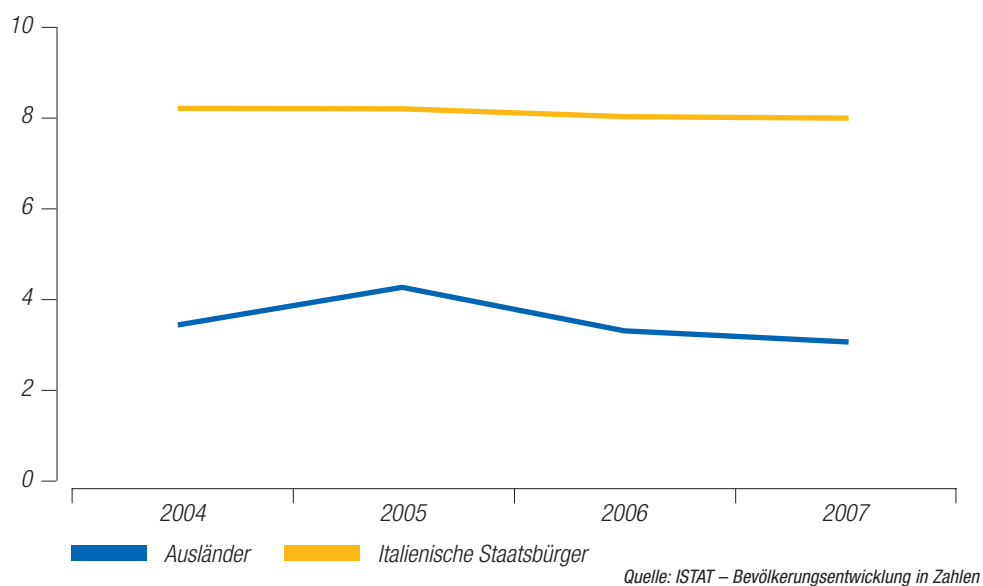
Im Zeitraum 2004–2007 blieb die gesamte Geburtenrate der Südtiroler Bevölkerung im Wesentlichen stationär, die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung kennzeichnete sich dagegen durch einen abnehmenden Trend bis 2006, blieb aber im Vergleich zu den Daten bezüglich der italienischen Bevölkerung weit höher.

In Bezug auf die Verteilung der ausländischen Frauen in Südtirol im Jahr 2007 nach Staatsbürgerschaft stehen die Frauen afrikanischer Herkunft an erster Stelle der Geburtenraten mit 112 Geburten pro 1.000 ansässige Frauen, gefolgt von den Frauen aus Asien (80 Geburten pro 1.000 ansässige Frauen) und den süd- und mittelamerikanischen Staatsbürgerinnen (66 Geburten pro 1.000 Frauen).

STERBLICHKEITSRATE DER AUSLÄNDISCHEN WOHNBEVÖLKERUNG

Die Sterblichkeitsrate der ausländischen Wohnbevölkerung liegt zahlenmäßig aufgrund ihrer jungen Altersstruktur im Vergleich zur Südtiroler Bevölkerung sehr niedrig: 80 Personen im Jahr 2007 mit einer relativen Sterblichkeitsrate von 3,0 Todesfällen pro 1.000 Ansässige. In den vergangenen vier Jahren ist eine wesentliche Stabilität zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildet das Jahr 2006, in dem die Sterblichkeitsrate über dem Durchschnitt des Zeitraums, jedoch weit unter den Werten der italienischen Bevölkerung liegt.

Abbildung 7: **Sterblichkeitsrate der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung in Südtirol – Jahre 2004–2007**



Neben der natürlichen Entwicklung der ausländischen Wohnbevölkerung mit einem sehr positiven Saldo (20,0 pro 1.000 ansässige Ausländer gegenüber 2,8 pro 1.000 italienische Staatsbürger) wird das Bevölkerungswachstum in Südtirol auch von der Migrationsdynamik beeinflusst. Im Jahr 2007 beliefen sich die ausländischen Einwanderungen auf 7.292 Personen, 5.049 davon (69,2 %) sind Direktimmigrationen.

2. GESUNDHEITZUSTAND

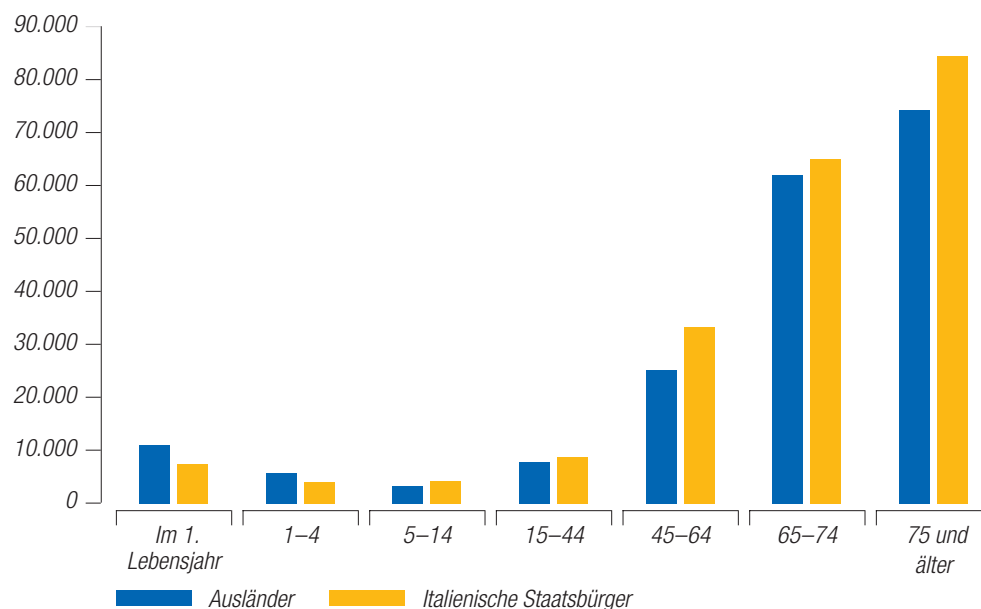
Die Bewertung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung ist an und für sich aufgrund der zahlreichen Determinanten nicht einfach; außerdem ist eine Erhebung der Informationen – getrennt für die ausländische und italienische Wohnbevölkerung – vor allem aufgrund der Ad-hoc-Datenflüsse nicht immer möglich.

Auf der Grundlage der Analyse der aktuellen Informationsflüsse kann ein Teilprofil des Gesundheitszustandes wiedergegeben werden, das die wichtigsten Merkmale der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zur italienischen aufzeigt.

Die Ergebnisse des Mapping der chronischen Krankheiten (vgl. erster Teil des Kapitels 3.2.) betreffen zwar die ältere Bevölkerung und erscheinen somit wenig affin mit den Ausländern, bieten jedoch einige interessante Betrachtungen. Insgesamt beträgt die Prävalenz der chronischen Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung 12,5%, in der italienischen Bevölkerung über das Doppelte (26,4%). Die Verteilung der Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Altersklasse (pro 100.000 Einwohner) zeigt in den ersten Lebensjahren (0 bis 4 Jahre) höhere Werte bei der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zur italienischen Bevölkerung und ist den beiden Bevölkerungen in den Altersklassen 5–14 sowie 15–44 ähnlich. In der Altersklasse über 44 überwiegen die chronischen Krankheiten in der italienischen Bevölkerung.

**CHRONISCHE
KRANKHEITEN IN DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Abbildung 8: **Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Altersklasse in der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung. Südtirol – Jahr 2007**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Die Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft gibt an, dass Krankheiten in der afrikanischen und asiatischen Bevölkerung stärker verbreitet sind; chronische Krankheiten kommen häufiger in der afrikanischen und amerikanischen weiblichen Bevölkerung und in der männlichen Bevölkerung der anderen Herkunftsgebiete vor.

Tabelle 4: **Chronische Krankheiten in der Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	Std. Rate	Anzahl	Std. Rate	Anzahl	Std. Rate
Afrika	258	16.123,0	167	17.428,6	425	16.442,8
Sonstige	25	15.825,0	28	15.469,5	53	16.215,4
Amerika	34	18.325,5	86	17.331,9	120	17.464,6
Asien	297	18.458,5	169	18.071,4	466	19.432,6
Europa	941	16.472,8	1.291	15.999,8	2.232	16.195,5
Italien	53.698	19.714,9	66.616	20.636,9	120.314	20.169,6

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Tabelle 5: **Chronische Krankheiten in der Wohnbevölkerung nach Krankheit, Geschlecht und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**

