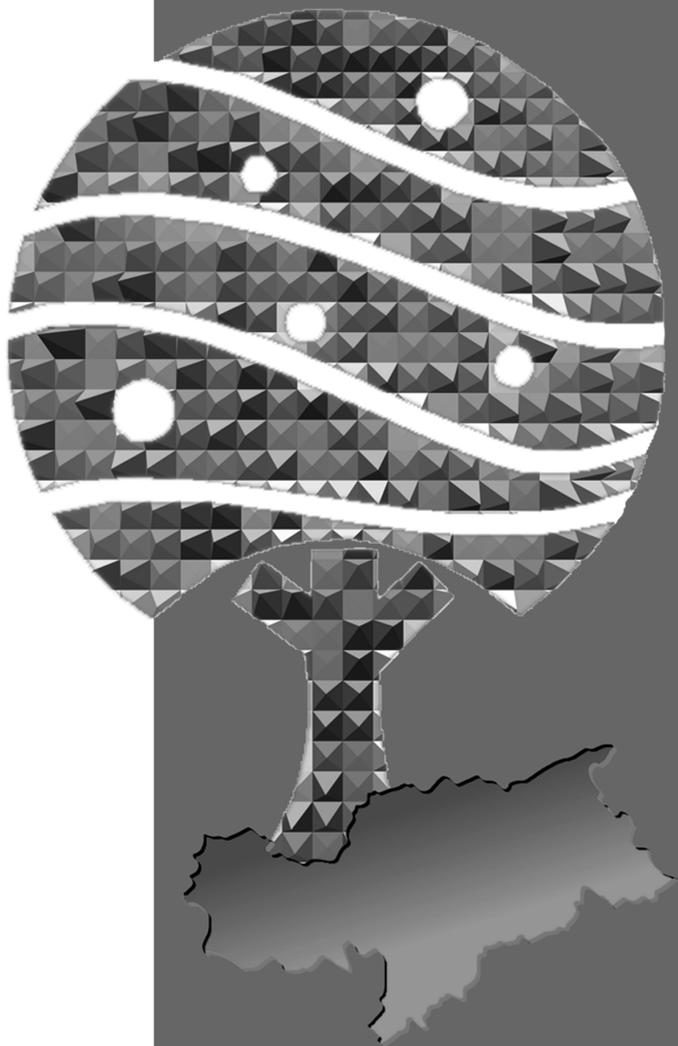


Landesgesundheitsbericht - Kurzfassung



2002

LANDESGESUNDHEITSBERICHT - KURZFASSUNG 2002

100 JAHRE GESUNDHEITSWESEN

100 INDIKATOREN

XIV. Ausgabe, September 2003

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle

Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet.

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen - Epidemiologische Beobachtungsstelle
Freiheitsstraße 23 - 39100 BOZEN
Tel. 0471 411567
Fax 0471 411579
Kontakt: oep@provincia.bz.it

Abrufbar auf der Internetseite:

www.provincia.bz.it/sanita

Layout und Graphik:

Epidemiologische Beobachtungsstelle

Umschlag:

Studio Schlemmer, Bozen

Druck:

Graphische Betriebe Tezzele

VORWORT

Dies ist die vierzehnte Auflage der Kurzfassung des Landesgesundheitsberichts 2002. Die Methodik und Inhalte der vorhergehenden Jahre wurde aufgrund der positiven Rückmeldungen der Leser beibehalten. Bereits vor einigen Jahren wurde die historische Entwicklung der Indikatoren der wichtigsten Phänomene im Gesundheitswesen neu gestaltet. Unser Ziel ist es, dass diese Kurzfassung des Gesundheitsberichtes für alle Leser eine wertvolle Informationsquelle ist.

Auch in dieser Ausgabe wird die Entwicklung des Gesundheitswesens der letzten 10 Jahren durch 100 Indikatoren graphisch und numerisch dokumentiert. Bei der Wahl der Indikatoren wurde auf die historische Vergleichbarkeit der Daten der Sanitätsbetriebe, des Landes und des Staates geachtet.

Die 100 Indikatoren beziehen sich auf folgende Aspekte des Gesundheitswesens:

- Bevölkerungsstatistik und soziale Aspekte;
- Gesundheitszustand der Bevölkerung (Krankheiten, Sterblichkeit nach Ursachen, Funktionsbeeinträchtigungen);
- Gesundheitsrisiken für die Gemeinschaft;
- Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste seitens der Bürger;
- Ressourcen für den Gesundheitsschutz.

Aufgrund der Daten aus dem Jahr 2002 lässt sich eine positive Entwicklung des Landesgesundheitswesens verzeichnen. Die epidemiologischen Indikatoren zeigen einen Gesundheitszustand auf, der den europäischen Standards entspricht (Lebenserwartung der Männer = 77 Jahre, der Frauen = 84 Jahre).

Das Netz der Gesundheitsdienste wurde in den letzten zehn Jahren erheblich ausgebaut, die territorialen Dienste durch zusätzliche Dienste erweitert und flächendeckender organisiert. Die Krankenhausdienste erhöhten ihr Leistungsangebot und verstärkten ihre Effizienz, wodurch ein positiver Saldo der Krankenhausmobilität in Richtung Österreich und in die übrigen Regionen Italiens erreicht werden konnte.

Beachtlich ist auch das Bemühen um die Grund- und Fachausbildung des Personals: die Anzahl der Eingeschriebenen an den Schulen für Diplomkrankenschwäger und sonstigen Mitarbeitern im Gesundheitswesen stieg an.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen nahmen in den letzten zehn Jahren real zu; im selben Zeitraum nahm auch der Anteil der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt der Provinz zu. Die Investitionen in Krankenhäuser und territoriale Einrichtungen, in biomedizinische Geräte und Informatik waren sehr umfangreich und ermöglichten eine quantitative und qualitative Verbesserung der Gebäude sowie eine Anpassung der Geräte an den neuesten Stand der Technik.

Detaillierte Informationen über den Entwicklungstrend des Gesundheitswesens können den Schaubildern samt Text entnommen werden. Für weitere Vertiefungen verweisen wir auf den Landesgesundheitsbericht 2002, da es sich beim vorliegenden Bericht um die Kurzfassung handelt.

Wir hoffen, dass wir mit dieser Kurzfassung des Landesgesundheitsberichts, herausgegeben von der epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes, dem Informationsbedarf der Bürger gerecht werden.

Kommentare und Anregungen, die zur Verbesserung der zukünftigen Ausgaben nützlich sein können, sind immer willkommen.

DER LANDESRAT FÜR GESUNDHEITSWESEN
-DR. OTTO SAURER-

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Saurer', written in a cursive style.

100 INDIKATOREN	1
1. 1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT	5
1.1. BEVÖLKERUNG	5
1.2. GESUNDHEITZUSTAND	10
1.2.1. Infektionskrankheiten	10
1.2.2. Arbeitsunfälle	17
1.2.3. Sterblichkeit	17
1.2.4. Funktionsbeeinträchtigungen	23
2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT	25
2.1. MÜLLSAMMLUNG	25
2.2. TÄTIGKEIT DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE	26
2.3. TÄTIGKEIT DES DIENSTES FÜR ARBEITSMEDIZIN	26
2.4. KONTROLLEN IM SPORTBEREICH	27
2.5. IMPFDECKUNG	28
3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE	33
3.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	33
3.1.1. Allgemeinmedizin	33
3.1.2. Hauskrankenpflege	35
3.2. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	36
3.3. TERRITORIALE VERSORGUNG	39
3.3.1. Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen	39
3.3.2. Schutz der geistigen Gesundheit	40
3.3.3. Stationäre Rehabilitation	42
3.4. FACHMEDIZINISCHE VERSORGUNG	43
3.4.1. Einrichtungen	43
3.4.2. Leistungen	44
3.4.3. fachmedizinische Dienste des Sanitätsbetriebes	44
3.4.4. landesweite fachmedizinische Dienste	48
3.5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	51
3.5.1. Krankenanstalten und Personal	51
3.5.2. Versorgungstätigkeit	53
3.5.3. Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Krankenhausversorgung	58

4. RESSOURCEN	62
4.1. GESUNDHEITSPERSONAL	62
4.1.1. In den Sanitätsbetrieben beschäftigtes Personal	62
4.1.2. Grundausbildung des Gesundheitspersonals	63
4.1.3. Fachausbildung des Gesundheitspersonals	65
4.2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND INVESTITIONEN	66
4.2.1. Laufende Ausgaben	67
4.2.2. Investitionsausgaben	68
4.2.3. Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP	70

