

2. ZIELE FÜR DIE GESUNDHEIT UND STRATEGIEN IM GESUNDHEITSWESEN

2.1. Allgemeine Zielsetzung des Landesgesundheitsplanes 2000-2002

Ziel des Landesgesundheitsplanes 2000-2002 ist es, über den Landesgesundheitsdienst und aufbauend auf die bereits gemachten Erfahrungen und die bisher erreichten Ziele, den Gesundheitsschutz für die Bevölkerung als ein Grundrecht des Bürgers und Interesse der Gemeinschaft so zu verwirklichen, daß die Würde des Menschen und die Freiheit der Person voll berücksichtigt werden.

Das Hauptanliegen des Planes ist es, einen hohen Standard bei der Förderung, der Erhaltung und der Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit zu gewährleisten sowie den Erwartungen der Bürger im Bereich Gesundheit, unabhängig von den persönlichen oder sozialen Verhältnissen, möglichst entgegenzukommen und gleichzeitig Solidarität und Anteilnahme zu unterstützen.

Die grundsätzliche Strategie, die darauf abzielt, für alle Bürger geeignete Formen des Zuganges zu den Leistungen des Gesundheitsdienstes, die auf den einheitlichen Betreuungsebenen vorgesehen sind, zu gewährleisten, muß von weiteren Maßnahmen begleitet werden, deren Ziel es ist, die Leistungen in den Bereichen Prävention und Rehabilitation auszubauen, die Qualität aller erbrachten Leistungen zu steigern, immer persönlichere, patientengerechtere, sicherere und bequemere Formen der Betreuung zu verwirklichen, das Recht des Patienten auf Information zu beachten, in den Diensten die Solidarität und die Anteilnahme anzuregen und zu nutzen, damit das Vertrauen in die Einrichtungen des Gesundheitswesens wächst und ihr Image in der Öffentlichkeit immer besser wird.

Was die institutionellen, die organisatorischen und die instrumentellen Aspekte betrifft, will der Plan den noch nicht abgeschlossenen Prozeß der Umwandlung der Sanitätseinheiten in Betriebe möglichst fördern und unterstützen: er enthält zu diesem Zweck Vorschriften für die Reorganisation des Netzes der Gesundheitsdienste, zur Anwendung von Verfahren für die Übernahme von Verantwortung, zur Betriebsplanung und -kontrolle, zu den Maßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der Endprodukte und der Organisation der Gesundheitsdienste, zu den Maßnahmen, die darauf abzielen, die Humanressourcen im Betrieb auszubauen, zur wechselseitigen Ergänzung der Gesundheitsdienste und der Sozialdienste sowie zur koordinierten Nutzung des Netzes der informellen Betreuungsformen, von den Selbsthilfgruppen, der erweiterten Familie, dem organisierten und individuellen Volontariat bis zu den Zivildienstleistenden.

Es handelt sich um Ziele und Maßnahmen strategischer Natur, die mittel- und langfristig wirksam werden: sie bauen auf die bereits gemachten Erfahrungen auf und haben eine Ausstrahlung in die Zukunft, die über den Planungszeitraum hinausreicht.

Die im folgenden Abschnitt 2.2. "Die Betreuungsstandards gewährleisten" enthaltenen Grundzüge der Gesundheitspolitik und der strategischen Ausrichtung des Gesundheitswesens betreffen und verpflichten den gesamten Gesundheitsdienst des Landes. Die Richtlinien über die Qualitätssteigerung (Abschnitt 4.5.) werden auf allen Betreuungsebenen angewandt, die von den Sanitätsbetrieben angeboten und / oder gewährleistet werden.

Die Förderung der Qualitätssteigerung erfolgt im Rahmen der Verfahren Tätigkeitsplanung sowie Jahresbudget und wird vom Betrieb mit den Zuwendungen aus dem Landesgesundheitsfonds finanziert, die nach dem Kriterium der standardisierten Pro-Kopf-Quote berechnet werden. Als Übergangslösung bis zu Aktivierung der Verfahren zur Jahresplanung und Jahresbudgetierung können die Projekte zur Qualitätssteigerung von der Landesregierung in der für die Schwerpunktvorhaben vorgesehenen Form finanziert werden.

Die folgenden Abschnitte dieses Kapitels, von 2.3. bis 2.5., enthalten allgemeine Richtlinien über Entwicklungsziele für die Betreuungsstandards im Hinblick auf die Bedürfnisse im Bereich Gesundheit, die im drei Jahre umfassenden Planungszeitraum vorrangig abgedeckt werden sollen. Diese Zielvorhaben in als vorrangig eingestuftten Bereichen werden von der Landesregierung finanziert, nachdem die Sanitätsbetriebe die Schwerpunktvorhaben und die entsprechenden Kostenvoranschläge eingereicht haben.

In den letzten beiden Abschnitten des Kapitels (2.6. und 2.7.) sind zusammenfassend die Bestimmungen für die Zielvorhaben im Bereich Gesundheit bzw. für die gesundheitspolitischen Strategien des Landesgesundheitsplanes dargestellt.

2.2. Die Betreuungsstandards gewährleisten

Die Betreuungsstandards umfassen alle jene Leistungen, die der Landesgesundheitsdienst den Bürgern, die in Südtirol wohnhaft sind, und all jenen, die Anspruch auf medizinische Versorgung haben, gewährleisten muß.

Das Hauptanliegen des Landesgesundheitsdienstes ist die gleichmäßige Verteilung des Angebotes an Leistungen auf dem gesamten Landesgebiet, in geeigneter Form und mit gleichbleibender Qualität und allen Bürgern in gleichem Maße zugänglich.

Gemäß den Vorgaben im Nationalen Gesundheitsplan werden im folgenden Abschnitt die wichtigsten Richtlinien für die einheitlichen Mindest-Betreuungsstandards wiedergegeben, die auf dem gesamten Landesgebiet gewährleistet werden müssen.

2.2.1 Kollektive Formen der Gesundheitsbetreuung im Lebensumfeld und im Arbeitsbereich

Ziel dieser Betreuungsebene ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu verbessern:

- durch Prophylaxe der Infektions- und der ansteckenden Krankheiten;
- durch die Überwachung der in Südtirol wirksamen Risikofaktoren;
- durch die Überwachung der kollektiven und individuellen Risikofaktoren im Lebensumfeld und im Arbeitsbereich;
- durch die tierärztliche Prophylaxe zum Schutz des Viehbestandes vor Infektionskrankheiten und Seuchen, zum Schutz der Bevölkerung vor auf den Menschen übertragbaren Tierkrankheiten und im Sinne des Umweltschutzes, wobei die Tiergesundheit u.a. als Indikator bei der Überwachung der Umweltbedingungen verwendet werden kann;
- durch die Überprüfung der Nahrungsmittel und der Getränke sowohl tierischer als auch pflanzlicher Herkunft, u.zw. von der Herstellung über die Verarbeitung, die Lagerung und den Transport bis zur Verteilung und Vermarktung.