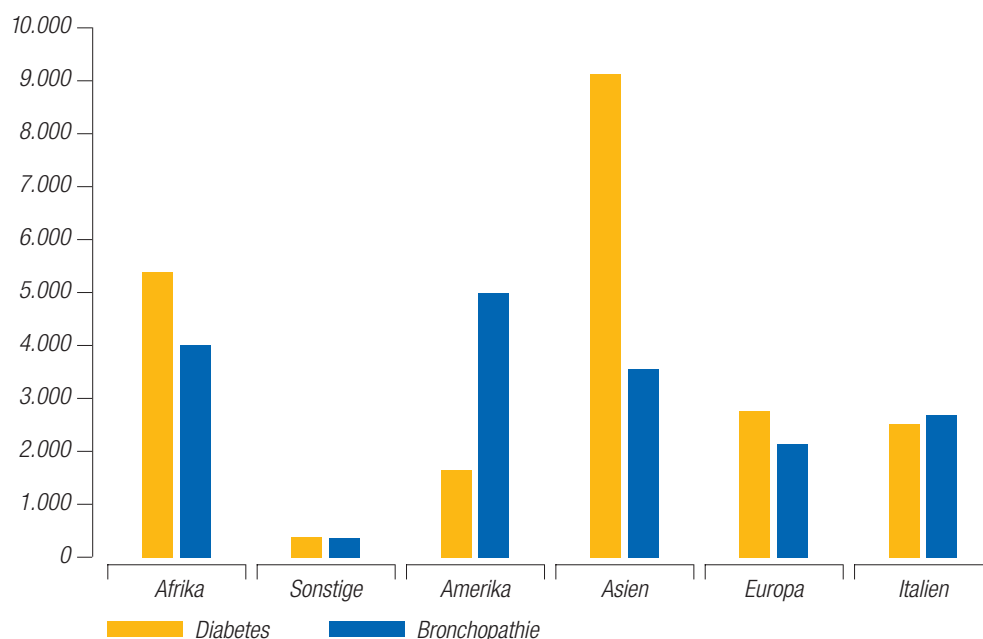
	Ausländer				Italienische Staatsbürger			
	Männer	Frauen	Insgesamt	Std. Rate	Männer	Frauen	Insgesamt	Std. Rate
Hypertonie	551	593	1.144	8.087,3	30.067	36.596	66.663	10.074,4
Kardiopathie	330	262	592	4.262,6	17.154	17.540	34.694	4.617,1
Diabetes	326	273	599	3.427,9	8.522	8.041	16.563	2.517,7
Bronchopathie	373	295	668	2.642,5	8.224	6.686	14.910	2.686,0
Dyslipämie	190	116	306	2.416,8	9.705	9.109	18.814	2.849,6
Neoplasie	180	202	382	2.410,5	9.916	10.224	20.140	3.081,6
Angeborene und erworbene Hypothyreose	55	278	333	1.617,3	2.981	13.621	16.602	2.891,1
Vaskulopathie	77	48	125	809,4	3.860	2.889	6.749	954,0
Hepato-Enteropathie	103	75	178	715,7	2.589	1.576	4.165	768,0
MRGE	62	45	107	669,3	2.498	2.627	5.125	731,5
Epilepsie	62	55	117	549,8	2.024	1.790	3.814	723,7
Psychosen	58	78	136	503,8	1.785	3.140	4.925	988,6
Niereninsuffizienz	55	21	76	422,3	1.908	1.236	3.144	405,5
Parkinson	36	32	68	412,7	1.514	2.066	3.580	477,6
Hashimoto-Thyreoiditis	8	85	93	324,5	276	2.342	2.618	545,1
Rheumatoide Arthritis	13	39	52	251,9	525	1.388	1.913	333,8
Basedow-Krankheit	12	40	52	184,2	212	773	985	197,5
Transplantatträger	14	6	20	97,4	317	185	502	98,6
Alzheimer	3	7	10	88,8	297	729	1.026	98,8
Demenz	6	7	13	77,8	323	639	962	89,3
HIV und AIDS	12	8	20	75,5	186	88	274	54,6
Multiple Sklerose	4	12	16	55,1	211	445	656	132,2
Lupus erythematoides	2	7	9	32,8	54	263	317	62,7
Spondylitis ankylosans	5	3	8	32,4	99	55	154	30,9
Hyper-Hypoparathyreoiditis	1	5	6	32,1	49	154	203	35,2
Hämolytische Anämie	–	2	2	17,8	22	30	52	7,8
Systemische Sklerose	–	3	3	16,2	23	110	133	24,0
Sjögren-Syndrom	–	4	4	14,7	13	119	132	24,2
Myasthenia	1	2	3	12,6	28	44	72	12,0
Akromegalie	1	2	3	12,1	22	29	51	9,3
Addison-Krankheit	2	–	2	7,1	35	58	93	16,2
Diabetes insipidus	1	1	2	4,3	22	21	43	9,2
Hypophysärer Minderwuchs	1	–	1	4,3	87	66	153	41,1
Cushing-Syndrom	1	1	2	3,9	11	26	37	7,5
Neuromyelitis optica	0	0	0	0,0	–	2	2	0,3

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

Zu den meistverbreiteten Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung zählen Hypertonie und Kardiopathie; es folgen Diabetes, Atemwegserkrankungen und Dyslipidemien. Die Prävalenz von Diabetes (pro 100.000 Einwohner) ist häufiger als bei den italienischen Staatsbürgern. Werte über der Prävalenz der italienischen Staatsbürger sind auch für HIV und AIDS zu beobachten, mit 274 Fällen unter den italienischen Staatsbürgern (54,6 pro 100.000 Einwohner) und 20 Fällen unter den Ausländern (75,5 pro 100.000 Einwohner). Im Vergleich zum Vorjahr sind zwei zusätzliche Erkrankungen bei der ausländischen Bevölkerung verbreitet: es handelt sich um die Niereninsuffizienz (422,3 pro 100.000 ausländische Einwohner gegenüber 405,5 pro 100.000 italienische Ansässige) sowie die hämolytischen Anämien (17,8 pro 100.000 ausländische Einwohner gegenüber 7,8 pro 100.000 italienische Ansässige).

Häufiger an Diabetes leiden die asiatische und afrikanische Bevölkerung im Alter zwischen 15–44 Jahren, während die Bronchopathie vor allem die Ausländer amerikanischer und afrikanischer Herkunft in der jüngsten Altersklasse (0–4 Jahre) betrifft.

Abbildung 9: **Standardisierte Raten für Diabetes und Bronchopathie in der ausländischen Wohnbevölkerung nach Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten

2007 wurden in der ausländischen Wohnbevölkerung 150 ordentliche Krankenhausentlassungen mit einer Infektionskrankheit als primäre Aufenthaltsdiagnose verzeichnet; rund die Hälfte davon (72) aufgrund von Darminfektionen. Von den 78 restlichen Entlassungen sind 9 auf Lungentuberkulose, 7 auf Streptokokkenangina und Scharlach, 6 auf Wundrose und die anderen auf unterschiedlich verteilte Infektionen zurückzuführen.

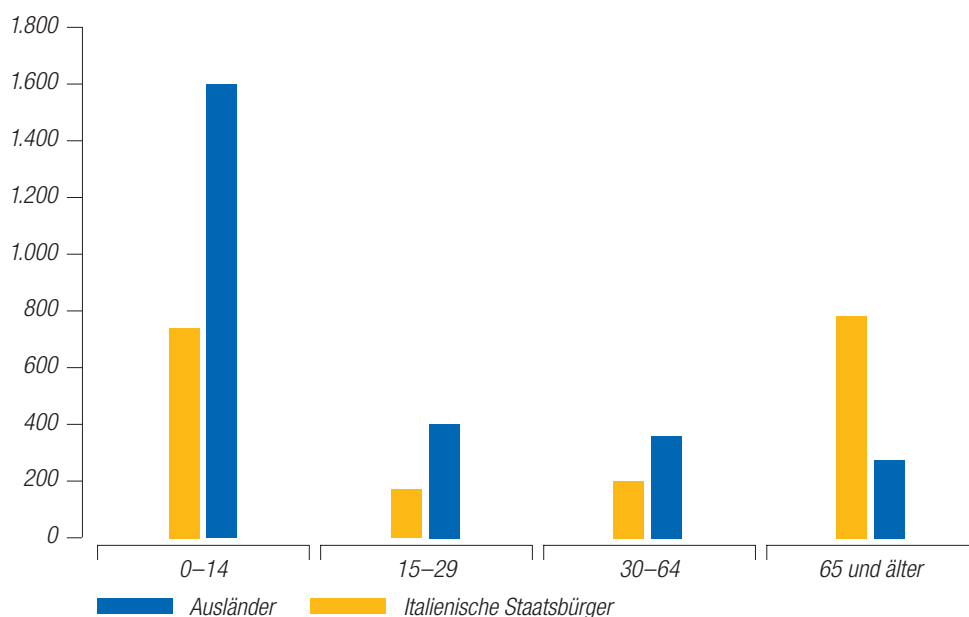
Im Vergleich zu den italienischen Staatsbürgern betreffen die Infektionskrankheiten vorwiegend junge Ausländer im Alter bis zu 14 Jahren, vor allem aus Mittel- und Südamerika, Afrika, Albanien und Mazedonien.