100 INDIKATOREN

1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1.1. Bevölkerung

- 1) Wohnbevölkerung
- 2) Geburtenrate
- 3) Sterblichkeitsrate
- 4) Wanderungssaldo der Wohnbevölkerung
- 5) Altersindex
- 6) Durchschnittlicher Kinderindex pro Frau im gebärfähigen Alter
- 7) Abtreibungsrate
- 8) Fehlgeburtenrate
- 9) Ausländische Wohnbevölkerung
- 10) Arbeitslosenrate

1.2. Gesundheitszustand

- 11) Inzidenzquote von Hepatitis B
- 12) Inzidenzquote von Hepatitis C
- 13) Inzidenzquote von Lungentuberkulose
- 14) Inzidenzquote von Masern
- 15) Inzidenzquote von Mumps
- 16) Inzidenzquote von Röteln
- 17) Inzidenzquote von Windpocken
- 18) Inzidenzquote von Keuchhusten
- 19) Inzidenzquote von nicht typhusartiger Salmonellose
- 20) Inzidenzquote von AIDS
- 21) Prävalenzquote von AIDS
- 22) Inzidenzquote von HIV
- 23) Gemeldete Arbeitsunfälle
- 24) Tödliche Arbeitsunfälle
- 25) Lebenserwartung
- 26) Kindersterblichkeitsrate
- 27) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren
- 28) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems
- 29) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atemwege
- 30) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Verdauungsapparats
- 31) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Traumata und Vergiftungen
- 32) Selbstmordrate
- 33) In stationären Einrichtungen versorgte Menschen mit Behinderung

2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT

2.1. Müllsammlung

34) Müllsammlung

2.2. Tätigkeit des Dienstes für Pneumologie

35) Vom Dienst für Pneumologie durchgeführte ärztliche Untersuchungen

2.3. Tätigkeit des Dienstes für Arbeitsmedizin

36) Vom Dienst für Arbeitsmedizin durchgeführte Untersuchungen zur Feststellung der Eignung zur Arbeit

2.4. Kontrollen im Sportbereich

37) Vom Dienst für Sportmedizin durchgeführte Untersuchungen zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport

2.5. Impfdeckung

38) Impfdeckung: Diphtherie und Tetanus

39) Impfdeckung: Keuchhusten

40) Impfdeckung: Kinderlähmung

41) Impfdeckung: Masern

42) Impfdeckung: Mumps

43) Impfdeckung: Röteln

44) Impfdeckung: Haemophilo Influenzae B

45) Impfdeckung: Hepatitis B

3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. Medizinische Grundversorgung

46) Allgemeinmediziner

47) Kinderärzte freier Wahl

48) Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner

49) Durchschnittliche Patientenbelastung pro Kinderarzt freier Wahl

50) Prozentanteil der von Basisärzten verschriebenen Aufenthalte

51) Im Rahmen der Hauspflege versorgte alte Menschen

3.2. Pharmazeutische Versorgung

- 52) Durchschnittlich verschriebene Medikamentenstückzahl pro Einwohner
- 53) Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch pro Kopf
- 54) Durchschnittliche Einwohnerzahl pro Apotheke

3.3. Territoriale Versorgung

- 55) Von den DfA betreute DA
- 56) Von den DfA betreute AA
- 57) Von den ZGG versorgte Patienten
- 58) Betten in stationären Einrichtungen für psychisch Kranke
- 59) Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen
- 60) Betten in Rehabilitationszentren

3.4. Fachmedizinische Versorgung

- 61) Vom Diabetologischen Dienst durchgeführte diabetologische Untersuchungen
- 62) Vom Dienst für Diät und Ernährung durchgeführte diätologische Untersuchungen
- 63) Vom Dienst für Physische Rehabilitation erbrachte Ergotherapieleistungen
- 64) Vom Dienst für Physische Rehabilitation erbrachte Logotherapieleistungen
- 65) Vom Dienst für Physische Rehabilitation erbrachte Massagen
- 66) Vom Dienst für Physische Rehabilitation durchgeführte ärztliche Rehabilitationsuntersuchungen
- 67) Vom Dienst für Physische Rehabilitation durchgeführte Kinesiotherapieleistungen
- 68) Vom Dienst für Pathologische Anatomie vorgenommene Autopsien
- 69) Vom Dienst für Pathologische Histologie durchgeführte histologische Untersuchungen
- 70) Vom Dienst für Pathologische Histologie durchgeführte zytologische Untersuchungen
- 71) Vom Dienst für Genetische Beratung geleistete genetische Beratungen
- 72) Blutspender

3.5. Krankenhausversorgung

- 73) Betten für Akutkranke in öffentlichen Krankenhäusern und vorläufig akkreditierten Privatkliniken
- 74) Ärzte pro Bett
- 75) Krankenpfleger pro Bett
- 76) Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern und vorläufig akkreditierten Privatkliniken

- 77) Hospitalisierungsrate von Ansässigen
- 78) Aufenthaltstage
- 79) Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- 80) Saldo der Krankenhausmobilität
- 81) Attraktionsindex
- 82) Fluchtindex
- 83) Prozentanteil der Geburten mit Kaiserschnitt
- 84) Anteil der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen
- 85) Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes
- 86) Hospitalisierungsrate aufgrund von Asthma
- 87) Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik (DRG 039)
- 88) Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik (DRG 119)

4. RESSOURCEN

4.1. Gesundheitspersonal

- 89) Personal der Sanitätsbetriebe
- 90) Diplom-Krankenpfleger
- 91) Zu Grundausbildungskursen Gemeldete
- 92) Zu Grundausbildungskursen in Allgemeinmedizin gemeldete Ärzte
- 93) Zu Fachausbildungskursen gemeldete Ärzte
- 94) Finanzielle Beiträge für die Fachausbildung

4.2. Ausgaben für das Gesundheitswesen und Investitionen

- 95) Laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen
- 96) Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Ausgabenkategorien
- 97) Laufende Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen
- 98) Investitionsausgaben
- 99) Verhältnis zwischen Investitionsausgaben und laufenden Ausgaben
- 100) Verhältnis zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP

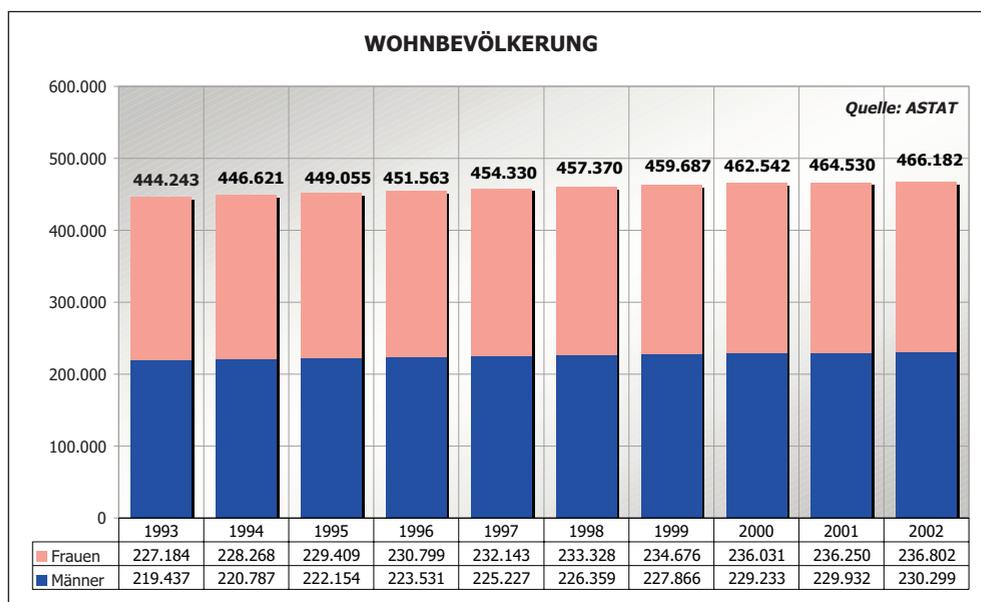
1. 1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1.1. Bevölkerung

Wohnbevölkerung

Die Wohnbevölkerung setzt sich aus Personen italienischer und ausländischer Staatsbürgerschaft zusammen, die beim Einwohnermeldeamt der Gemeinden gemeldet sind. Die Personen, die vorübergehend aufgrund einer Saisonarbeit oder aus irgendeinem Grund für einen begrenzten Zeitraum in einer anderen Gemeinde oder im Ausland leben, gehören auch weiterhin der Wohnbevölkerung an.