Diese Ebene umfaßt alle Maßnahmen und Leistungen im Rahmen der kollektiven Prävention zur Prophylaxe der Infektions- und der ansteckenden Krankheiten, zum Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Schäden durch Umweltbelastungen und vor gesundheitlichen Schäden aufgrund von Risikofaktoren im Lebensumfeld und im Arbeitsbereich, die Leistungen des öffentlichen Veterinärdienstes sowie die hygienisch-sanitäre Überwachung der Nahrungsmittel.

Bei einigen der angeführten Tätigkeiten und Leistungen, die nicht mehr im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens liegen, wird jedoch die Verbindung mit der Landesagentur für Umwelt und Arbeitsschutz im Hinblick auf die Auswirkungen aufrechterhalten, die die Qualität der Umwelt auf die Gesundheit des Menschen hat.

2.2.2 Die Gesundheitsbetreuung im Sprengel

Im Sprengel wird die folgende Gesundheitsbetreuung angeboten:

- Die medizinische Grundversorgung
- Die pharmazeutische Versorgung
- Die fachärztliche Betreuung im Ambulatorium
- Die Betreuung auf dem Territorium und in halbstationärer Form
- Die Betreuung in stationären Einrichtungen

Ziel der medizinischen Grundversorgung ist der Gesundheitsschutz der Bevölkerung mit Hilfe von Gesundheitserziehung, individuellen präventivmedizinischen Maßnahmen, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation der ersten Stufe und der Ersten Hilfe. Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung ist die Mitarbeit der allgemein-praktischen Ärzte und der frei wählenden Kinderärzte am Ausbau der Tätigkeit in den Sprengeln und insbesondere an den Projekten der programmierten ärztlichen Betreuung und der integrierten Hauspflege zu fördern.

Die pharmazeutische Versorgung erfolgt über die Krankenhausapotheken und die öffentlich zugänglichen Apotheken und betrifft die Versorgung der Betreuten mit Arzneimitteln und Galenika - mit oder ohne Ticketbezahlung.

Das Ziel der fachärztlichen Betreuung im Ambulatorium, der halbstationären Betreuung und jener auf dem Territorium besteht darin, im Ambulatorium, zuhause oder halbstationär die Krankheiten und Behinderungen mittels diagnostischer, therapeutischer und Rehabilitationsleistungen festzustellen bzw. zu behandeln; dazu gehören auch die Maßnahmen zum Schutz von Mutter und Kind sowie die Prävention, die Diagnose und die Therapie bei psychischen Störungen und Drogenabhängigkeit.

Die fachärztliche ambulatorische Betreuung umfaßt auch die Betreuung der Drogenabhängigen, die psychiatrische Betreuung auf dem Territorium, den Rehabilitationsdienst auf dem Territorium und die integrierte Betreuung.

Außerdem muß die Einhaltung der einheitlichen Qualitätsnormen für die Leistungen und die Befunde gewährleistet sein, um zu vermeiden, daß aufgrund der uneinheitlichen Organisation der fachärztlichen Leistungen Dinge doppelt gemacht werden.

Das Ziel der Betreuung in stationären Einrichtungen besteht darin, mittels Behandlung und Pflege im Rahmen eines stationären Aufenthaltes die Wiedererlangung der Selbständigkeit für Pflegefälle, die Überwindung der Abhängigkeit von Drogen oder psychotropen Substanzen und die soziale Wiedereingliederung für Suchtkranke, die Besserung des Zustandes und die Wiedereingliederung in das Leben der Gesellschaft für die alten Menschen zu gewährleisten und der Verschlimmerung des Zustandes bei chronisch Kranken entgegenzuwirken.

Diese Form der Betreuung umfaßt die stationäre Betreuung der alten Menschen, die stationäre Behandlung der Drogenabhängigen in Therapiegemeinschaften, die stationäre Betreuung der psychisch Kranken, die stationäre Betreuung der Menschen mit körperlicher Behinderung und die stationäre Betreuung von Rehabilitationspatienten.

Es ist notwendig, durch den entsprechenden Ausbau der integrierten Hausbetreuung, die nicht unbedingt erforderliche und die vorzeitige stationäre Unterbringung von alten Menschen und Pflegefällen zu vermeiden. Die weitere Verbesserung der Lebensqualität der in Pflegeheimen untergebrachten Menschen ist auf jeden Fall ein prioritäres Ziel für den Planzeitraum und muß mit vollem Einsatz betrieben werden.

2.2.3 Betreuung im Krankenhaus

Die Betreuung im Krankenhaus gliedert sich in:

- Betreuung der Akutpatienten (Notfall, in normaler Form und day-hospital)
- Betreuung von postakuten Patienten (Rehabilitation-day-hospital-Langzeitpflege).

Ziel der Behandlung und Pflege im Krankenhaus ist es, allen vom Landesgesundheitsdienst betreuten Personen einen Krankenhausaufenthalt zu ermöglichen, zur Behandlung von:

- Notfällen und Pathologien, die dringend diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfordern;
- akuten pathologischen Zuständen, die weder ambulatorisch noch im Rahmen der Hausbetreuung behandelt werden können,
- länger dauernden Krankheiten, die diagnostische und therapeutische Leistungen erfordern, die außerhalb des Krankenhauses nicht geboten werden können.

Es müssen - was die Krankenhausaufenthalte betrifft - gleiche Zugangsmöglichkeiten und gleich geeignete Behandlungsformen gewährleistet werden, insbesondere im Bereich der Rehabilitation und der postakuten Langzeitbehandlung.

2.3. Die Rechte der Bürger wahren

Die Autonome Provinz Bozen schützt, über den Landesgesundheitsdienst, die Gesundheit als ein Recht des einzelnen Bürgers und als Interesse der Gemeinschaft, in Achtung der Würde und der Freiheit der Person. Es handelt sich hierbei um Grundsätze, die seit langem die gesamte Tätigkeit im Gesundheitswesen bestimmen, die aber ständig neue Anstrengungen erfordern, um den sich verändernden kulturellen Gegebenheiten und Erwartungen der Bürger gerecht zu werden.

Insbesondere dem Recht auf Freiheit, verstanden als die Fähigkeit und die Möglichkeit des Einzelnen, autonom, korrekt und bewußt über seine Gesundheit zu entscheiden, kommt immer größere Bedeutung zu.