**INFEKTIONS-
KRANKHEITEN IN
DER AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

**AUFENTHALTE
AUFGRUND VON
DROGEN-ASSOZIIERTEN
URSACHEN**

**AUFENTHALTE
AUFGRUND VON
ALKOHOL-ASSOZIIERTEN
URSACHEN**

Abbildung 10: Hospitalisierungsrate aufgrund von Infektionskrankheiten nach Alter und Staatsbürgerschaft in der Wohnbevölkerung – Jahr 2007



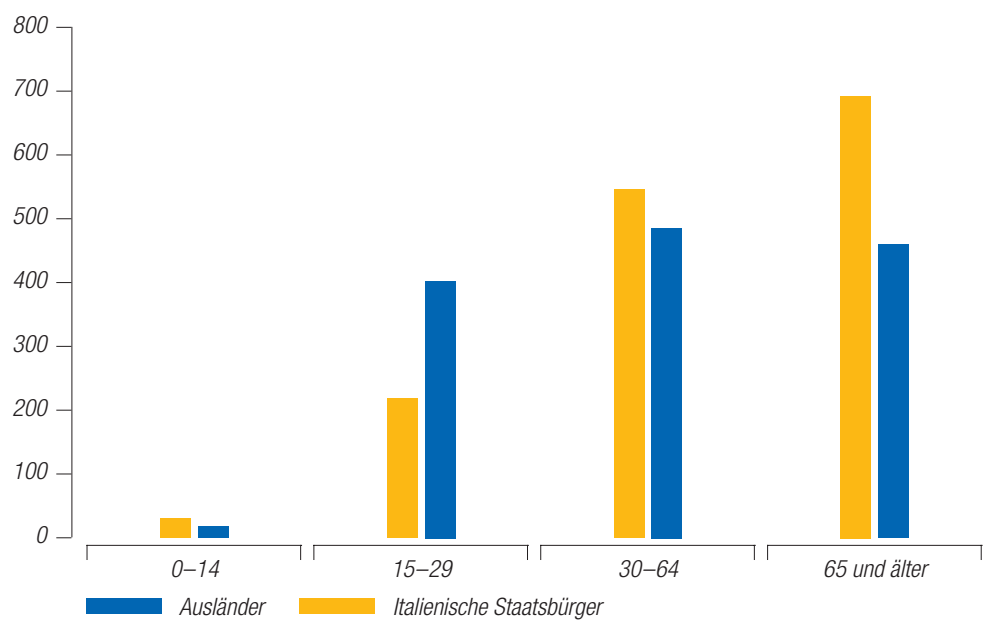
Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Negative Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen können, sind Nikotin, Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch. Die derzeit verfügbaren Daten der Patienten, welche die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen in Anspruch nehmen, ermöglichen keine Unterscheidung zwischen ausländischer und italienischer Wohnbevölkerung. Die Analyse der Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen- oder alkohol-assoziierten Ursachen zeichnet allerdings ein Teilprofil des Phänomens in einem fortgeschrittenen Stadium der Suchtkrankheit.

Im Jahr 2007 wurden in den Südtiroler Gesundheitseinrichtungen 18 Entlassungen von ausländischen Ansässigen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen verzeichnet; dies ist über das Doppelte im Vergleich zum Vorjahr.

Stärker verbreitet ist unter der ausländischen Wohnbevölkerung – wie in der italienischen – der Alkoholismus. Im Jahr 2007 wurden 85 Entlassungen von ausländischen Bürgern aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen gezählt, zirka die Hälfte davon (47,1 %) bezogen sich auf Personen unter 40 Jahren.

Abbildung 11: Hospitalisierungsrate aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen nach Alter und Staatsbürgerschaft der Wohnbevölkerung – Jahr 2007



Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. KRANKENHAUSAUFENTHALTE

2007 betrug die Zahl der Krankenhausentlassungen von ansässigen ausländischen Bürgern aus Abteilungen für Akutkranke 5.333, 12,2 % mehr als 2006.

Tabelle 6: **Aufenthalte und Hospitalisierungsrate von Ansässigen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht – Jahr 2007**

Staatsbürgerschaft	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Aufent- halte	Hospit.- Rate	Aufent- halte	Hospit.- Rate	Aufent- halte	Hospit.- Rate
Andere afrikanische Staaten	110	212,8	63	255,1	173	226,4
Marokko	195	149,5	320	301,3	515	217,7
Tunesien	77	151,6	81	324,0	158	208,4
Serbien	192	168,7	247	254,4	439	208,2
EU-27	531	176,1	1.092	206,0	1.623	195,2
Andere asiatische Staaten	164	139,5	241	259,1	405	192,3
Albanien	306	146,9	409	241,3	715	189,3
Italien	39.690	174,6	47.195	201,2	86.885	188,1
Pakistan	162	143,9	170	263,6	332	187,5
Amerika und andere Staaten	60	134,5	190	203,6	250	181,3
Andere europäische Staaten	144	156,7	290	185,4	434	174,8
Mazedonien	125	130,5	164	217,8	289	168,9

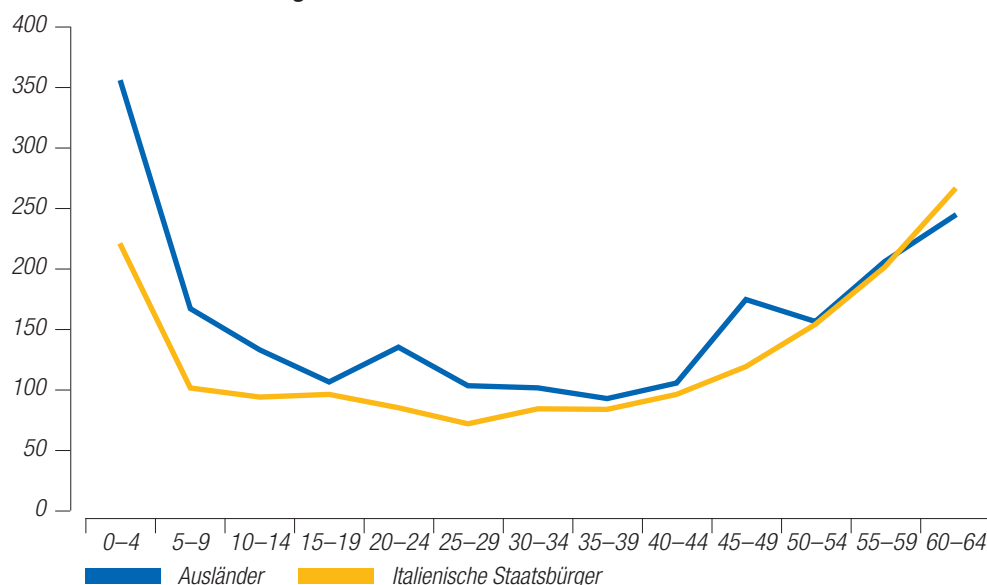
Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Die Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung beträgt 193,6 pro 1.000, mit hohen Werten in der weiblichen Bevölkerung von 227,7 pro 1.000 und niedrigeren bei den Männern (156,6 Aufenthalte pro 1.000 Ansässige). Die Frauen, welche die Krankenhauseinrichtungen häufiger in Anspruch nehmen, stammen aus Tunesien und Marokko; von den Männern benötigen am häufigsten die Bürger aus afrikanischen Ländern (ausschließlich Marokko und Tunesien) die Krankenhausversorgung.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
IN DER AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

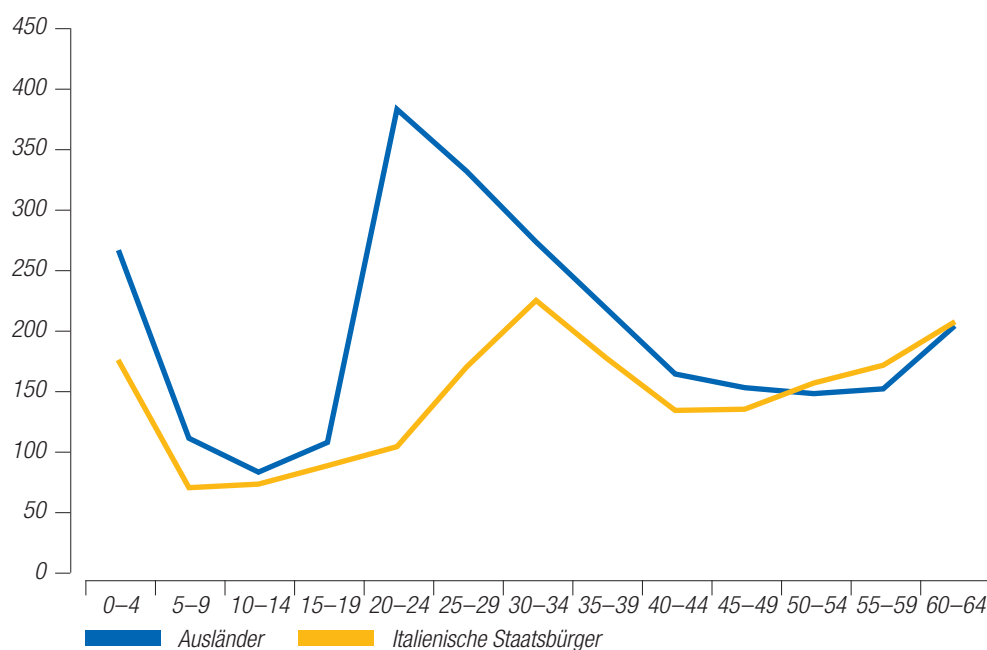
HOSPITALISIERUNGSRATE NACH GESCHLECHT UND ALTER

Abbildung 12: Hospitalisierungsrate in der männlichen Wohnbevölkerung nach Altersklasse und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007



Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Abbildung 13: Hospitalisierungsrate in der weiblichen Wohnbevölkerung nach Altersklasse und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007