Abbildung 1.1



Geburtenrate, Sterblichkeitsrate, Wanderungssaldo

Die Schwankungen des Bevölkerungsbestands sind auf die Eintritts- und Austrittsflüsse in die und aus der Bevölkerung zurückzuführen. Der Eintritt in die Bevölkerung erfolgt durch Geburt oder Einwanderung, der Austritt bei Todesfall oder Auswanderung. Zwei Bevölkerungsdynamiken beeinflussen diese Flüsse, nämlich der natürliche Saldo, d.h. der Saldo, der sich aus der Geburtenrate und der Sterblichkeitsrate ergibt, und der Wanderungssaldo, d.h. der Saldo, der sich aus der Ein- und Auswanderungsrate ergibt.

Die Geburtenraten übersteigen im berücksichtigten Zeitraum konstant den gesamtstaatlichen Wert (Schätzwert von 9,2 pro 1.000 im Jahr 2001), während die Sterblichkeitsraten unterhalb der entsprechenden Schätzwerte auf Staatsebene liegen (9,5 pro 1.000 im Jahr 2001).

Für die Provinz Bozen ergibt sich daher für den berücksichtigten Zeitraum ein positiver natürlicher Saldo, während seit dem Jahr 1993 auf gesamtstaatlicher Ebene ein negativer Saldo (Schätzwert von -0,2 pro 1.000 im Jahr 2001) verzeichnet wird. Die Angaben für das Jahr 2002 wurden infolge der allgemeinen Volkszählung Ende 2001 aktualisiert.

Auch der Wanderungssaldo ist konstant positiv (Schätzwert von 2,1 pro 1.000 auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2001).

Abbildung 1.2

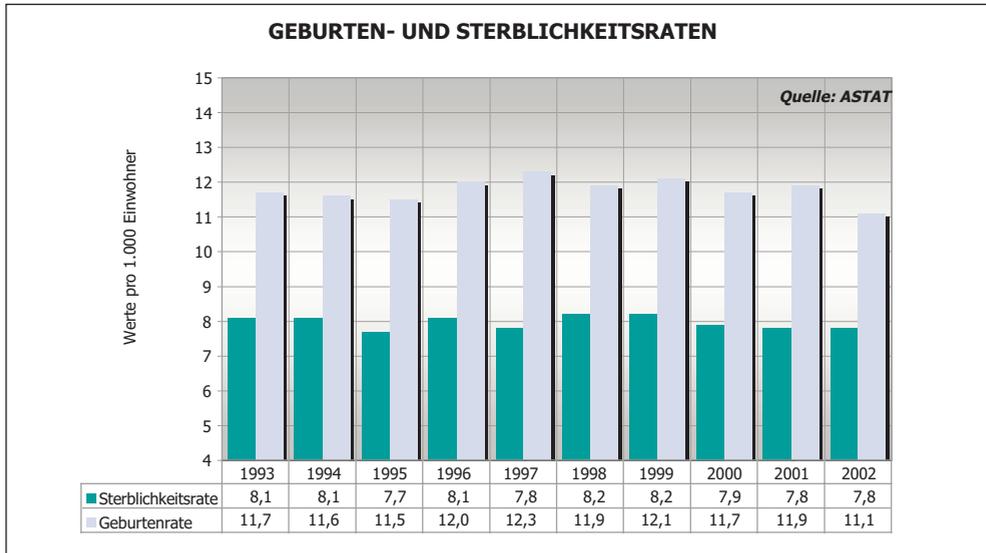
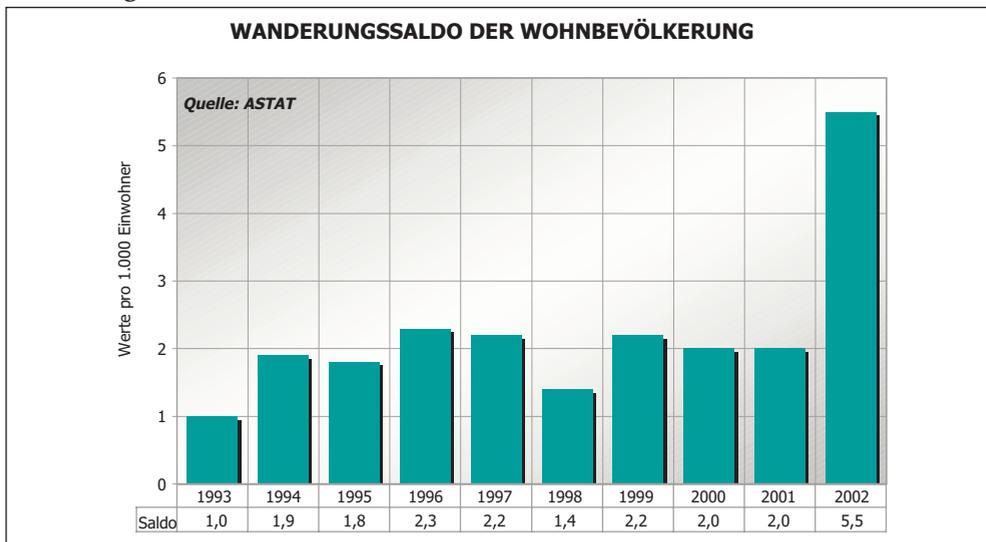


Abbildung 1.3



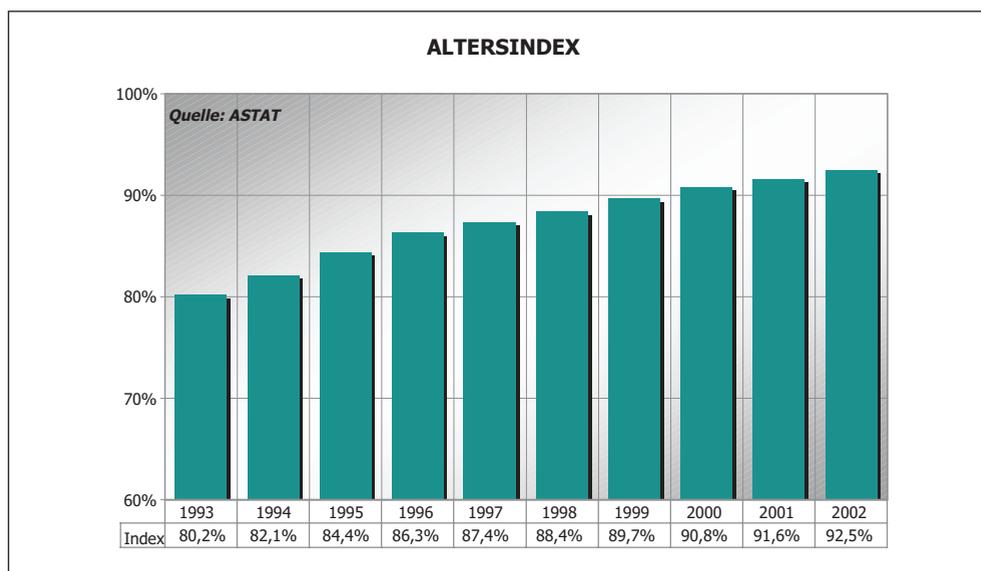
Altersindex

Einer der Indizes, welche die Altersstruktur der Bevölkerung zum Ausdruck bringen, ist der Altersindex.

Der Altersindex ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren und jener im Alter bis zu 14 Jahren. Der Anstieg des Index drückt das fortlaufende Überwiegen der älteren Bevölkerung gegenüber der jungen aus. Diese Zunahme ist vor allem auf die niedrigen Fruchtbarkeitsraten zurückzuführen, welche einen geringeren Bevölkerungsanteil in den jüngeren Altersklassen bedingen, aber auch auf den erheblichen Zuwachs der älteren Bevölkerung, welcher mit der steigenden Lebenserwartung zusammenhängt.

Der gesamtstaatliche geschätzte Altersindex liegt für das Jahr 2001 bei 127,1%, während auf Landesebene der Wert (92,5%) im Jahr 2002 mäßiger ausfiel.