DIE RECHTE DER BÜRGER WAHREN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Gleiche Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdiensten für alle Bürger gewährleisten 2. die Entwicklung des Gesundheitsbewußtseins unterstützen, als einen Prozeß zur Entwicklung der Fähigkeit des Einzelnen, seine Gesundheit zu überwachen und zu verbessern 3. Das Recht auf vertrauliche Behandlung, Diskretion, Komfort des Patienten gewährleisten 4. Das Recht auf Information sicherstellen 5. Das Recht auf eine umfassende Betreuung und auf die Kontinuität der Behandlung sicherstellen.	1. Die "Charta der Gesundheitsdienste" umsetzen 2. Die Qualität der Kommunikation zwischen dem Bürger, der die Gesundheitsdienste in Anspruch nimmt, und den Mitarbeitern dieser Dienste verbessern 3. Die Zugangsmöglichkeiten zu den Diensten verbessern, dabei die Ausgewogenheit zwischen Nachfrage und Angebot sicherstellen, indem man die Abläufe vereinfacht und die Wartezeiten verkürzt 4. Projekte zur Qualitätssteigerung anregen und

	verwirklichen, im Hinblick auf eine patientennahe Betreuung, eine humane Behandlung und das Recht des Patienten auf Information, Komfort und Sicherheit 5. Projekte im Bereich Gesundheitserziehung anregen, mit dem Ziel, das Gesundheitsbewußtsein zu bilden und weiterzuentwickeln 6. Das immer engere Zusammenwirken von Gesundheitsdiensten und Sozialdiensten fördern.
--	--

2.4. Einsatz für mehr Solidarität und Anteilnahme

Solidarität und Anteilnahme sind Werte, die seit langem und immer stärker Einfluß auf die Entwicklung des Gesundheitsbewußtseins und der Gesundheitsdienste haben. Ihre Aufwertung und ihre Verwirklichung in der Betreuung / Behandlung muß für den Landesgesundheitsdienst ein grundsätzliches Anliegen sein.

EINSATZ FÜR MEHR SOLIDARITÄT UND ANTEILNAHME

ZIELE	STRATEGIEN
1. Die bisher erreichten Formen affektiver und sozialer Solidarität gegenüber gesundheitlichen Problemen und gegenüber den Gesundheitsdiensten erhalten und weiter ausbauen 2. Die bisher erreichten Formen der Mitwirkung der Bürger an der Weiterentwicklung einer "Kultur der Gesundheit" erhalten und weiter ausbauen	1. Das informelle Betreuungsnetz unterstützen und es mit dem institutionellen Angebot an Leistungen ergänzen 2. Die "Charta der Gesundheitsdienste" umsetzen, vor allem im Hinblick auf die verstärkte Einbindung der Bevölkerung 3. Die Möglichkeiten der Mitwirkung planen und verwalten, die sich durch die Beziehungen mit dem Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften und in den Sprengelkomitees bieten 4. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit bei der Lösung von Gesundheitsproblemen fördern, gemäß den Aussagen des WHO-Projektes "In die Gesundheit investieren".

2.5. Auswahl von Gesundheitszielen und Strategien des Gesundheitsdienstes in prioritären Einsatzbereichen

2.5.1. Tumoren

Das Ziel 10 der Gesundheitspolitik der WHO für das Jahr 2000 sieht die Verringerung der Mortalität aufgrund von Tumoren bei Menschen unter 65 Jahren um 15% vor.

Die Mortalitätsrate aufgrund von Tumoren folgte im Zeitraum 1981-1994 in Südtirol einem steigenden Trend (von 200 Todesfällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1981 auf 240 Todesfälle im Jahr 1994), steigend ist auch die Mortalität aufgrund von Tumoren bei Menschen unter 65 Jahren.

Es zeigt sich, daß die Situation in Südtirol dem Ziel der WHO nicht entspricht und dieses bis zum Jahr 2000 auch nicht erreichen wird.

Bei vielen der häufigsten Tumorarten ist die Mortalitätsrate angestiegen; zurückgegangen ist sie nur bei den Tumoren von Kolon und Rektum und zum Teil bei den Magentumoren.

Magentumoren

Die Mortalität insgesamt ist zurückgegangen (von 29,5 Todesfällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1981 auf 25,3 Todesfälle im Jahr 1990), die Mortalität bei den unter 65jährigen hingegen ist angestiegen (von 8,1 auf 8,8 je 100.000 Einwohner). Die am stärksten betroffenen Landesteile sind die Grenzgebiete zu Österreich im Osten und zur Lombardei im Westen.

Tumoren von Kolon und Rektum

Die Mortalität insgesamt ist steigend (von 21,1 je 100.000 Einwohner im Jahr 1981 auf 26,0 im Jahr 1990), hat jedoch bei den unter 65jährigen abgenommen (von 7,3 je 100.000 Einwohner auf 6,2).

Am wenigsten betroffen sind das Gebiet Sterzing und das Grenzgebiet zum Veneto.

Tumoren der Luftröhre, der Bronchien und der Lungen

Die Mortalität ist steigend, sowohl insgesamt (von 28,1 je 100.000 Einwohner auf 38,9 im Zeitraum 1981-90) als auch bei der Bevölkerung im Alter unter 65 Jahren (von 11 je 100.000 Einwohner auf 15,8). Am stärksten betroffen ist die Stadt Bozen.

Brustkrebs

Die Mortalität ist steigend, u.zw. sowohl insgesamt (von 27,4 je 100.000 Einwohner auf 38,2 im Zeitraum 1981-90), als auch bei den Frauen unter 65 Jahren (von 10 je 100.000 Einwohner auf 20,1). Am stärksten betroffen sind die Gebiete von Bozen und Sterzing.

Gebärmutterkrebs (Gebärmutterhals und Endometrium)

Die Mortalität in der Gesamtbevölkerung ist stabil geblieben, steigend ist der Trend jedoch bei den Frauen unter 65 Jahren (von 2,6 auf 5,3 je 100.000 Einwohner zwischen 1981 und 1990).

Am stärksten betroffen ist ein horizontal verlaufender Streifen, der die Gebiete um Schlanders, Meran und Brixen umfaßt.

Tumoren an den Eierstöcken

Die Mortalität ist zwar zwischen 1981 und 1991 bei der weiblichen Bevölkerung unter 65 Jahren stabil geblieben (4,7 Fälle je 100.000 Frauen im Alter unter 65 Jahren im Jahr 1981, bzw. 4,2 Fälle

im Jahr 1991), sie ist jedoch angestiegen, wenn man alle Altersstufen berücksichtigt, da sie im entsprechenden Zeitraum von 7,3 auf 11,1 Fälle je 100.000 Frauen angestiegen ist.

Prostatakrebs

Die Mortalitätsrate steigt ständig. Die unbereinigte Mortalitätsrate, die zu Beginn der 70iger Jahre weniger als 15 Todesfälle je 100.000 Männer betrug, nähert sich in den 90iger Jahren der Anzahl von 30 Todesfällen je 100.000 Einwohner männlichen Geschlechts. Am stärksten verbreitet ist Prostatakrebs in dem Gebietsstreifen Meran, Bozen, Brixen, Sterzing.