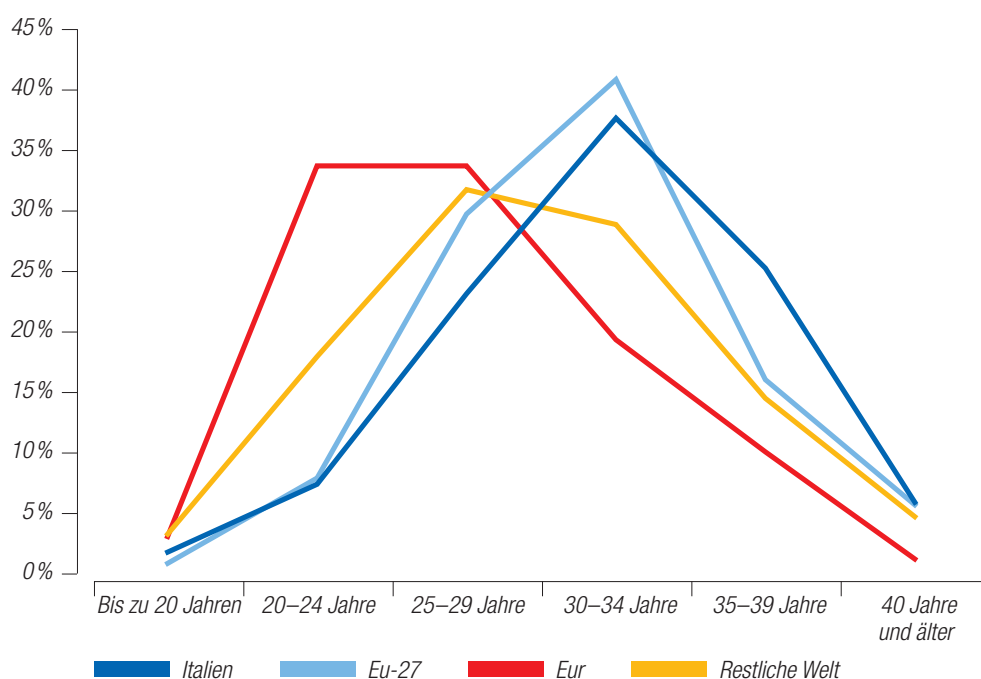
Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Die Verteilung der Hospitalisierungsrate nach Altersklassen und Geschlecht auf die italienische und ausländische weibliche Wohnbevölkerung zeigt eine hohe Inanspruchnahme der Krankeneinrichtungen für die Altersklasse 20 bis 24 Jahre für die ausländischen Frauen; bei der männlichen Bevölkerung ist eine deutlichere Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung im Kindesalter sowie in den Altersklassen 20 bis 24 und 45 bis 49 zu verzeichnen. Die Kinder werden vorwiegend aufgrund von Erkrankungen des Verdauungstrakts, sonstigen signifikanten Affektionen, Harnwegserkrankungen, Zirkumzisionen und Ernährungs- sowie Stoffwechselerkrankungen eingewiesen. Im Vergleich zur italienischen

Bevölkerung werden die Gesundheitseinrichtungen von jungen Ausländern im Alter zwischen 20 und 24 Jahren vorwiegend wegen Alkoholmissbrauch, alkoholischer Leberzirrhose und Eingriffen an den oberen Gliedmaßen in Anspruch genommen. Die ausländischen Erwachsenen im Alter von 45 bis 49 Jahren werden vorwiegend wegen medizinischen Affektionen des Rückens, Brustschmerzen, Niereninsuffizienz und alkoholischer Leberzirrhose versorgt.

Über 40 % der Aufenthalte von ausländischen Bürgerinnen betreffen die MCD 14 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, was die hohe Geburtenrate und den Verlauf der Hospitalisierungsrate nach Altersklassen bestätigt (Abbildung 13).

Abbildung 14: **Verteilung in Prozent der Geburten nach Alter der Mutter und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb – CEDAP Archiv

Der altersspezifische Vergleich der Mütter bei der Entbindung in Bezug auf die jeweilige Staatsbürgerschaft der in Südtirol ansässigen Frauen zeigt ein jüngeres Durchschnittsalter der Frauen aus Osteuropa gegenüber den Frauen aus anderen Ländern und insbesondere den italienischen Staatsbürgerinnen.

In den meisten Fällen weisen die ausländischen Mütter einen niedrigeren Bildungsgrad als die Südtirolerinnen italienischer Staatsbürgerschaft auf (Mittelschulabschluss gegen Oberschulabschluss), sind verheiratet und vorwiegend Hausfrauen.

Die MCD-Kategorie der Geburten umfasst auch die Entlassungen aufgrund von freiwilligem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Die ausländischen Frauen betreiben viel häufiger als die Frauen italienischer Staatsbürgerschaft die Abtreibung (Abtreibungsrate von 30,7 Abtreibungen pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren, gegenüber 8,5 Abtreibungen pro 1.000 Frauen italienischer Staatsbürgerschaft); das Phänomen betrifft insbesondere die Bürgerinnen aus Osteuropa.

**SOZIO-DEMOGRAPHISCHE
MERKMALE DER MÜTTER
BEI DER ENTBINDUNG**

**FREIWILLIGER
SCHWANGERSCHAFTS-
ABBRUCH IN DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

**KOMPLEXITÄT DER
KRANKENHAUS-
AUFENTHALTE
AUSLÄNDISCHER
STAATSBÜRGER**
**TARIFWERT DER
AUFENTHALTE DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Tabelle 7: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittliches Gewicht und durchschnittlicher Tarif der in Südtirol Ansässigen nach Staatsbürgerschaft – Jahr 2007

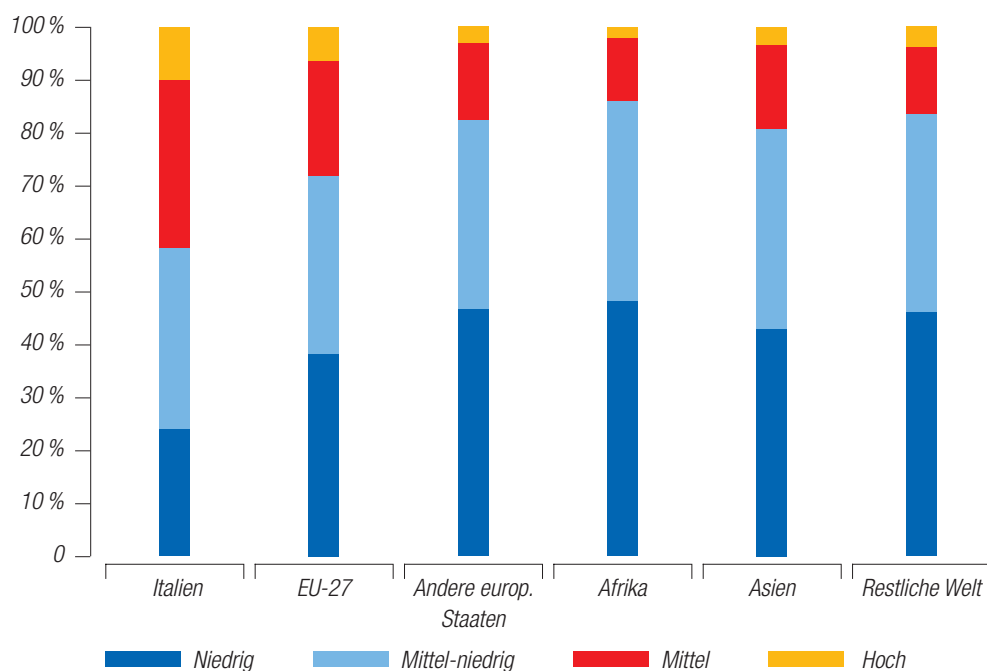
	Ord. Aufent- halte	TK-Auf- enthalte	% TK-Auf- enth. am Gesamtwert	Durchschn. AD	Durchschn. Gewicht	Durchschn. Tarif
EU-27	1.242	381	23,5%	5,7	0,94	2.396,90
Andere europäische Staaten	1.418	459	24,5%	4,6	0,76	2.021,16
Afrika	650	196	23,2%	4,6	0,72	1.935,28
Asien	561	176	23,9%	5,0	0,80	2.166,54
Restliche Welt	184	66	26,4%	5,3	0,79	2.110,82
Italien	64.328	23.785	27,0%	6,9	1,14	3.007,09
Ansässige insgesamt	68.383	25.063	26,8%	6,8	1,13	2.956,07

Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

Der Zugang zu den Krankenhauseinrichtungen im Tagesklinik-Betrieb (Day Surgery oder Day Hospital) betraf im Jahr 2007 rund 24 % der Aufenthalte von ausländischen Ansässigen, ein Anteil, der nur wenig unter jenem der italienischen Staatsbürger liegt. Die Komplexität der Aufenthalte seitens ausländischer Bürger aus Nicht-EU-27-Ländern schwankt von 0,72 bis 0,80, gegenüber höheren Werten für die EU-27-Bürger (0,94) und italienischen Bürger (1,14); dieses Ergebnis bestätigt sich auch in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Aufenthalte für Nicht-EU-27-Bürger (von 4,6 bis 5,3 Tage pro Aufenthalt) gegenüber den Werten für die EU-27-Bürger (5,7) und italienischen Bürger (durchschnittlich 6,8 Aufenthaltstage pro Aufenthalt).

Der Tarifwert der Krankenhausversorgung zugunsten der ausländischen Bürger kann durch die Anwendung des Landestarifverzeichnisses auf die von den Landeseinrichtungen erbrachten Aufenthalte geschätzt werden. Im Jahr 2007 betrug der Wert der Krankenhausversorgung zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung rund 10,425 Millionen Euro, also 4,3 % des Gesamtwertes der Krankenhausversorgung auf Landesebene, mit einem Anstieg gegenüber 2006 von 0,5 %.

Abbildung 15: **Aufenthalte von in Südtirol Ansässigen nach DRG-Gewichtsklassen und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

In der Gruppe der ordentlichen Aufenthalte schwankt der Anteil der Eintagsaufenthalte an allen Aufenthalten von 14,4 % bis 17,4 % für die ausländischen Bürger, gegenüber 12,2 % für die Südtiroler italienischer Staatsbürgerschaft. Mäßigere Schwankungen sind zwischen den verschiedenen Herkunftsgebieten der Ansässigen in Bezug auf den Anteil der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Aufenthalte mit chirurgischer und medizinischer DRG zu beobachten.