Abbildung 1.4



Durchschnittlicher Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter

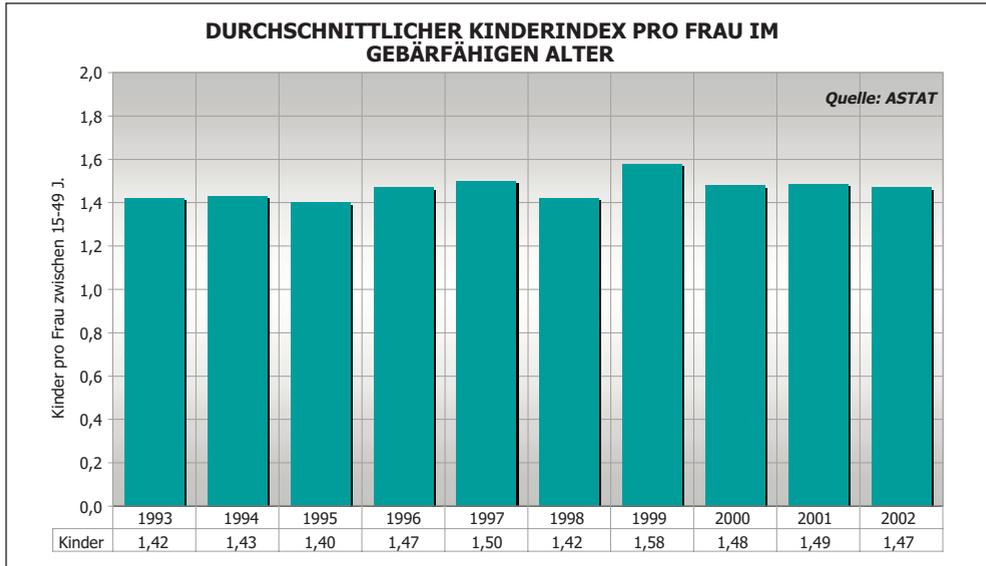
Die Gesamtfruchtbarkeitsrate gibt, unabhängig von der Sterblichkeitsrate, die Gesamtzahl der von einer Generation Frauen geborenen Kinder an.

Sie gibt die Geburten von Frauen (zwischen 15 und 49 Jahren) in einem bestimmten Jahr an.

Die Gesamtfruchtbarkeitsrate ist der angemessenste Indikator zur Überwachung der Geburtenrate, weil sie es - unabhängig von der Geburtenrate -

ermöglicht, die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau im gebärfähigen Alter zu berechnen (der gesamtstaatliche Wert wird für das Jahr 2001 auf 1,23 geschätzt).

Abbildung 1.5



Abtreibungs- und Fehlgeburtenrate

Negative Ausgänge der Schwangerschaften beeinflussen die Fruchtbarkeitsraten: Totgeburten und Abtreibungen.

Unter Abtreibung versteht man die Schwangerschaftsunterbrechung vor der Geburt (bevor der Fetus außerhalb der Gebärmutter selbstständig lebensfähig ist). Man unterscheidet zwischen spontaner Fehlgeburt und Abtreibung oder freiwilligem Schwangerschaftsabbruch.

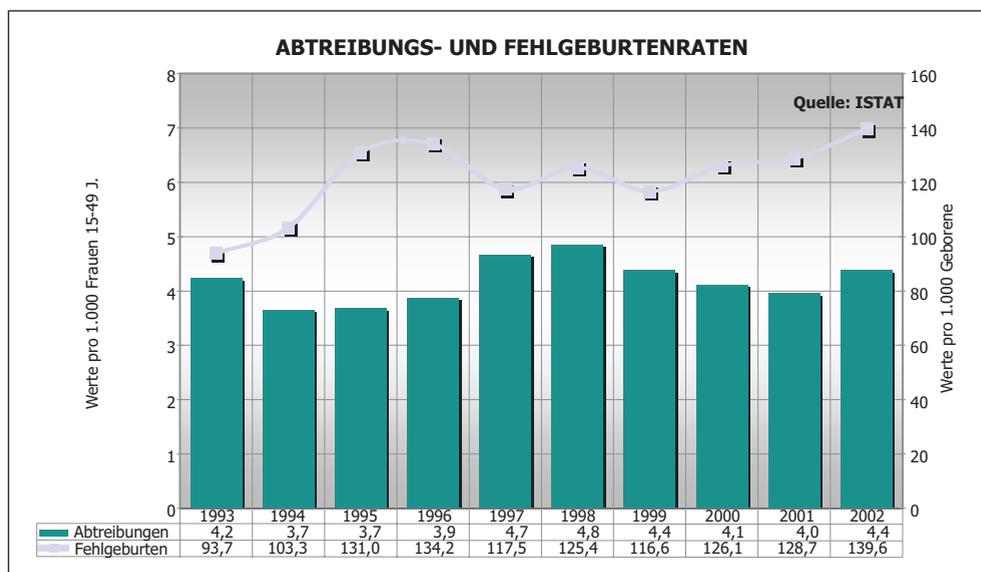
Die Abtreibung besteht in einem operativen Eingriff durch einen Facharzt, wobei die Leibesfrucht mit Annexen entfernt wird, was eine Unterbrechung der Schwangerschaft mit sich bringt. Die Abtreibung darf nur auf ausdrücklichen Wunsch der Frau innerhalb von 90 Tagen ab der Zeugung vorgenommen werden. Sie kann des Weiteren aus therapeutischen Gründen nach den ersten 90 Tagen durchgeführt werden, sollte die Schwangerschaft oder die Geburt das Leben der Frau stark gefährden, oder bei schwerwiegenden Anomalien oder Missbildungen des Ungeborenen, sollten diese eine große Gefahr für die physische oder psychische Gesundheit der Frau darstellen.

Die Abtreibungsrate hängt von der Fruchtbarkeitsrate als auch von der Neigung zur Geburtenkontrolle anhand sicherer Verhütungsmittel ab.

Die spontane Fehlgeburt besteht in der unfreiwilligen Unterbrechung der Schwangerschaft aufgrund von Pathologien, und im Besonderen in allen Fällen von Expulsion oder Tod des Fetus oder Embryo innerhalb des 180. Schwangerschaftstages (vollendete 25 Wochen und 5 Tage).

Der Anstieg der Fehlgeburtenrate kann sowohl durch eine sich mit der Zeit verbesserte Erhebung des Phänomens als auch durch eine verstärkte Verbreitung der Risikofaktoren erklärt werden, z.B. durch den Anstieg des durchschnittlichen Alters der Frau bei der Zeugung.

Abbildung 1.6

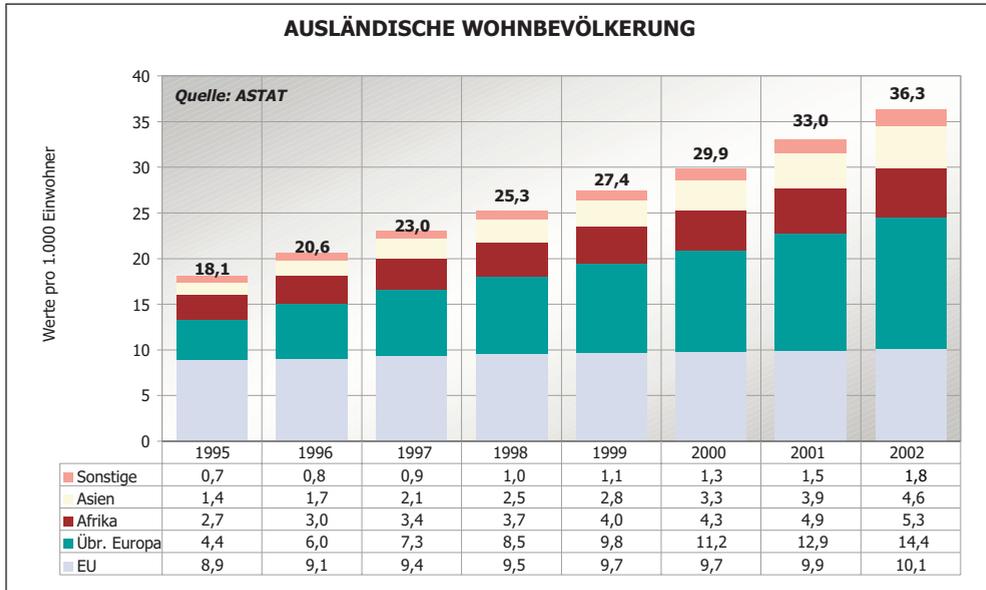


Ausländische Wohnbevölkerung

Die ausländische Wohnbevölkerung besteht aus den Personen ausländischer Staatsbürgerschaft, die beim Einwohnermeldeamt der Gemeinden gemeldet sind. In der Tat sind fast alle Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis beim Einwohnermeldeamt gemeldet. Nicht alle beim Einwohneramt gemeldeten Ausländer sind Eingewanderte; immer häufiger erfolgen die Meldungen aufgrund von Geburt in Italien von ausländischen Eltern.