Hautkrebs

Stark im Ansteigen begriffen ist die Inzidenz einiger Formen von Hautkrebs (im Jahr 1996 wurden 176 Fälle von spinözellularem Karzinom, 56 Fälle von Melanom und 705 Fälle von Basaliom registriert), für die die Möglichkeit wirksamer Maßnahmen im Bereich der Prävention und/oder der Frühdiagnose besteht.

TUMOREN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Senkung der Inzidenz der Tumorerkrankungen 2. Anhebung der Lebenserwartung und der Lebensqualität der Tumorpatienten, besonders bei Tumoren des Magens, von Kolon und Rektum, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge, der Brust, der Gebärmutter, der Eierstöcke sowie der Haut.	1. Die Aufklärungsarbeit über die umwelt- und verhaltensbedingten Risikofaktoren weiter ausbauen 2. Maßnahmen zur Verbesserung der Umweltbedingungen ergreifen 3. Kampagnen zur Gesundheitserziehung durchführen, die so früh wie möglich einsetzen sollen 4. Die Verfahren zur Frühdiagnose vor allem für jene Tumorarten weiter verbessern und verfeinern, für die es derzeit wirksame Formen gibt (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Haut) 5. Die Qualität der Behandlung und Pflege, auch in der palliativen Phase, verbessern. 6. Die Krebspatienten in die psychologische Betreuung einbeziehen 7. Die Maßnahmen zur Diagnose, Therapie und Rehabilitation verstärken, auch durch die Ausarbeitung von Leitlinien für die Behandlung einzelner Tumorerkrankungen

2.5.2. Todesursache: Gewalteinwirkung von außen

Rund 50% der Todesfälle aufgrund von Gewalteinwirkung von außen betreffen Menschen unter 40 Jahren, und ca. ein Drittel dieser Todesfälle geht auf Verkehrsunfälle zurück. In diesen Berechnungen ist jedoch das Ausmaß des Phänomens tatsächlich noch um ca. ein Drittel unterbewertet, da nur die Todesfälle, die innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfall eintreten, berücksichtigt sind. Eine Schätzung des Ausmaßes der Schäden muß, um vollständig zu sein, auch

die Schädel-Hirn-Traumata, die Invalidität zur Folge haben, und ebenso die auf Traumata zurückgehenden Fälle von Querschnittslähmung berücksichtigen, die zu mehr als 50% auf Verkehrsunfälle zurückzuführen sind.

Die rein medizinische Behandlung ist in diesem Bereich auf die Eingrenzung des als Folge der Ereignisse entstandenen Schadens beschränkt. Im Großteil der Fälle ist der Verkehrsunfall auf menschliches Versagen zurückzuführen, daher muß jede Form der Prävention von der Untersuchung des Verhaltens der Lenker von Kraftfahrzeugen ausgehen. Die Präventivmaßnahmen werden um so wirksamer sein, je enger die bereichsübergreifende Zusammenarbeit ist, wobei sowohl die Kostengünstigkeit als auch die Pluralität des Angebotes sich wiederum positiv auf die Qualität der Präventivmaßnahmen auswirken.

Eine weitere Todesursache, die es in Südtirol zu bekämpfen gilt, sind die Selbstmorde.

Die Selbstmordrate ist in Südtirol zwischen dem Jahr 1981 (10 Selbstmorde je 100.000 Einwohner) und dem Jahr 1994 (16,6 Selbstmorde je 100.000 Einwohner) ständig angestiegen. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnittswert (6,5 Selbstmorde je 100.000 Einwohner) bietet Südtirol ein sehr negatives Bild. Die Häufigkeit der Selbstmorde ist außerdem direkt proportional zu geografischen Faktoren, wie z.B. zur Entfernung von den Städten und zur geografischen Höhenlage.

Präventivmaßnahmen können nur dann erfolgreich sein, wenn die gefährdeten Gruppen festgestellt und die Möglichkeiten für bestimmte Formen des Selbstmordes eingeschränkt werden. Zweckmäßig ist die Verwirklichung von institutionalisierten Projekten zur Prävention von Problemsituationen bei Kindern und Jugendlichen, da diese in Südtirol häufiger als in anderen Gebieten Italiens Selbstmord begehen.

TODESURSACHE: GEWALTEINWIRKUNG VON AUSSEN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Verringerung der Inzidenz von Verkehrsunfällen, Arbeitsunfällen und Unfällen im Haushalt 2. Senkung der Mortalität und der Anzahl der Fälle von Invalidität aufgrund von Arbeits- und Verkehrsunfällen sowie von Unfällen im Haushalt 3. Verringerung der Inzidenz der Selbstmorde, vor allem von Personen mit Depressionen, Alkoholikern, sozialen Außenseitern, Schizophrenen, Drogenabhängigen, Neurotikern.	1. Die Anstrengungen zur Erlangung und Verbreitung des Wissens über die strukturellen und verhaltensbedingten Risikofaktoren für Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle und Unfälle im Haushalt verstärken 2. Die Präventivmaßnahmen zur Verhinderung von Verkehrs- und Arbeitsunfällen sowie von Unfällen im Haushalt verstärken 3. Die selbstmordgefährdeten Gruppen identifizieren und Maßnahmen setzen, die die Möglichkeiten für bestimmte Selbstmordarten einschränken 4. Die Ausarbeitung und Durchführung von Projekten zur Prävention von Problemsituationen bei Kindern und Jugendlichen fördern.

2.5.3. Infektionskrankheiten

Die Mortalität aufgrund von Infektions- oder parasitären Krankheiten war in Südtirol mit 4,7 Todesfällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 höher als im gesamtstaatlichen Durchschnitt (3,6 Todesfälle je 100.000 Einwohner), hatte allerdings ein ähnliches Ausmaß wie in den angrenzenden Gebieten (5,1 Todesfälle im Trentino und 5,0 in Tirol, bei einem Durchschnittswert für ganz Österreich von 3,3 Todesfällen je 100.000 Einwohner).

AIDS

Die Inzidenz war im Zeitraum 1992-94 bei den Männern rückläufig (von 8,2 Fällen auf 4,1 Fälle je 100.000 Einwohner), während sie bei den Frauen konstant blieb (1,8 Fälle je 100.000 Einwohner). Das Phänomen darf jedoch nicht unterbewertet werden, da AIDS aufgrund der wachsenden Verbreitung bei heterosexuellen Personen in verstärktem Ausmaß Frauen trifft. Zu den dramatischsten Auswirkungen der Krankheit gehört die Geburt von HIV-positiven Kindern: Risikogruppe sind vor allem die Drogenabhängigen, die vorwiegend im zeugungs- bzw. gebärfähigen Alter sind und bei denen die Gefahr einer Übertragung der Infektion von der Mutter auf das ungeborene Kind besonders hoch ist.

Die Aufklärungsarbeit muß unbedingt in den Schulen erfolgen, u.zw. durch geeignete Sexual- und Gesundheitserziehungsprogramme.