Tabelle 8: **Ordentliche Eintagsaufenthalte, Aufenthalte über dem Grenzwert, Aufenthalte mit medizinischer und chirurgischer DRG von Ansässigen nach Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**

	Ord. Eintags- aufenth.	% Ord. Eintagsauf- enth. am Gesamtwert	Aufenth. über Grenzw.	% Aufenth. über Grenzw.	% Aufenth. mit chirurg. DRG	% Aufenth. mit mediz. DRG
EU-27	179	14,4	10	0,8	32,0	66,2
Andere europäische Staaten	239	16,9	18	1,3	26,4	69,3
Afrika	95	14,6	12	1,8	22,8	72,8
Asien	91	16,2	13	2,3	25,8	67,2
Restliche Welt	32	17,4	3	1,6	30,4	66,8
Italien	7.865	12,2	871	1,4	32,5	65,8
Ansässige insgesamt	8.501	12,4	927	1,4	32,2	66,0

Quelle: Sanitätsbetrieb – KEB Archiv

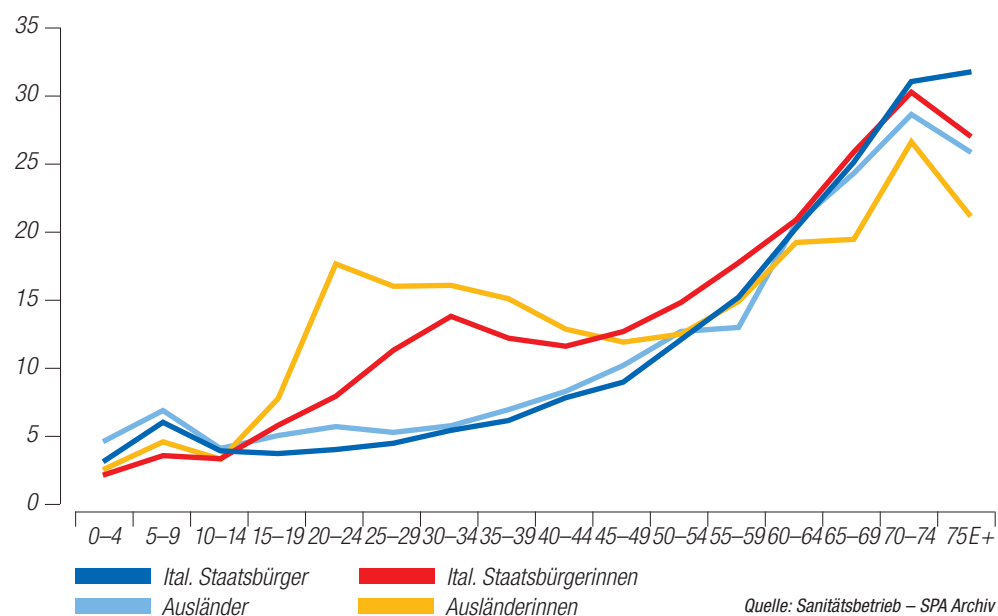
**AMBULANTE
FACHÄRZTLICHE
LEISTUNGEN NACH
GESCHLECHT, ALTER UND
STAATSBÜRGERSCHAFT**

3.2. AMBULANTE LEISTUNGEN

Im Jahr 2007 wurden rund 325.000 ambulante fachärztliche Leistungen zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung erbracht, ca. 11,8 pro Einwohner, gegenüber den 13,9 für jeden Südtiroler italienischer Staatsbürgerschaft.

Die Verteilung der fachärztlichen Leistungen nach Altersklassen, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der Ansässigen klärt die bereits erwähnten Unterschiede zwischen der italienischen und ausländischen Bevölkerung. Die fachärztlichen Leistungen, die von der italienischen Bevölkerung von Frauen über 44 Jahren und von Männern über 64 Jahren in Anspruch genommen werden, liegen tendenziell über denen der ausländischen Bevölkerung.

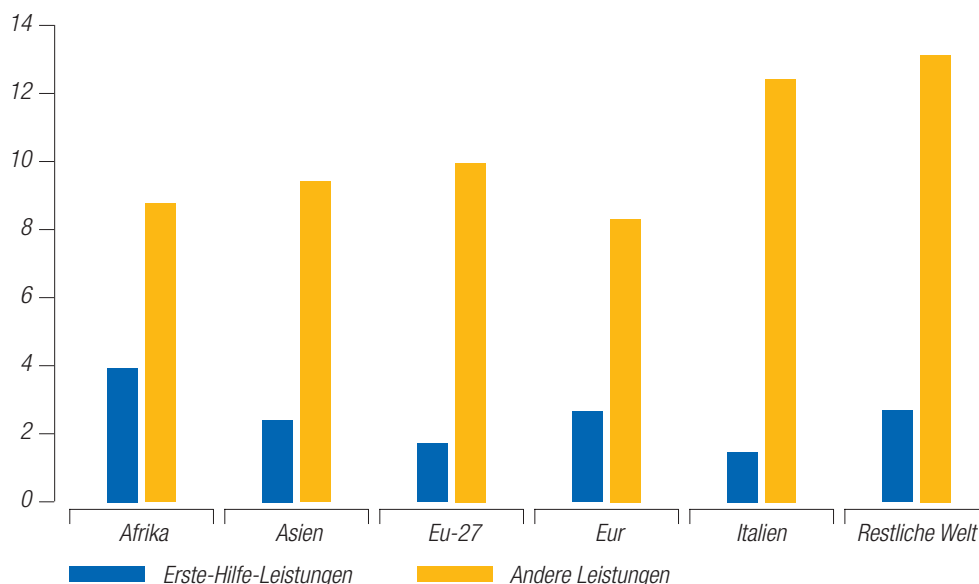
Abbildung 16: **Durchschnittliche Anzahl der ambulanten fachärztlichen Leistungen pro Einwohner nach Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



In der ausländischen weiblichen Bevölkerung ist eine höhere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen als bei den italienischen Bürgerinnen im Alter von 15 bis 44 Jahren zu beobachten, also im fruchtbaren Alter, was die hohe Geburtenrate der ausländischen Bevölkerung bestätigt.

Der Zugang zu den ambulanten Diensten seitens der Bevölkerung nach Herkunft zeigt eine durchschnittlich hohe Inanspruchnahme der Leistungen für die Bürger aus der restlichen Welt, insbesondere Mittel- und Südamerika (15,8), die über jener der italienischen Staatsbürger liegt (durchschnittlich 13,9 Leistungen pro Einwohner).

Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl der ambulanten fachärztlichen Leistungen pro Einwohner nach Art des Zugangs zu den gesundheitlichen Einrichtungen und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007



Quelle: Sanitätsbetrieb – SPA Archiv

Gliedert man die Leistungen in Erste-Hilfe-Leistungen und andere Leistungen, ist in Bezug auf die im Jahr 2007 erbrachten fachärztlichen Leistungen eine höhere Inanspruchnahme der Ersten Hilfe seitens Ansässiger aus afrikanischen Ländern, Mittel-Südamerika und Nicht-EU-Ländern zu beobachten.

Mehr als die Hälfte der erbrachten Leistungen (54,3 %) fallen in den Fachbereich Labor, die zusammen mit den fachärztlichen Rehabilitationsleistungen (8,0 %), Geburtshilfe-/gynäkologischen Leistungen (6,7 %), der Röntgendiagnostik (6,5 %) und den fachärztlichen Visiten (3,7 %) fast 80 % der im Jahr 2006 insgesamt zugunsten von ausländischen Bürgern erbrachten Leistungen ausmachen.

Der Verbrauch an fachärztlichen Leistungen pro 1.000 Einwohner zeigt, dass, obwohl die Laborleistungen die häufigsten sind, die ausländische Wohnbevölkerung solche Leistungen um 20 % weniger häufig in Anspruch nimmt als italienische Staatsbürger. Große Differenzen bestehen auch im Fachbereich der Rehabilitation, auf die vorwiegend die ältere Bevölkerung zurückgreift; durchschnittlich nehmen die ausländischen Bürgerinnen die Geburtshilfe- und gynäkologischen Leistungen zweimal häufiger in Anspruch als die Südtirolerinnen italienischer Staatsbürgerschaft.