In Italien beträgt der Anteil der Ausländer zum 1. Januar 2001 2,5% der Gesamtbevölkerung. Der Bevölkerungszuwachs aufgrund der Zuwanderung von Ausländern wird durch den hohen natürlichen Saldo der ausländischen Bevölkerung (21,5 pro 1.000 im Nord-Osten, 17,6 auf gesamtstaatlicher Ebene) mit hohen Geburtenraten (23,2 pro 1.000 im Nord-Osten, 18,5 auf gesamtstaatlicher Ebene) deutlich. Diese Daten, verstärkt durch einen großen Anteil an Minderjährigen (21,6% der Ausländer im Nord-Osten, 19% auf nationaler Ebene), zeigen einen sich stabilisierenden Trend auf.

Abbildung 1.7



Arbeitslosenrate

Die Arbeitsbedingungen ergeben sich aus der Situation des einzelnen Bürgers im Verhältnis zum Arbeitsmarkt.

Die Arbeitskräfte setzen sich aus Beschäftigten und Beschäftigungssuchenden zusammen.

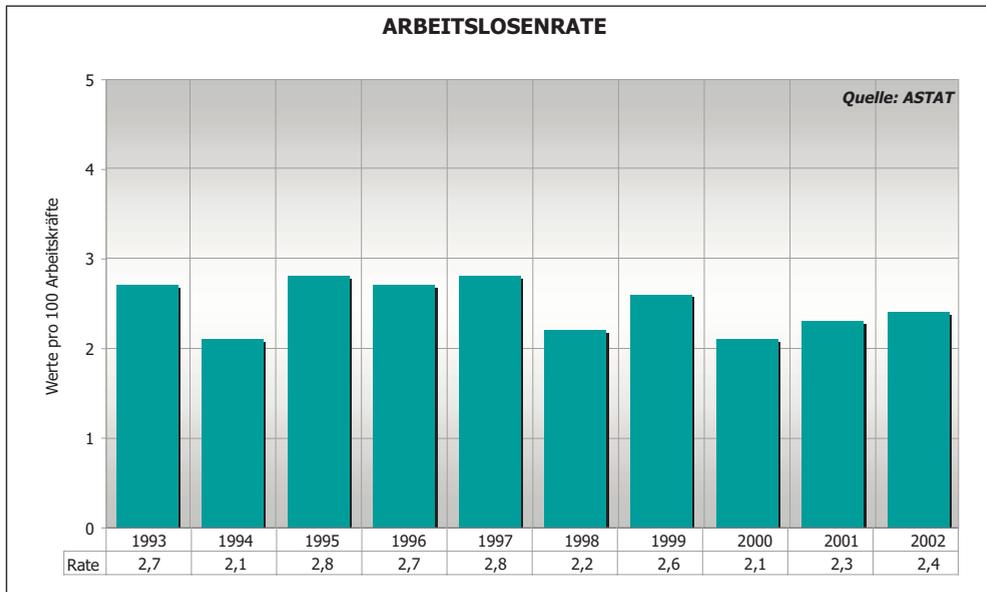
Die Arbeitslosenrate ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den Personen auf der Suche nach Beschäftigung (Arbeitslose auf der Suche nach einer neuen Beschäftigung und Personen auf der Suche nach Erstanstellung) und den Erwerbstätigen.

Die Arbeitslosigkeit hat Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Betroffenen. Der Einkommensverlust, aber auch der Verlust der sozialen Beziehungen beeinträchtigen besonders den geistigen Zustand des Betroffenen, und hinterlassen außerdem aspezifische Spuren in der physischen Gesundheit.

1.2. Gesundheitszustand

1.2.1. Infektionskrankheiten

Die Auswirkungen der Infektionskrankheiten sind vor allem in Bezug auf den Krankheitszustand der Kinder bedeutend, während von der Sterblichkeit vorwiegend die jungen Altersklassen aufgrund der AIDS-Infizierten und die alten Menschen aufgrund von chronischen Krankheiten betroffen sind, deren Gesundheitszustand durch saisonbedingte Grippeepidemien verschlechtert wird.

Abbildung 1.8

Die Krankheiten aufgrund von unangemessenen hygienischen oder umweltbedingten Zuständen nahmen zusehends ab, und dank der primären Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen verschwanden Kinderlähmung und Diphtherie schließlich gänzlich.

Neue Lebensgewohnheiten, der Zuwachs der älteren Menschen und jener mit einer schwachen Immunabwehr, sowie die Verschlechterung der Umweltbedingungen schufen jedoch gleichzeitig die Voraussetzungen für eine verstärkte Verbreitung von bakteriologischen, viralen und parasitären Infektionen, die sich nicht immer in charakteristische und bekannte klinische Bilder einordnen lassen.

Inzidenzquote von Virushepatitis B und C (HBV und HCV)

In den Ländern mit niedriger oder mittlerer Prävalenz wie Italien sind die HBV-Infektionen vorwiegend außerhalb der Risikogruppen anzutreffen, und vor allem im Jugendalter mit Beginn der sexuellen Aktivität und dem eventuellen parenteralen Konsum von Drogen. In 30-40% der Fälle von akuter HBV-Infektion kann kein Risikofaktor identifiziert werden; bei den Jugendlichen bleibt die Infektionsquelle in 60% der Fälle unbekannt.

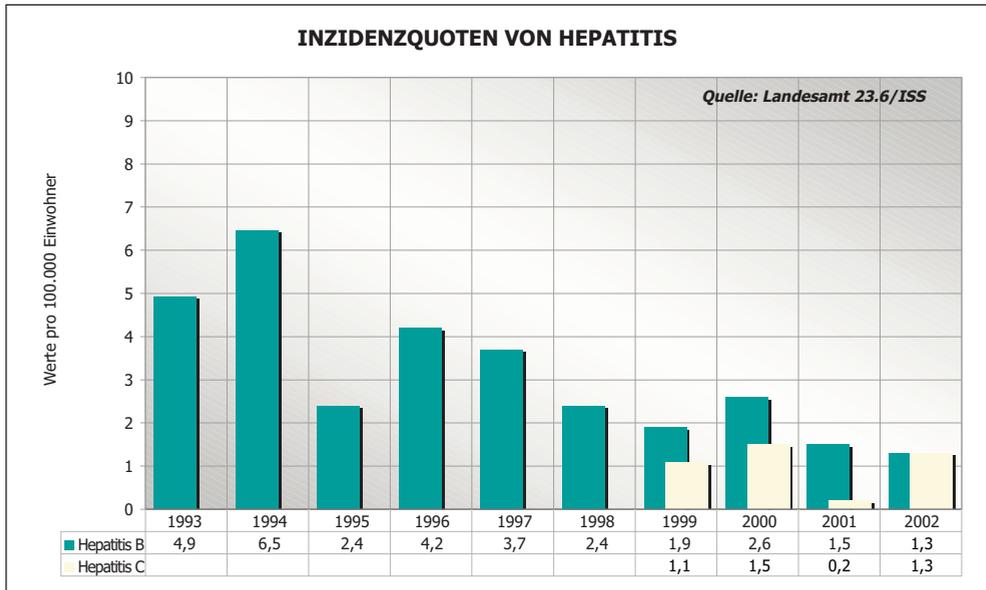
Die Inzidenz von HBV verzeichnete einen bedeutenden Rückgang nach Anwendung des Gesetzes 161/91, welches die Pflichtimpfung von Neugeborenen und Jugendlichen einführte.

Die chronische HCV-Infektion stellt in Italien die primäre Ursache für chronische Lebererkrankungen, Leberkarzinom und Transplantationsbedarf dar. Die serum-

positiven Anti-HCV-Personen konzentrieren sich vor allem in den höheren Altersklassen, während die symptomatische akute Infektionsinzidenz rückläufig ist.

Die Verfügbarkeit einer effizienten Impfung ist eine der wichtigsten Erwartungen für die nächsten Jahre.