Die Präventivmaßnahmen müssen die Aufforderung zu Tests für die Feststellung der HIV-Antikörper umfassen, wobei geeignete Formen für das Angebot und die Durchführung dieses Tests bei Personen in bestimmten Situationen gefunden werden müssen, wie z.B. bei gebärfähigen Frauen, Schwangeren, Häftlingen.

Hepatitis B

Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis B ist bei der männlichen Bevölkerung im Anstieg begriffen (von 4,1 je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 auf 7,7 je 100.000 Einwohner im Jahr 1994), bei der weiblichen Bevölkerung hingegen stabil (5,8 im Jahr 1992, 5,3 je 100.000 Einwohner im Jahr 1994).

Auf gesamtstaatlicher Ebene ist die Quote von vier Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 auf drei Fälle je 100.000 Einwohner im Jahr 1994 gesunken.

Auf gesamtstaatlicher Ebene zeigen die Daten für den Zeitraum 1986-1994 weiters, daß bei den Personen, die einem Mehrfachrisiko ausgesetzt sind (ihnen wurde ein einziger Faktor zugeordnet, der, in absteigender Reihung, das Risiko einer Ansteckung aufgrund der wahrscheinlichsten Infektionsquelle wiedergibt) die Kontakte mit gesunden Virusträgern bei den 0-14jährigen die

häufigste Infektionsursache (35,8%) und, absolut gesehen, die zweithäufigste Ursache (14,7%) sind. Drogenmißbrauch, der auch absolut die häufigste Infektionsursache darstellt (20,1%), ist auch der wichtigste Risikofaktor für die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 24 Jahren (34,7%).

Meningoenzephalitis

Die Inzidenz der Krankheit hat zwischen 1992 (1,1 Fälle je 100.000 Einwohner) und 1994 (2,7 Fälle je 100.000 Einwohner) zugenommen (gesamtstaatlicher Wert für 1992: ein Fall je 100.000 Einwohner).

Syphilis

Die Erkrankungshäufigkeit scheint im wesentlichen stabil zu sein (2,2 Fälle je 100.000 Einwohner im Jahr 1994). Bei der geschlechtsspezifischen Analyse des Phänomens zeigt sich eine Zunahme der Häufigkeit in der weiblichen Bevölkerung (von 2,7 Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 auf 3,5 im Jahr 1994), und ein Rückgang bei der männlichen Bevölkerung (von 2,3 Fällen auf 0,9 Fälle je 100.000 Einwohner). Auf gesamtstaatlicher Ebene betrug die Inzidenz im Jahr 1992 0,8 Fälle je 100.000 Einwohner).

Extrapulmonare Tuberkulose

Die Inzidenz ist von 0,7 Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 auf 2,7 Fälle im Jahr 1994 angestiegen. Gesamtstaatlich waren es im Jahr 1992 1,5 Fälle je 100.000 Einwohner.

INFEKTIONSKRANKHEITEN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Verringerung der Inzidenz aller Infektionskrankheiten, insbesondere von AIDS, Hepatitis B und der Krankheiten, die im allgemeinen über sexuelle Kontakte und/oder auf parenteralem Weg übertragen werden 2. Verlängerung der Lebenserwartung und Verbesserung der Lebensqualität für die AIDS-Kranken 3. Verringerung der Inzidenz der Krankheiten, bei denen der begründete Verdacht besteht, daß sie im Zusammenhang mit bestimmten hygienisch-sanitären Bedingungen auftreten (zum Beispiel Tuberkulose).	1. Die Sanitätskontrollen an Fleisch und anderen Nahrungsmitteln tierischer Herkunft verstärken 2. Die veterinärmedizinische Versorgung von Kleintieren gemäß den Bestimmungen im Gesetz 281/81 ausbauen und Präventivmaßnahmen gegen das Streuen von Tieren ergreifen 3. Die flächendeckende Impfung zur Prophylaxe der Infektions- und ansteckenden Krankheiten beibehalten 4. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Umweltbedingungen und zur Förderung von gesundheitsbewußten Verhaltensweisen in der Bevölkerung unterstützen 5. Die Qualität der Behandlung und Pflege der AIDS-Kranken verbessern 6. Präventivmaßnahmen im Hinblick auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen

	<p>fördern, vor allem im Zusammenhang mit Krankheiten, die über sexuelle und/oder parenterale Kontakte übertragen werden, da bei diesen auch eine Übertragung über das Blut möglich ist: AIDS, Syphilis, Hepatitis B und C, usw.</p> <p>7. Flächendeckende immunprophylaktische Maßnahmen bei allen gefährdeten Personen durchführen, mit denen auch eine Prävention gegen Krankheiten (wie Hepatitis B) verwirklicht wird, die äußerst schwere und zu Invalidität führende Folgewirkungen haben, wie chronische Hepatitis, Leberzirrhose und Leberkrebs</p> <p>8. Die Maßnahmen zur Frühdiagnose von Krankheiten ausweiten, die noch nicht wieder ausgebrochen sind, bei denen aber der begründete Verdacht besteht, daß sie im Zusammenhang mit besonderen sozio-sanitären Situationen wieder vermehrt auftreten können (z.B. die Tuberkulose).</p>
--	---

2.5.4 Der Gesundheitsschutz für alte Menschen

Die alten Menschen sind die wichtigste Zielgruppe der zukünftigen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Trotz der allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen verursachen die degenerativen Prozesse des Alterns verstärkt chronische Erkrankungen und Formen von Invalidität, und häufig bedeutet dies für die alten Menschen zugleich den Verlust der Selbständigkeit. Die Wiederherstellung der Ausgewogenheit von Nachfrage und Angebot ist in dieser Situation ein schwieriges Problem, auf das man aber versuchen muß zu reagieren, indem man sich bemüht, die vorzeitige Unterbringung des alten Menschen in einer Pflegeanstalt zu vermeiden.

Ein Schritt zur Humanisierung der Betreuung ist auch die Pflege und Behandlung zu Hause, wobei man versuchen muß, um den Patienten herum ein Netz von informellen Hilfsdiensten zu knüpfen.

GESUNDHEITSSCHUTZ FÜR ALTE MENSCHEN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Anhebung der Anzahl der zu erwartenden aktiven Lebensjahre für die alten Menschen 2. Verringerung des Anteils der alten Menschen, die an chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten leiden 3. Verringerung der zu Invalidität führenden Folgen bei Menschen, die unter chronischen und degenerativen Krankheiten leiden 4. Verringerung des Anteiles der nicht selbständigen alten Menschen 5. Verringerung der Anzahl der Einweisungen von alten Menschen in Pflegeanstalten.	1. Initiativen unterstützen, die darauf abzielen, die Anzahl der aktiven Lebensjahre der alten Menschen zu erhöhen 2. Erkrankungen von alten Menschen sinnvoll und rechtzeitig behandeln 3. Die alten Menschen so lange wie möglich zu Hause pflegen, auch im Rahmen der integrierten Hauspflege 4. Die Qualität der Behandlung und Pflege jener alten Menschen verbessern, die in Pflegeanstalten untergebracht sind.