**ZUGANG DER
AUSLÄNDER ZU DEN
ERSTE-HILFE-
LEISTUNGEN
GLIEDERUNG DER
FACHÄRZTLICHEN
LEISTUNGEN NACH
FACHBEREICH**

Tabelle 9: Fachärztliche Leistungen nach Fachbereich und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007

	Afrika	Asien	EU-27	EUR	Restliche Welt	Ausländer insgesamt	Italien
Labor	25.567	24.393	57.042	57.260	11.827	176.089	3.698.115
Rehabilitation	3.561	4.190	8.126	8.347	1.607	25.831	694.544
Geburtshilfe und Gynäkologie	3.627	2.884	6.356	7.095	1.758	21.720	153.262
Röntgendiagnostik	3.542	2.768	5.812	7.542	1.388	21.052	396.495
Fachärztl. Untersuch.	3.238	1.851	1.441	4.657	821	12.008	100.280
Orthopädie und Traumatologie	1.371	1.084	3.038	3.768	1.021	10.282	182.767
Zahnheilkunde und Stomatologie	1.752	1.388	1.094	3.971	259	8.464	51.453
Allgemeine Chirurgie	710	793	2.002	2.736	376	6.617	129.309
Kardiologie	746	917	1.842	2.066	288	5.859	178.866
HNO	779	761	1.228	1.953	249	4.970	97.500
Augenheilkunde	724	700	1.277	1.805	285	4.791	120.764
Sonstige	1.029	601	786	1.648	299	4.363	51.741
Dermatologie	383	782	1.263	1.150	298	3.876	93.378
Psychiatrie	378	309	1.036	948	184	2.855	70.536
Neurologie	339	428	728	1.098	213	2.806	51.319
Pneumologie	434	501	456	689	254	2.334	38.144
Nephrologie	32	329	699	752	15	1.827	66.078
Gastroenterologie	243	221	445	719	124	1.752	39.830
Plastische Chirurgie	268	173	406	639	68	1.554	31.493
Urologie	166	154	451	481	87	1.339	42.533
Onkologie	132	207	211	415	168	1.133	40.850
Strahlentherapie	19	45	376	190	66	696	24.112
Neurochirurgie	113	79	102	192	46	532	6.713
Endokrinologie	36	99	185	164	16	500	12.335
Gefäßchirurgie	31	37	229	143	43	483	18.374
Anästhesie	127	115	148	61	30	481	15.682
Nuklearmedizin	14	8	43	53	8	126	4.444
Insgesamt	49.361	45.817	96.822	110.542	21.798	324.340	6.410.917

Quelle: Sanitätsbetrieb – SPA Archiv

Tabelle 10: Durchschnittliche Anzahl von fachärztlichen Leistungen pro 1.000 Einwohner, nach Fachbereich und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007

	Afrika	Asien	EU-27	EUR	Restliche Welt	Ausländer insgesamt	Italien
Labor	6.575,9	6.291,7	6.859,3	5.680,0	8.576,5	6.393,7	8.008,1
Rehabilitation	915,9	1.080,7	977,2	828,0	1.165,3	937,9	1.504,0
Geburtshilfe und Gynäkologie	932,9	743,9	764,3	703,8	1.274,8	788,6	331,9
Röntgendiagnostik	911,0	714,0	698,9	748,1	1.006,5	764,4	858,6
Fachärztl. Untersuch.	832,8	477,4	173,3	462,0	595,4	436,0	217,2
Orthopädie und Traumatologie	352,6	279,6	365,3	373,8	740,4	373,3	395,8
Zahnheilkunde und Stomatologie	450,6	358,0	131,6	393,9	187,8	307,3	111,4
Allgemeine Chirurgie	182,6	204,5	240,7	271,4	272,7	240,3	280,0
Kardiologie	191,9	236,5	221,5	204,9	208,8	212,7	387,3
HNO	200,4	196,3	147,7	193,7	180,6	180,5	211,1
Augenheilkunde	186,2	180,6	153,6	179,0	206,7	174,0	261,5
Sonstige	264,7	155,0	94,5	163,5	216,8	158,4	112,0
Dermatologie	98,5	201,7	151,9	114,1	216,1	140,7	202,2
Psychiatrie	97,2	79,7	124,6	94,0	133,4	103,7	152,7
Neurologie	87,2	110,4	87,5	108,9	154,5	101,9	111,1
Pneumologie	111,6	129,2	54,8	68,3	184,2	84,7	82,6
Nephrologie	8,2	84,9	84,1	74,6	10,9	66,3	143,1
Gastroenterologie	62,5	57,0	53,5	71,3	89,9	63,6	86,3
Plastische Chirurgie	68,9	44,6	48,8	63,4	49,3	56,4	68,2
Urologie	42,7	39,7	54,2	47,7	63,1	48,6	92,1
Onkologie	34,0	53,4	25,4	41,2	121,8	41,1	88,5
Strahlentherapie	4,9	11,6	45,2	18,8	47,9	25,3	52,2
Neurochirurgie	29,1	20,4	12,3	19,0	33,4	19,3	14,5
Endokrinologie	9,3	25,5	22,2	16,3	11,6	18,2	26,7
Gefäßchirurgie	8,0	9,5	27,5	14,2	31,2	17,5	39,8
Anästhesie	32,7	29,7	17,8	6,1	21,8	17,5	34,0
Nuklearmedizin	3,6	2,1	5,2	5,3	5,8	4,6	9,6
INSGESAMT	12.695,7	11.817,6	11.642,9	10.965,4	15.807,1	11.776,6	13.882,6

Quelle: Sanitätsbetrieb – SPA Archiv

Weit über dem Landesdurchschnitt der italienischen Staatsbürger liegt auch der Verbrauch von Leistungen pro 1.000 ausländische Bürger für die Fachbereiche Zahnheilkunde und Stomatologie, sonstige ambulante Leistungen, fachärztliche Visiten, pneumologische Leistungen für die asiatischen, amerikanischen und afrikanischen Bürger und Gastroenterologie-Leistungen für die Bürger aus Mittel-Südamerika.

**TARIFWERT DER
AMBULANTEN
FACHÄRZTLICHEN
VERSORGUNG**

422

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(PACKUNGEN PRO KOPF)**
**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)**

*Tabelle 11: Tarifwert der ambulanten fachärztlichen Versorgung nach Staatsbürgerschaft.
Absolute Werte und Pro-Kopf-Werte – Jahre 2004–2007*

	<i>Ausländer</i>		<i>Ital. Staatsbürger</i>	
	<i>Batrag zu Lasten des NGD</i>	<i>Ticketbetrag</i>	<i>Batrag zu Lasten des NGD</i>	<i>Ticketbetrag</i>
Absolute Werte				
<i>Jahr 2004</i>	<i>1.777.686,80</i>	<i>540.318,77</i>	<i>50.899.266,80</i>	<i>13.325.446,23</i>
<i>Jahr 2005</i>	<i>2.207.650,98</i>	<i>601.335,74</i>	<i>55.646.890,58</i>	<i>13.532.791,17</i>
<i>Jahr 2006</i>	<i>2.688.334,74</i>	<i>696.998,03</i>	<i>59.873.629,08</i>	<i>14.133.830,89</i>
<i>Jahr 2007</i>	<i>3.184.285,23</i>	<i>792.815,76</i>	<i>62.034.684,50</i>	<i>14.833.795,76</i>
Pro-Kopf-Werte				
<i>Jahr 2004</i>	<i>93,32</i>	<i>28,36</i>	<i>112,53</i>	<i>29,46</i>
<i>Jahr 2005</i>	<i>105,26</i>	<i>28,67</i>	<i>122,40</i>	<i>29,77</i>
<i>Jahr 2006</i>	<i>115,63</i>	<i>29,98</i>	<i>131,38</i>	<i>31,01</i>
<i>Jahr 2007</i>	<i>120,31</i>	<i>29,95</i>	<i>135,88</i>	<i>32,49</i>

Quelle: Sanitätsbetrieb – SPA Archiv

2007 betrug der Tarifwert für die ambulante fachärztliche Versorgung zugunsten der ausländischen Bürger insgesamt rund 3 Millionen Euro, was ca. 120,31 Euro pro Einwohner entspricht. Im letzten Vierjahreszeitraum nahmen die fachärztlichen Leistungen aus wirtschaftlicher Sicht um fast 80 % zu, auch aufgrund des Anstiegs der ausländischen Wohnbevölkerung in Südtirol (pro Kopf beträgt die Erhöhung in Prozentanteilen 28,9 %).

Im Vergleich zur ausländischen Wohnbevölkerung verbraucht die Südtiroler Bevölkerung italienischer Staatsbürgerschaft für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen höhere finanzielle Ressourcen (135,88 Euro pro Kopf im Jahr 2007), auch aufgrund der älteren Bevölkerungsstruktur.

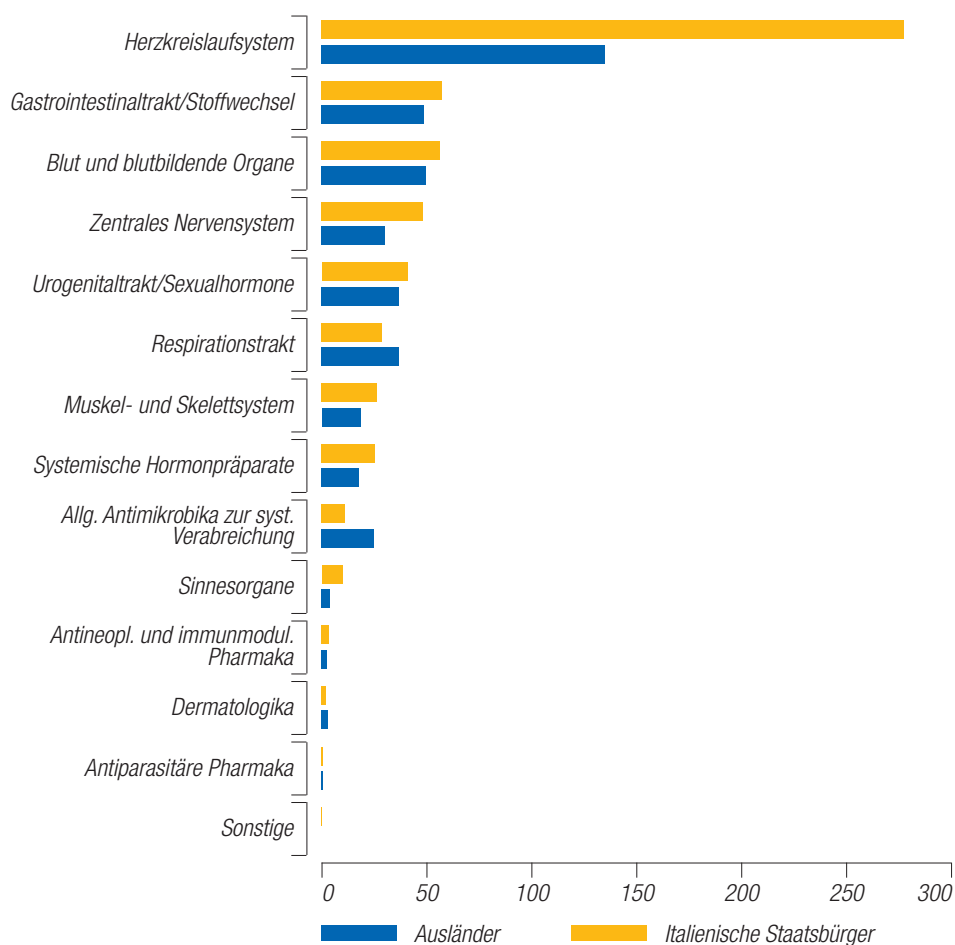
An den Gesundheitsausgaben trug im Jahr 2007 durchschnittlich jeder ausländische Bürger mit rund 30 Euro pro ambulante Leistung bei, mit unterschiedlichen Werten nach Staatsbürgerschaft (47,81 Euro für die Bürger aus Mittel-Südamerika und der restlichen Welt gegenüber 21,70 Euro pro Einwohner aus Asien).