Abbildung 1.9



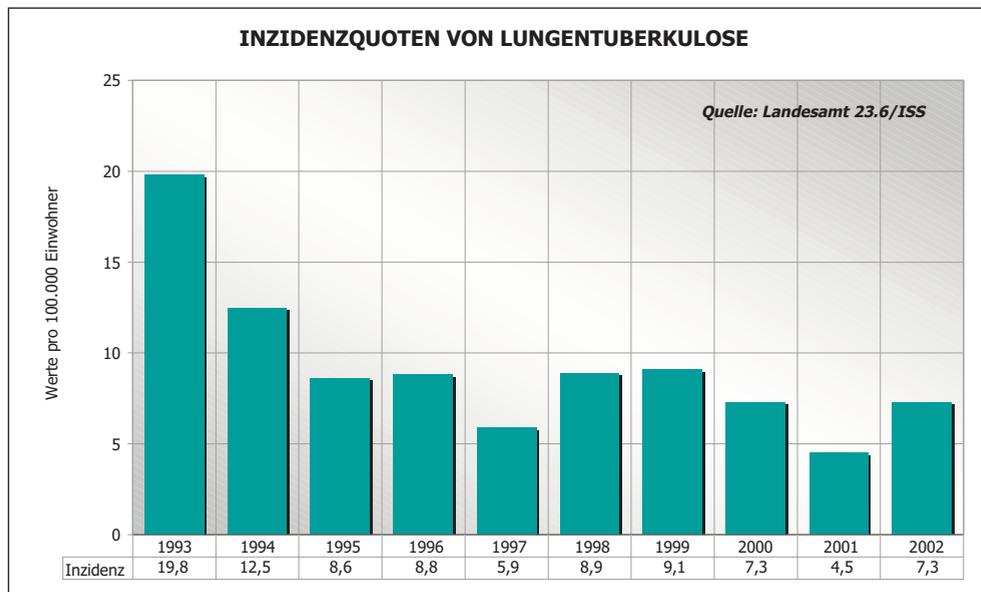
Inzidenzquote von Lungentuberkulose

Die Hauptursache für das Wiederaufkommen der Tuberkulose ab Mitte der 80er Jahre in den Industrieländern sind die HIV-Infektionen, bei denen sich die Tuberkulose fortlaufend weiterentwickelt oder neu aktiviert und den Übergang vom Infektionsstadium von HIV zu AIDS beschleunigt. Bei den AIDS-Tuberkulose-Patienten ist außerdem sowohl die bakteriologische als auch die virale Ansteckungsgefahr sehr groß.

Ein weiterer Faktor, der für den erneuten Aufschwung der Tuberkulose verantwortlich gemacht werden kann, ist die Resistenz gegen Tuberkulostatika mit der gefährlichen Zunahme von vornehmlich multiresistenten Stämmen.

Ein dritter Faktor besteht in der Immigration aus Dritte-Welt-Ländern mit endemischem Charakter der Tuberkulose oder aus ost-europäischen Ländern, wo in den letzten Jahren ein starker Rückgang der aktiven TBC-Überwachung verzeichnet wurde. Die Missstände und Armut, in denen ein Teil der eingewanderten Bevölkerung lebt, fördern die Entwicklung oder die Reaktivierung der Krankheit zusätzlich. Zu vermerken sind auch die zahlreichen, unzureichend erfassten Faktoren des Phänomens, die zu einer Unterschätzung des realen Ausmaßes der Krankheit führen.

Abbildung 1.10



Inzidenzquote von Masern, epidemischem Mumps und Röteln

Die niedrigen Impfdeckungen für Masern und Röteln erwiesen sich als unzureichend, um die Verbreitung der Krankheitserreger dieser Krankheiten zu vermeiden, auch wenn die Inzidenz rückläufig ist.

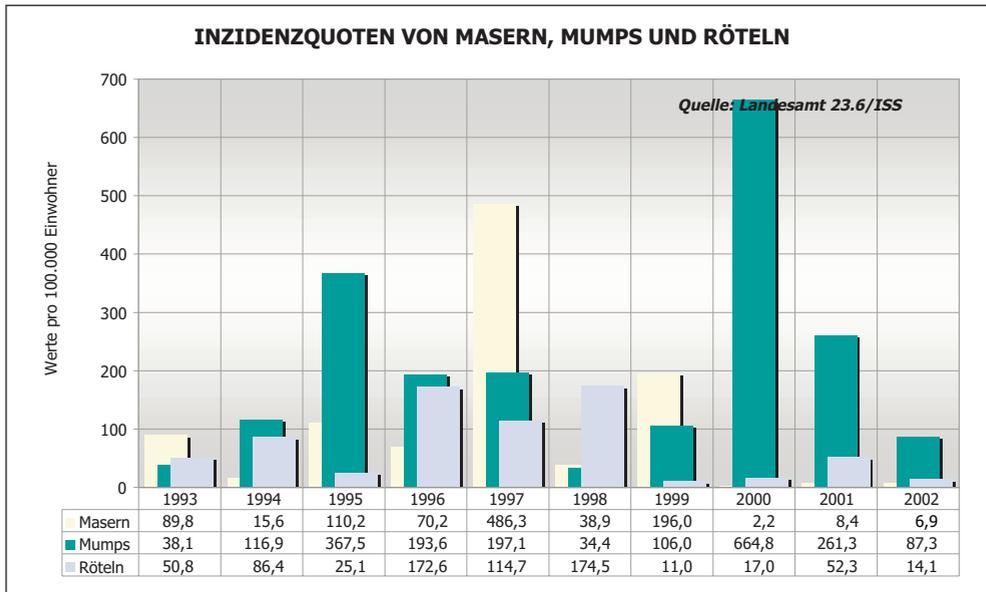
Bei einer Nicht-Verabreichung der Impfung infiziert sich fast die gesamte Bevölkerung mit dem Masernvirus vor Vollendung des 15. Lebensjahres; häufige Komplikationen sind Mittelohrentzündung, Bronchopneumonie und Diarrhöe, mit 1 Fall pro 1.000 von Masernenzephalitis und 1 letalen Ausgang der Krankheit pro 1.000. Epidemische Spitzenwerte werden alle 3-4 Jahre verzeichnet. Die Auswirkungen der Krankheit sind bei Säuglingen und Erwachsenen schwerwiegender.

Bei einer Nicht-Impfung infizieren sich 80% der Bevölkerung mit dem Rötelnvirus innerhalb des 20.-24. Lebensjahres. Die Ansteckungsgefahr ist für 20% der Bevölkerung also auch noch im Erwachsenenalter groß. Die schwerwiegendsten Auswirkungen der Röteln während der Schwangerschaft sind Fehlgeburten, Totgeburten und Missbildungen des Fetus.

Nach der Einführung der Impfung wurden keine bedeutenden Veränderungen in der Epidemiologie des epidemischen Mumps verzeichnet. Die Gefahr der Ansteckung mit dem Mumpsvirus ist universal; bei fehlendem Impfstoff infizieren sich 90% der Bevölkerung vor Erreichen des Erwachsenenalters, bei einem endemischen Verlauf mit epidemischen Spitzenwerten alle 2-5 Jahre. Bis zu 70% der Infektionen mit dem Mumpsvirus können aspezifische

Symptome oder Symptome in asymptomatischer Form aufweisen, während die aseptische Meningitis 4-6% der Mumpsfälle kompliziert.

Abbildung 1.11



Inzidenzquote von Windpocken und Keuchhusten

Die primäre Infektion erfolgt vorwiegend im Kindesalter. Die schwersten Komplikationen bestehen in der viralen Lungenentzündung; des Weiteren können ernste Komplikationen bei schwangeren Frauen in den ersten oder letzten Schwangerschaftsmonaten auftreten.

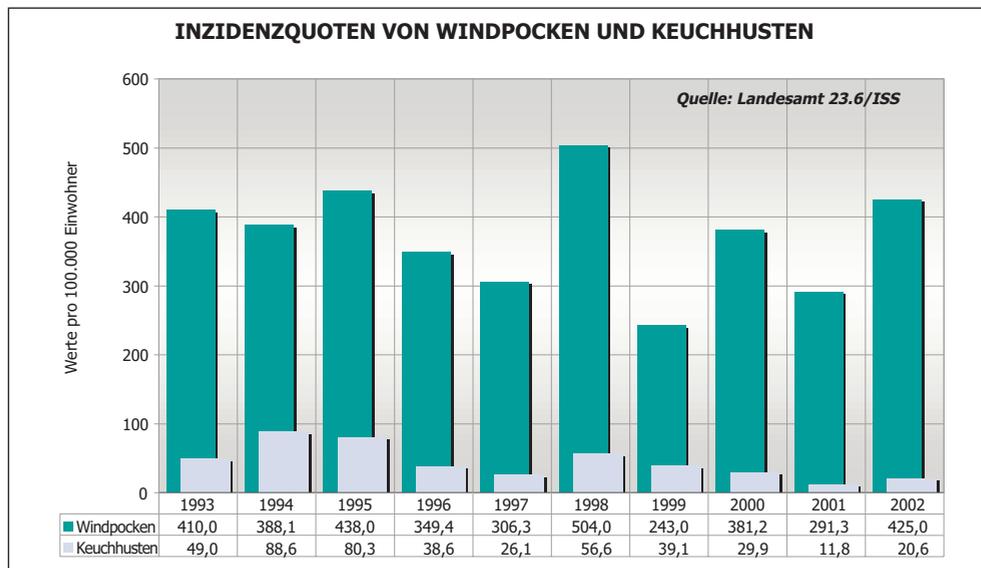
Keuchhusten ist heute aufgrund der hohen Fälle und der Möglichkeit von schweren pulmonalen und fatalen enzephalopathischen Komplikationen eine der bedeutendsten Kinderkrankheiten, die aber durch die Impfung verhindert werden können. In den nicht geimpften Bevölkerungen, besonders, wenn sie von Fehlnahrung und respiratorischen und Infektionen des Magen-Darm-Traktes betroffen sind, stellt der Keuchhusten eine der Krankheiten mit der höchsten Sterblichkeit bei Neugeborenen und Kleinkindern dar.