2.5.5. Schutz der geistigen Gesundheit

Sowohl die Inzidenzquote der neuen Patienten als auch die Prävalenzquote der Personen, die insgesamt in den Zentren für geistige Gesundheit betreut werden, steigen ständig: die Inzidenzquote der neuen Patienten ist von 1991 bis 1995 von 2,2 Fällen auf 3,9 Fälle je 1.000 Einwohner angestiegen, die Prävalenzquote der betreuten Personen von 8,6 je 1.000 Einwohner im Jahr 1991 auf 12,1 im Jahr 1995.

Bereits der erste Landesgesundheitsplan 1983-85 sah ein Schwerpunktvorhaben "Schutz der geistigen Gesundheit" vor. Dieses Anliegen wurde im zweiten Gesundheitsplan 1988-91 bestätigt. Im Februar des Jahres 1996 wurde von der Landesregierung das "Projekt Psychiatrie 2000" verabschiedet. Der Bereich der geistigen Gesundheit ist auch im Landesgesundheitsplan 2000-2002 ein prioritäres Anliegen der Gesundheitspolitik und ihrer Strategien.

SCHUTZ DER GEISTIGEN GESUNDHEIT

ZIELE	STRATEGIEN
1. Verringerung der Inzidenz der psychischen Krankheiten 2. Verbesserung der Lebensqualität der psychisch Kranken.	1. Darauf hinarbeiten, daß die Maßnahmen des psychiatrischen Dienstes im Bereich der Prävention, der Behandlung und der Rehabilitation umfassender werden. Der psychiatrische Dienst soll als funktionales Departement aller operativen Einheiten organisiert sein, die medizinische und soziale Leistungen zum Schutz der geistigen Gesundheit erbringen 2. Maßnahmen setzen, die darauf abzielen, verstärkt die therapeutische Kontinuität und die Territorialisierung der Leistungen zu fördern 3. Die Rehabilitationsmaßnahmen verstärken, die geeignet sind, die psychisch Kranken wieder in die Gesellschaft und in die Arbeitswelt einzugliedern. 4. Die Selbsthilfegruppen fördern und unterstützen

2.5.6. Mißbrauch von Drogen, Alkohol und Medikamenten und Tabakkonsum

Die Anzahl der Todesfälle von Drogenabhängigen hat in Südtirol seit 1991 abgenommen. Daß im Jahr 1994 keine den zuständigen Diensten unbekannt Personen an einer Überdosis gestorben sind, zeigt, wie präsent die Dienste für Drogenabhängige in allen Landesteilen sind. Zurückgegangen ist auch die Anzahl der jährlich neu von den Diensten übernommenen Patienten und die Anzahl jener, die in Therapiegemeinschaften eingewiesen wurden.

Problematischer ist hingegen die Situation, die durch den Konsum der "neuen Drogen" (Ecstasy und andere synthetische Drogen) entstanden ist, die nicht so auffallen, die aber nicht weniger schädlich sind. Der Gesundheitsdienst muß in diesem Fall, auch mit Hilfe der Familien und

der Schule, herausfinden, wer die Konsumenten sind, und Informationen über die kurz- und langfristigen Auswirkungen verbreiten.

Alkoholismus ist in Südtirol weiterhin ein soziales Problem. Die Anzahl der Einweisungen von Alkoholikern in Therapiegemeinschaften ist von 1993 auf 1994 von 8,7 auf 23,5 je 100.000 Einwohner angestiegen.

Obwohl der Konsum an von den allgemein-praktischen Ärzten verschriebenen Medikamenten relativ gering ist, sind der Mißbrauch und der falsche Gebrauch von Medikamenten durch die Bevölkerung eine zu bekämpfende Gefahr.

Tabakrauch ist am häufigsten die Ursache für Krankheiten und Todesfälle, die vermieden werden könnten. In Südtirol rauchen immer noch 23,8% der Bevölkerung im Alter über 14 Jahren.

MISSBRAUCH VON DROGEN, ALKOHOL UND MEDIKAMENTEN SOWIE TABAKKONSUM

ZIELE	STRATEGIEN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verringerung der Prävalenz der Fälle von Drogenmißbrauch und Tabakkonsum 2. Verringerung der Prävalenz der Alkoholiker 3. Senkung der Mortalität und der Anzahl der induzierten Erkrankungen sowie Verbesserung der Lebensqualität von Drogenabhängigen, Alkoholikern und Tabakrauchern 4. Eingrenzung der iatrogenen Schäden. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anregen und daran mitwirken, daß im Rahmen von Projekten zur Gesundheitserziehung so früh wie möglich über die Gefahren im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch sowie mit dem Tabakkonsum aufgeklärt wird. 2. Projekte fördern, die Problemsituationen bei Kindern und Jugendlichen entgegenwirken 3. Maßnahmen setzen, die darauf abzielen, die kontrollierte Qualität der pharmakologischen Leistungen zu gewährleisten. 4. Die Selbsthilfegruppen fördern und unterstützen. 5. Die Maßnahmen zur Rehabilitation und zur Wiedereingliederung der Drogen- und der Alkoholabhängigen in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben verstärken.

2.5.7. Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie Koagulopathien

Die häufigste Todesursache stellen die Herz- und Kreislaufkrankheiten dar. Sie treffen vorwiegend alte Menschen (ca. 80% der Gestorbenen waren über 69 Jahre alt) und werden somit immer dann verstärkt wirksam, wenn, wie derzeit, die Bevölkerung immer älter wird.

Die standardisierte Mortalitätsrate aufgrund von Kreislaufkrankheiten ist von 1985 bis 1995 um 32% gesunken, die unbereinigte Mortalitätsrate, für dieselbe Ursache hingegen um 8%. Diese beiden Daten weisen einerseits auf die Erfolge hin, die in diesem Bereich erzielt wurden, machen andererseits aber auch deutlich, daß es notwendig ist, in Anbetracht des fortschreitenden Alterungsprozesses der Bevölkerung Maßnahmen im Bereich der Primärprävention zu setzen.

Die strategischen Ansätze zur Bekämpfung der Kreislaufkrankheiten müssen sich besonders auf die Kontrolle der Risikofaktoren für den Myokardinfarkt konzentrieren. Um Maßnahmen zur Frühdiagnose planen und durchführen zu können, erscheint vor allem die umfassende Information über die Todesfälle wichtig.