3.3. MEDIKAMENTENVERBRAUCH

Der ausländischen Wohnbevölkerung wurden im Jahr 2007 ca. 130.000 Medikamentenpackungen verschrieben, rund 4,9 Stück pro Ausländer. Diese Daten unterschätzen die realen Werte aufgrund der mangelnden Informationen über die Staatsbürgerschaft, die nur in 6,3 % der von den Apotheken auf Landesebene abgegebenen Stückzahl angegeben wurde.

Gegenüber der Bevölkerung italienischer Staatsbürgerschaft verbrauchen die Ausländer weniger Medikamente pro Kopf (4,9 Packungen pro Ausländer gegenüber 10,4 pro Einwohner italienischer Staatsbürgerschaft), deren Anzahl in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft variiert (3,2 Medikamentenpackungen für die Einwohner aus Mazedonien, 3,7 Packungen für die Serben und 3,9 für Bürger aus anderen EU-Staaten).

Abbildung 18: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) in der Wohnbevölkerung nach ATC und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept Archiv

Die Verteilung der im Jahr 2007 in der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung verschriebenen täglichen Medikamentenmengen (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach der internationalen Klassifikation ATC (Anatomische, Therapeutische, Chemische Klassifikation) zeigt – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung – eine große Differenz im Medikamentenverbrauch für das Herzkreislaufsystem (die italienischen Staatsbürger verbrauchen durchschnittlich das Doppelte an Medikamentendosen pro Tag mehr als die ausländischen Bürger, 276,6 gegenüber 134,7).

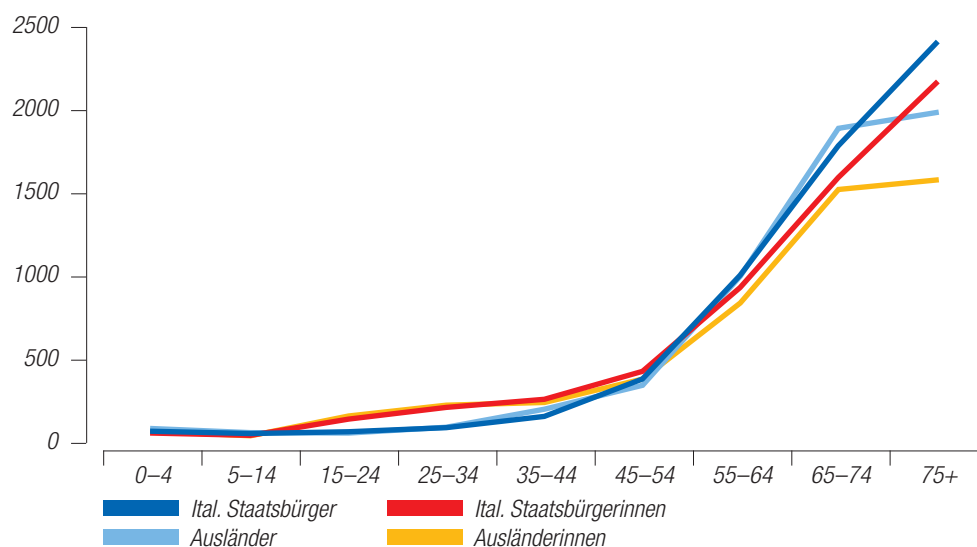
Ein höherer Verbrauch seitens der Ausländer im Vergleich zu den italienischen Bürgern wird für die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung beobachtet, während für den Respirationstrakt analoge Medikamentenkonsume festgestellt werden.

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH (DDD/1.000
EINW./TAG) NACH ATC**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH (DDD/1.000
EINW./TAG) NACH
GESCHLECHT, ALTER UND
STAATSBÜRGERSCHAFT**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)
NACH HERKUNFT DER
AUSLÄNDER**

Abbildung 19: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) in der Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**



Quelle: Verbuuchungsamt für Rezepte – Rezept Archiv

Die Verteilung des Medikamentenverbrauchs nach Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft hebt keine grundlegenden Unterschiede zwischen den italienischen und ausländischen Bürgern bis zur Altersklasse 45–54 hervor; danach verzeichnen die italienischen Bürger zunehmend ansteigende Werte gegenüber weniger hohen Anstiegen für die ausländische weibliche Bevölkerung bis zur Altersklasse 65–74 Jahren und konstanten Raten in den ältesten Klassen für beide Geschlechter.

Dieser Verlauf bestätigt die begrenzte Inanspruchnahme seitens der ausländischen Bevölkerung von Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem, die vorwiegend in den Altersklassen nach 50 Jahren eingenommen werden.

Die Analyse des Medikamentenverbrauchs der ausländischen Bürger nach Herkunft bestätigt den ausgedehnten Konsum von Antimikrobika seitens aller Ausländer mit Ausnahme der Bürger aus den EU-27-Staaten, mit durchschnittlichen täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner, die doppelt so hoch wie jene der italienischen Staatsbürger für die afrikanischen und mazedonischen Ausländer sind, und dreimal so hoch für die asiatische Bevölkerung.

Diese Pharmaka umfassen vorwiegend Penizillin, Makrolid-Antibiotika und Linkosamide, Cephalosporine, Chinolon-Antibiotika und sonstige Antimikrobika.

Tabelle 12: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) in der Wohnbevölkerung nach ATC und Staatsbürgerschaft – Jahr 2007**

	Afrika	Asien	EU-27	EUR	Restliche Welt	Ausländer insgesamt	Italien
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	59,2	85,3	40,6	42,1	40,7	48,9	57,2
Blut und blutbildende Organe	46,7	57,2	51,6	46,9	40,7	49,5	56,4
Herzkreislaufsystem	63,1	112,6	167,2	146,4	61,2	134,7	276,6
Dermatologika	3,0	6,9	2,1	2,4	2,6	2,9	2,1
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	48,2	29,8	45,9	23,1	49,9	36,6	40,8
Systemische Hormonpräparate	17,0	23,7	22,0	12,1	14,3	17,8	25,1
Allg. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	34,3	37,9	17,1	25,8	21,7	25,0	11,2
Antineoplastische und immunmodulierende Pharmaka	1,7	1,0	3,4	2,8	0,9	2,5	3,5
Muskel- und Skelett-System	19,0	26,5	19,0	14,9	18,7	18,5	26,5
Zentrales Nervensystem	23,1	18,7	39,7	27,1	30,1	30,2	48,3
Antiparasitäre Pharmaka	1,3	0,7	0,4	0,4	2,5	0,6	0,6
Respirationstrakt	58,9	66,1	27,4	27,4	39,3	36,7	28,9
Sinnesorgane	3,9	3,7	5,7	3,1	4,1	4,3	10,0
Sonstige	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Insgesamt	379,4	470,1	442,1	374,5	326,7	408,2	587,2

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept Archiv

Hohe Konsume gegenüber den Bürgern anderer Herkunft sind in der pakistanischen Bevölkerung zu verzeichnen, mit Medikamenten für den Gastrointestinaltrakt (109,0 DDD/1.000 Einwohner/Tag gegenüber 48,9 aller ausländischen Staatsbürger), für das Blut und die blutbildenden Organe (72,8 gegenüber 49,5) und das Muskel- und Skelett-System (36,8 gegenüber 18,5).

In der asiatischen Bevölkerung zeigt sich außerdem ein zweimal höherer Verbrauch von Dermatologika gegenüber der italienischen Bevölkerung (8,4 DDD/1.000 Einwohner/Tag gegenüber 2,9); ein fast doppelt so hoher Verbrauch im Vergleich zu den anderen Ausländern betrifft die Medikamente des Urogenitaltraktes/die Sexualhormone für die Einwohner aus Marokko (64,4 gegenüber 36,6) und der restlichen Welt (vorwiegend Mittel-Südamerika) (49,9 DDD/1.000 Einwohner/Tag).

Auch die Medikamente für den Respirationstrakt wurden 2007 unter den Einwohnern aus den afrikanischen, asiatischen und amerikanischen Ländern verbreitet eingenommen. Der Medikamentenverbrauch seitens Bürger dieser Herkunftsländer ist hoch und betrifft insbesondere Bronchodilatoren, adrenerge Rezeptoren, Antiasthmatica und Antiphlogistika.