HERZ- UND KREISLAUFKRANKHEITEN SOWIE KOAGULOPATHIEN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Die Inzidenz der Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren 2. Die Lebenserwartung und die Lebensqualität bei Menschen mit Herz-Kreislaufkrankheiten verbessern, besonders im Hinblick auf den Myokardinfarkt 3. Die Inzidenz der thromboembolischen Pathologien mit Hilfe der Antikoagulationstherapie verringern.	1. Präventivmaßnahmen im Zusammenhang mit der besonderen Gefährdung durch Herz-Kreislaufkrankheiten verwirklichen 2. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Risikofaktoren für den Myokardinfarkt weiter ausdehnen. 3. In eigenen Überwachungszentren Programme für die Primär- und Sekundärprophylaxe der thromboembolischen Pathologien umsetzen

2.5.8. Atemwegserkrankungen

Eine der häufigsten Ursachen für Krankheit, Fernbleiben vom Arbeitsplatz, Abwesenheit in der Schule sind die Atemwegserkrankungen: von diesen betrifft Bronchialasthma 5 – 7% der Bevölkerung, an chronischer Bronchitis erkranken 10% der Bevölkerung im Alter über 40 Jahren, allergische Alveolitis tritt im Zusammenhang mit der Heuarbeit häufig auf.

ATEMWEGSEKRANKUNGEN

ZIELE	STRATEGIEN
1. Die Inzidenz der Atemwegserkrankungen reduzieren. 2. Die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Personen anheben, die von Atemwegserkrankungen betroffen sind, besonders von Bronchialasthma, chronischer Bronchitis, Lungenemphysem und Alveolitis	1. Maßnahmen zur Prävention der spezifischen Risiken für Erkrankungen der Atmungsorgane setzen. 2. Die Rehabilitationsmaßnahmen zur Bekämpfung der Risikofaktoren für Bronchialasthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem und Alveolitis verstärken.

2.5.9. Fehlernährung

Fehlernährung im Sinne von Überernährung (Übergewicht, Fettleibigkeit) ist eine chronische Pathologie, die in unserer Gesellschaft stark zunimmt: in der Südtiroler Bevölkerung sind ca. 35-40% der Erwachsenen, 25-30% der Jugendlichen und 50-60% der alten Menschen davon betroffen. Übergewicht und Fettleibigkeit stellen einen schwerwiegenden Risikofaktor dar, vor allem im Zusammenhang mit Diabetes mellitus vom Typ II, mit Dislipidemien, Bluthochdruck, Gallensteinbildung, Knochen- und Gelenkspathologien, Herz- und Gefäßkrankheiten und nicht zuletzt auch mit Tumoren, insbesondere der Brust, der Prostata und des Kolons. Man schätzt, daß die Fettleibigkeit auf gesamtstaatlicher Ebene indirekte Kosten in der Höhe von über 8.000

Milliarden Lire verursacht. Im Jahr 1997 wurden an die Dienststellen für Diät- und Ernährungsberatung der vier Sanitätsbetriebe mehr als 1200 neue Anfragen um Maßnahmen im Zusammenhang mit Übergewicht und Fettleibigkeit gerichtet. Fehlernährung im Sinne eines Mangels an Kalorien und Proteinen, meist im Zusammenhang mit Krankheiten, betrifft zwischen 20 und 40% der stationär behandelten Krankenhauspatienten: sie hat Auswirkungen auf die Dauer des Aufenthaltes (mit einer Verlängerung um bis zu 20-30%) und der Genesungszeit, ebenso auf die Inzidenz von Komplikationen und der Mortalität sowie auf die Betriebskosten. Die künstliche Ernährung, die bei bestimmten klinischen Situationen die wirksamste Maßnahme darstellt, erweist sich in 50-60% als sinnvoll. Qualitative Fehlernährung stellt außerdem einen wichtigen Risikofaktor im Zusammenhang mit der Prädisposition für Herz- und Gefäßkrankheiten, Stoffwechselstörungen/-krankheiten und Nierenkrankheiten sowie für deren Verschlimmerung dar.

Angesichts der Zunahme von Anorexie und Bulimie, die teils auch psychologisch bedingt sind, müssen die damit zusammenhängenden Ernährungsprobleme immer stärker berücksichtigt werden.

FEHLERNÄHRUNG

ZIELE	STRATEGIEN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Prävalenz der verschiedenen Formen von Fehlernährung bei allen Altersgruppen reduzieren 2. Die Anzahl der induzierten Krankheiten verringern und die Lebensqualität der an Fettleibigkeit leidenden Patienten verbessern 3. Die Maßnahmen zur Prävention der Fehlernährung und / oder zur Verbesserung der Eßgewohnheiten verstärken. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auf breiter Basis Informationskampagnen zum Thema Ernährung durchführen, besonders auf der Ebene der Sprengel 2. Die künstliche Ernährung im Krankenhaus und auf dem Territorium optimieren, besonders im Hinblick auf die Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung von Krankenhäusern und territorialen Einrichtungen (Hospitalisation von Patienten zu Hause, usw.). 3. Die notwendige Unterstützung bei der Behandlung von psychologisch bedingten Essenstörungen gewährleisten.

2.6. Zusammenfassung der Bestimmungen über die Ziele für die Gesundheit

In den Übersichtstabellen A und B sind für die Bereiche Prävention bzw. Behandlung (Therapie und Rehabilitation) die Bestimmungen des Gesundheitsplanes zu den allgemeinen Zielen für die Gesundheit wiedergegeben, die im Planungszeitraum von drei Jahren erreicht werden sollen.

A. Ziele im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung

1. Beibehaltung der bereits erreichten Standards im Bereich Gesundheit ("Sicherheit" im Hinblick auf die auf dem Territorium wirksamen Risikofaktoren) durch Gewährleistung der Betreuungsstandards im Bereich der Prävention, gegebenenfalls mit Verbesserungen, die von den Sanitätsbetrieben mit Hilfe von Projekten zur Qualitätssteigerung erreicht werden können.
2. Ziele für die Verbesserung der Gesundheitsstandards (Erhöhung der "Sicherheit" im Zusammenhang mit den auf dem Territorium wirksamen Risikofaktoren); sie werden auf der Ebene der Sanitätsbetriebe durch Schwerpunktvorhaben erreicht, die von der Landesregierung über die Pro-Kopf-Quote hinaus finanziert werden:

- 2.1. Verstärkung des Gesundheitsbewußtseins als eines Prozesses, der die Möglichkeiten des Einzelnen zur Überwachung und Verbesserung der eigenen Gesundheit ausweitet
- 2.2. Verstärkung der affektiven und sozialen Solidarität im Zusammenhang mit den Problemen der Gesundheit und der Gesundheitsdienste
- 2.3. Verstärkte Einbindung der Bürger in die Entwicklung einer "Kultur" der Gesundheit und der Gesundheitsdienste
- 2.4. Verringerung der Inzidenz der Tumorerkrankungen
- 2.5. Verringerung der Inzidenz der Verkehrs- und Arbeitsunfälle sowie der Unfälle im Haushalt
- 2.6. Verringerung der Prävalenz der verschiedenen Formen von Fehlernährung bei allen Altersgruppen
- 2.7. Verringerung der Inzidenz aller Infektionskrankheiten, insbesondere von AIDS, Hepatitis B, Tuberkulose
- 2.8. Anhebung der aktiven Lebenserwartung der alten Menschen
- 2.9. Verringerung der Inzidenz von chronischen und zu Invalidität führenden Krankheiten bei alten Menschen, Reduzierung der Anzahl von Menschen, die zu Pflegefällen werden oder in Heimen untergebracht werden müssen
- 2.10. Verringerung der Inzidenz der psychischen Krankheiten
- 2.11. Verringerung der Prävalenz der Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabhängigen sowie der Raucher
- 2.12. Herabsetzung der Inzidenz der Herz- und Gefäßkrankheiten und der thrombembolischen Erkrankungen
- 2.13. Herabsetzung der Inzidenz der Krankheiten der Atmungsorgane
- 2.14. Förderung und Verstärkung der Faktoren, die sich im Sinne der Prävention und/oder positiven Beeinflussung der Eßgewohnheiten günstig auswirken

B. Ziele der Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit (Behandlung, Rehabilitation)

1. Beibehaltung der bereits erreichten Gesundheitsstandards (Wiedererlangung der Gesundheit und Lebensqualität nach Beeinträchtigungen infolge von Krankheitsfällen oder Behinderungen) durch die Gewährleistung der Betreuungsstandards für die Leistungen im Bereich der Behandlung und der Rehabilitation, wobei gegebenenfalls Verbesserungen durch betriebsinterne Projekte und Projekte zur Qualitätssteigerung erzielt werden können.
2. Ziele im Hinblick auf die Anhebung der Standards im Bereich der Wiedererlangung der Gesundheit und der Lebensqualität, die über Schwerpunktvorhaben verwirklicht werden sollen, welche von der Landesregierung über die Pro-Kopf-Quote hinaus finanziert werden:
 - 2.1. Anhebung der gewährleisteten Standards für die Bürger in den folgenden Bereichen:
 - a) Gleiche Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdiensten für alle in Südtirol wohnhaften Personen
 - b) Recht auf Information, Datenschutz, Komfort
 - c) Recht auf eine umfassende und kontinuierliche Behandlung
 - 2.2. Anhebung der Lebenserwartung und der Lebensqualität der Menschen, die betroffen sind von:
 - a) Neoplasien (Magen, Kolon-Rektum, Speiseröhre, Bronchien und Lungen, Brust, Gebärmutter, Eierstock und Haut)
 - b) Drogenabhängigkeit
 - c) Alkoholismus
 - d) Herz- und Kreislauferkrankungen und Koagulopathien
 - e) Atemwegserkrankungen
 - f) AIDS

- g) Psychischen Krankheiten
- h) Selten und neu auftretenden Krankheiten
- i) Behinderungen

- 2.3. Herabsetzung der Invalidität und Anhebung der Lebensdauer und der Lebensqualität der Personen, die Arbeits- oder Verkehrsunfälle bzw. Unfälle im Haushalt erlitten haben
- 2.4. Anhebung der aktiven Lebenserwartung der alten Menschen
- 2.5. Verstärkte Einbindung der Bürger in die Maßnahmen zur Wiedererlangung der eigenen Gesundheit und Lebensqualität
- 2.6. Verringerung der Inzidenz der Selbstmorde
- 2.7. Verringerung der Anzahl von induzierten Krankheiten und Verbesserung der Lebensqualität der an Fettleibigkeit leidenden Patienten

2.7. Zusammenfassung der Bestimmungen hinsichtlich der Strategien im Gesundheitswesen

In den Übersichtstabellen A und B sind für die Präventions- und Fördermaßnahmen bzw. für die Maßnahmen im Bereich der Behandlung und Rehabilitation zusammenfassend die Bestimmungen hinsichtlich der strategischen Maßnahmen wiedergegeben, die im Planungszeitraum im Hinblick auf die Ziele für die Gesundheit erreicht werden sollen.

A. Strategische Maßnahmen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung

1. Die Betreuungsstandards im Bereich der Vorsorge gewährleisten: a) Kollektive Gesundheitsbetreuung in der Arbeits- und Lebensumwelt b) Gesundheitsbetreuung im Sprengel im Bereich der Vorsorge, insbesondere Gesundheitserziehung
2. Die Charta der Dienste umsetzen
3. Die Qualität der Kommunikation zwischen dem Bürger-Benutzer und den Mitarbeitern der Dienste verbessern
4. Die Zugangsmöglichkeiten zu den Diensten verbessern
5. Projekte zur Gesundheitserziehung anregen und fördern, die die Entwicklung des Gesundheitsbewußtseins zum Ziel haben
6. Die informellen Formen der Betreuung fördern (Familie, Selbsthilfegruppen)
7. Die Anteilnahme der Gesellschaft an den Problemen im Bereich Gesundheit und Betreuung fördern
8. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit bei Projekten zur Gesundheitsförderung unterstützen
9. Die Tätigkeiten ausbauen, die Risikofaktoren in der Umwelt und in persönlichen Verhaltensweisen bestimmen und Informationen darüber verbreiten

10. Maßnahmen fördern, die auf die Verbesserung der Umweltbedingungen abzielen
11. Die Präventivmaßnahmen im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen, Arbeitsunfällen und Unfällen im Haushalt verstärken
12. Projekte zur Prävention von problematischen Situationen bei Kindern und Jugendlichen fördern
13. Die Sanitätskontrollen bei Fleisch und anderen Nahrungsmitteln tierischer Herkunft verstärken
14. Den derzeitigen Abdeckungsgrad im Bereich der Impfungen beibehalten
15. Auf breiter Ebene die Immunprophylaxe anwenden und sie auf alle gefährdeten Personen ausdehnen
16. Initiativen fördern, die geeignet sind, die aktive Lebenserwartung der alten Menschen zu erhöhen
17. Die verstärkte Berücksichtigung von Globalität und Kontinuität bei den Maßnahmen der Prävention, der Behandlung und der Rehabilitation im Bereich der psychischen Krankheiten fördern
18. Maßnahmen setzen, die darauf abzielen, kontrollierte Qualitätsstandards für die pharmakologischen Leistungen zu gewährleisten
19. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Myokardinfarkt verstärken
20. Maßnahmen zur Prävention von Atemwegserkrankungen anregen
21. Die Zusammenarbeit des Sozial- und des Gesundheitswesens bei den Präventivmaßnahmen unterstützen
22. Die Gesundheitsbetreuung für Kleintiere ausbauen und die Maßnahmen zur Vermeidung des Phänomens streunender Hunde verstärken
23. Informationskampagnen zum Thema Ernährung durchführen, besonders auf der Ebene der Sprengel