Die Bruttoausgaben für Medikamente, die im Jahr 2007 von den Apotheken an die ausländischen Bürger abgegeben wurden, belaufen sich auf 1,79 Millionen Euro, was rund 68 Euro pro Bürger entspricht, während es für die italienischen Staatsbürger 136 Euro pro Kopf sind.

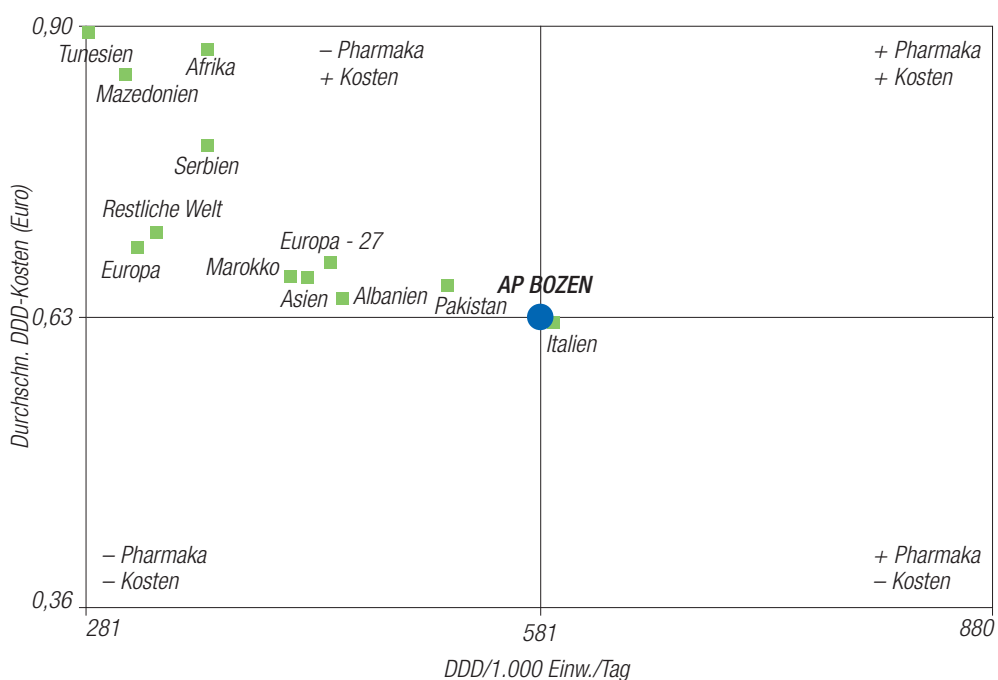
Gegenüber den spärlichen „ausländischen“ Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente zeigt das Verhältnis zwischen Bruttoausgaben und eingenommenen täglichen Medikamentendosen (DDD) durchschnittlich höhere Ausgaben pro tägliche Medikamentendosis für die ausländischen Bürger (0,69 Euro pro DDD) im Vergleich zur italienischen Wohnbevölkerung (0,62 Euro pro DDD).

**AUSGABEN FÜR
MEDIKAMENTE FÜR DIE
AUSLÄNDISCHE
WOHNBEVÖLKERUNG**

**DURCHSCHNITTLICHER
TAGESKONSUM UND
DURCHSCHNITTliche
KOSTEN NACH HERKUNFT
DER AUSLÄNDER**

In Abbildung 20 ist eine in vier Quadranten eingeteilte Zone dargestellt, die durch die Schnittpunkte des durchschnittlichen Tageskonsums und der durchschnittlichen Kosten auf Landesebene pro DDD festgelegt werden; der Medikamentenverbrauch seitens der ausländischen Bürger ordnet sich innerhalb des Quadranten mit geringerem Konsum und hohen Ausgaben im Vergleich zum Landesdurchschnitt an. Die Pakistaner verzeichnen den höchsten Konsum, während die Tuneser weniger, jedoch die teuersten Pharmaka verbrauchen (Antimikrobika).

Abbildung 20: **Landesvergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag nach Staatsbürgerschaft der Ansässigen – Jahr 2007**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept Archiv

**VERTEILUNG DER
MEDIKAMENTEN-
AUSGABEN NACH ATC**

Die prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach ATC-Kategorie setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (23,3%) an die erste und die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung (18,5%) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Gastrointestinaltrakt mit einem Anteil von 14,2%, für den Respirationstrakt mit (12,9%) und für das zentrale Nervensystem mit 12,4%.

Im Unterschied zu den italienischen Staatsbürgern bestätigen sich die höheren Medikamentenausgaben für die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung, für den Gastrointestinaltrakt und den Respirationstrakt sowie für Medikamente für das Blut und blutbildende Organe.

Abbildung 21: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC und Staatsbürgerschaft der Ansässigen – Jahr 2007**

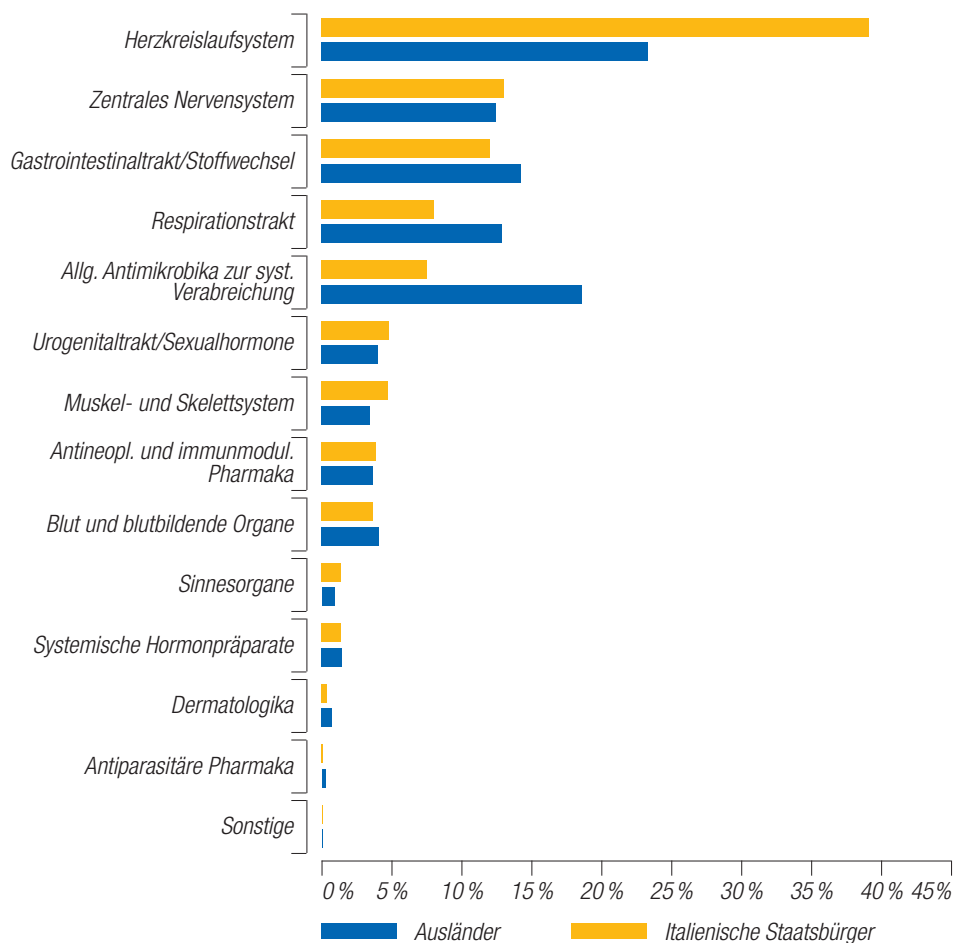


Tabelle 13: Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC und Staatsbürgerschaft der Ansässigen. Werte in Tausend Euro – Jahr 2007

	Afrika	Asien	EU-27	EUR	Restliche Welt	Ausländer insgesamt	Italien
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	41,0	44,5	81,4	76,3	11,8	255,0	7.486,8
Blut und blutbildende Organe	6,7	6,4	33,8	23,6	2,5	72,9	2.294,3
Herz-Kreislaufsystem	23,8	44,1	184,9	153,3	11,1	417,3	24.329,3
Dermatologika	1,5	3,1	4,5	3,7	0,6	13,5	247,7
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	8,6	5,5	34,1	18,6	4,9	71,7	2.990,2
Systemische Hormonpräparate	3,7	3,6	13,6	4,2	0,8	25,9	838,2
Allg. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	54,3	53,4	92,6	117,6	14,2	332,0	4.677,6
Antineoplastische und immunmodulierende Pharmaka	2,2	2,1	31,1	28,0	1,6	65,1	2.408,8
Muskel- und Skelett-System	6,9	8,9	26,8	16,2	3,2	62,0	2.942,2
Zentrales Nervensystem	18,8	18,0	103,5	70,5	11,3	222,1	8.106,6
Antiparasitäre Pharmaka	2,3	0,4	1,1	0,6	0,5	4,9	83,1
Respirationstrakt	50,3	45,9	59,7	61,1	13,4	230,4	4.976,8
Sinnesorgane	3,0	1,7	7,4	3,9	0,5	16,4	865,2
Sonstige	0,0	0,6	0,5	0,0	0,0	1,1	30,2
Insgesamt	223,0	238,3	675,0	577,7	76,2	1.790,3	62.276,9

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Rezept Archiv