Inzidenzquote von nicht typhusartiger Salmonellose

Die Salmonellose ist eine Infektionskrankheit, die akute Gastroenteritiden mit Durchfall, Krämpfen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber als häufigste Symptome hervorruft.

Die Salmonellen-Epidemien verdienen besondere Aufmerksamkeit: sie sind sowohl besonders häufig als auch exemplarisch. Es handelt sich dabei um typi-

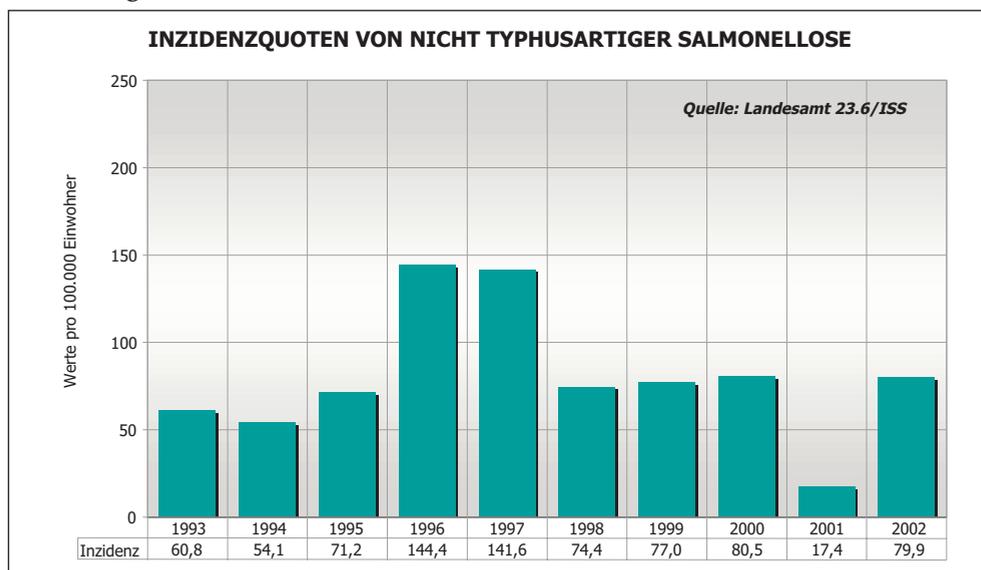
Abbildung 1.12



sche Epidemien der kollektiven Gastronomie und gleichzeitig um Epidemien, die oft mit der Verseuchung der Lebensmittel bereits an der Quelle zusammenhängen.

Auch in Italien sind die bedeutendsten Epidemien in den letzten zehn Jahren auf die Verbreitung von Toxinschädigungen der Lebensmittel mit Salmonella enteritidis zurückzuführen.

Abbildung 1.13



Inzidenz- und Prävalenzquote von AIDS und Inzidenzquote von HIV

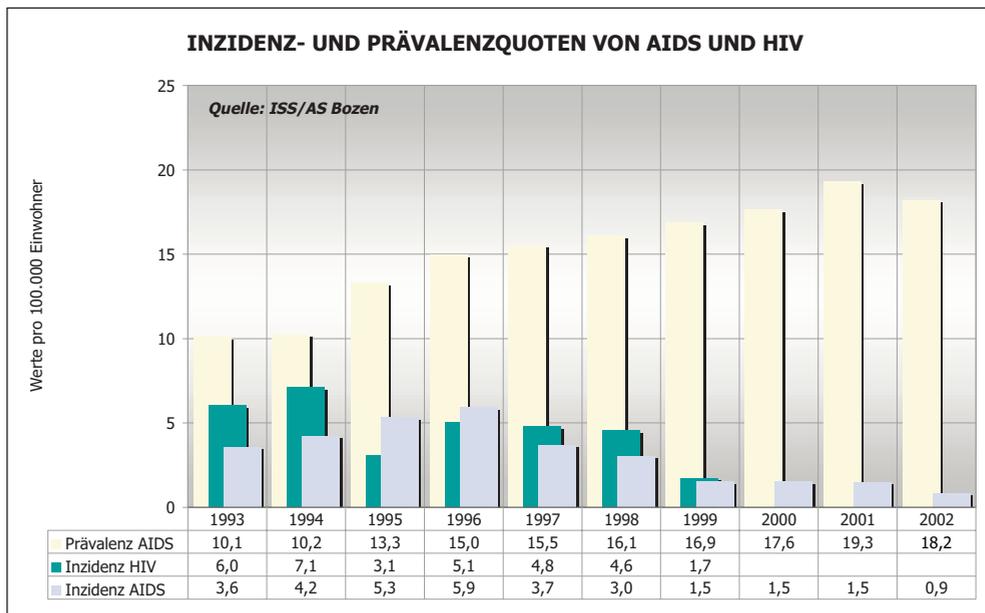
AIDS (Syndrom der erworbenen Immundefizienz) wurde erstmals im Jahr 1979 diagnostiziert und ist durch das Auftreten schwerer opportunistischer Infektionen gekennzeichnet, die von Keimen verursacht werden, welche normalerweise von der zellularen Immunität kontrolliert werden. Die Übertragung erfolgt ausschließlich mittels Körperflüssigkeiten.

77,9% der 49.733 von 1982 bis zum 31.12.2001 in Italien diagnostizierten AIDS-Fälle betreffen Männer; 1,4% sind Kinder und 5,4% Ausländer. 64,4% der Patienten verstarben an dieser Krankheit, auch wenn die Angaben aufgrund der Nicht-Meldepflicht des Todesfalls unterschätzt werden.

Das Durchschnittsalter bei der Diagnose zeigt einen zeitlichen Anstieg sowohl bei den Männern (von 29 auf 39 Jahre) als auch bei den Frauen (von 24 Jahren im Jahr 1985 auf 35 Jahren im Jahr 2000).

62,0% der Fälle sind auf Praktiken im Zusammenhang mit der endovenösen Einnahme von Drogen zurückzuführen. Die zeitliche Verteilung zeigt einen Anstieg der Fälle, in denen die Krankheit sexuell übertragen wurde.

Abbildung 1.14



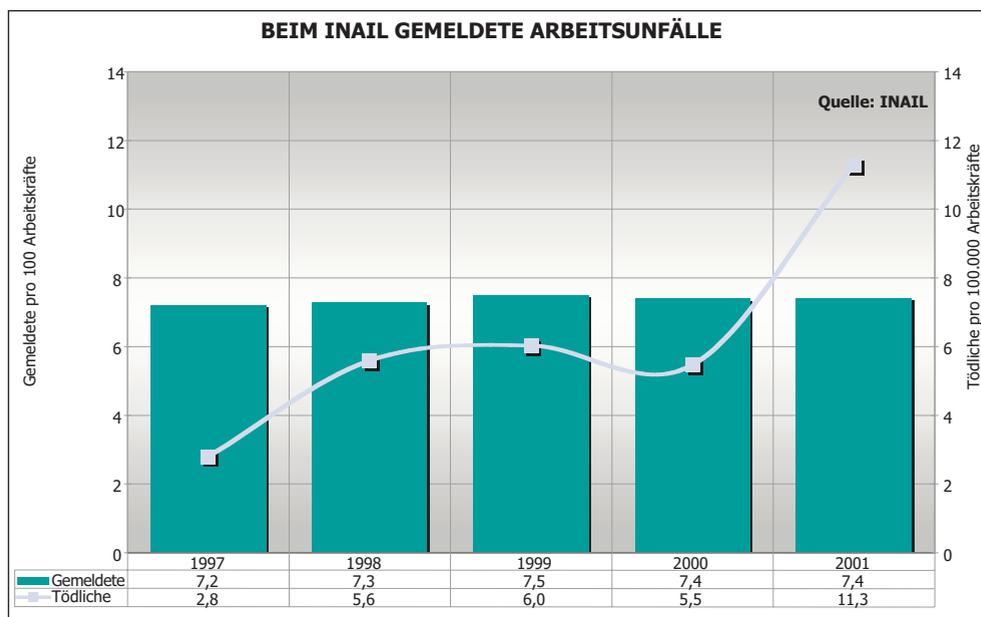
1.2.2. Arbeitsunfälle

Gemeldete und tödliche Arbeitsunfälle

Die Gesetzesvorschriften über die Pflichtversicherung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sehen die Meldepflicht (beim INAIL) der Arbeitsunfälle von Arbeitskräften mit einer Prognose von über 3 Tagen vor.

Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang sind jene, bei denen der Todesfall innerhalb von 180 Tagen ab dem Datum des Unfalls eintritt, mit Ausnahme jener, für die im selben Zeitraum eine nicht-berufliche Ursache diagnostiziert wurde.

Abbildung 1.15



1.2.3. Sterblichkeit

Der Anstieg der Todesfälle in den letzten Jahren ist ausschließlich auf eine fortlaufende Alterung der Bevölkerung und nicht auf die Vermehrung der Todesrisiken zurückzuführen, die in allen Altersklassen stark rückläufig sind.

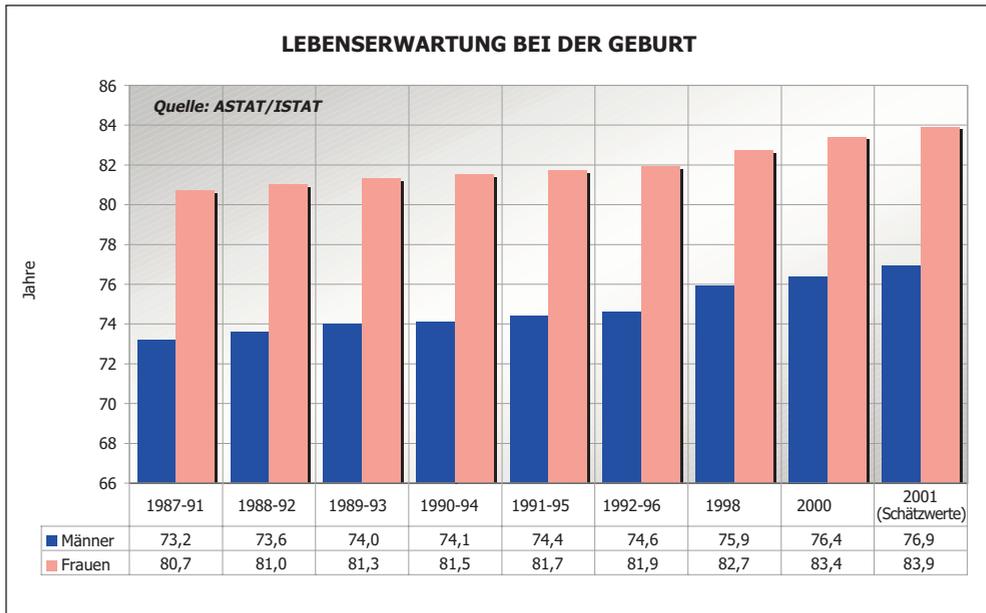
Lebenserwartung bei der Geburt

Die Lebenserwartung bei der Geburt, d.h. die durchschnittliche Lebensdauer, stellt die durchschnittliche Anzahl der Lebensjahre dar, die für ein Neugeborenes erwartet werden kann.

Die Daten bestätigen den konstanten Anstieg der durchschnittlichen Lebens-

dauer der Bevölkerung. Allgemein sind positive Veränderungen der Lebenserwartung bei ansteigendem Alter zu beobachten, was die Wichtigkeit der rückläufigen Sterblichkeit unter den alten Menschen als entscheidenden Beitrag zur Erhöhung der Lebenserwartung bezeugt.

Abbildung 1.16



Kindersterblichkeitsrate

Die Kindersterblichkeit umfasst die Todesfälle im ersten Lebensjahr, d.h. die Lebendgeborenen, die vor Vollendung des 1. Lebensjahres sterben, einschließlich der Todesfälle vor der Meldung der Geburt.

Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren

Die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Tumoren verzeichnet eine Verlangsamung; für die nächsten Jahre kann ebenfalls ein weiterer Rückgang angenommen werden, auch angesichts des positiven Einflusses der immer stärkeren Verbreitung von Prävention, Frühdiagnose und Behandlung.

Abbildung 1.17

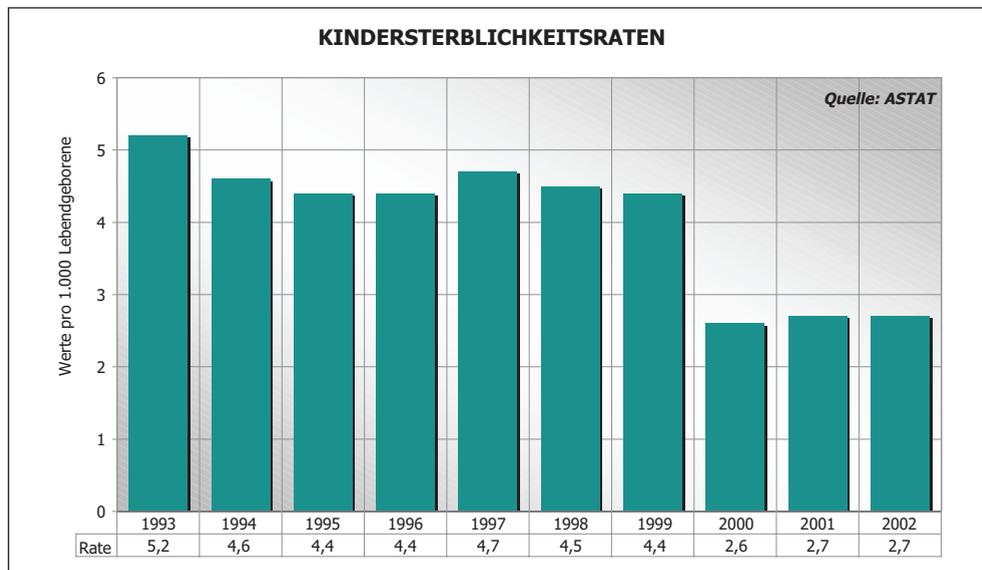
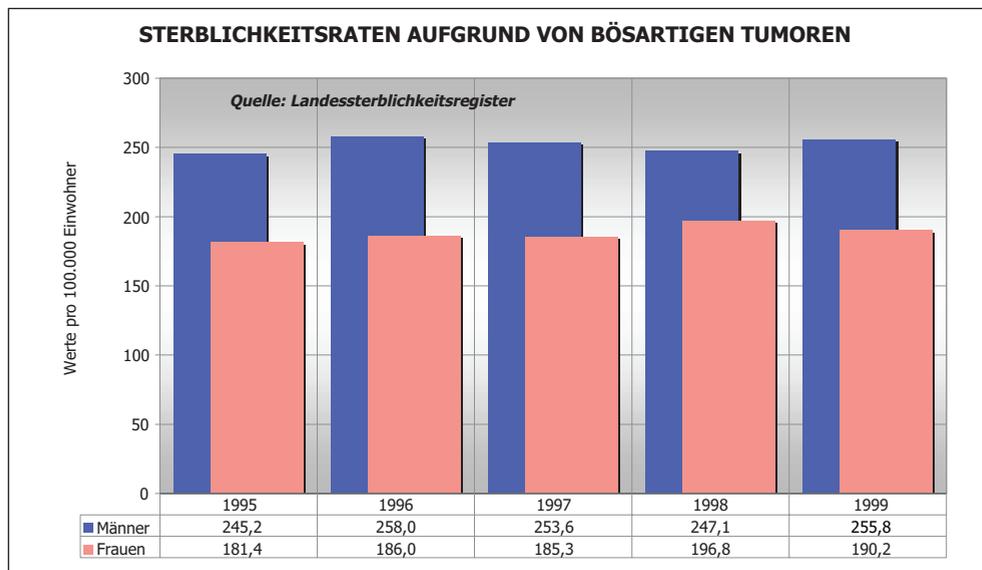


Abbildung 1.18

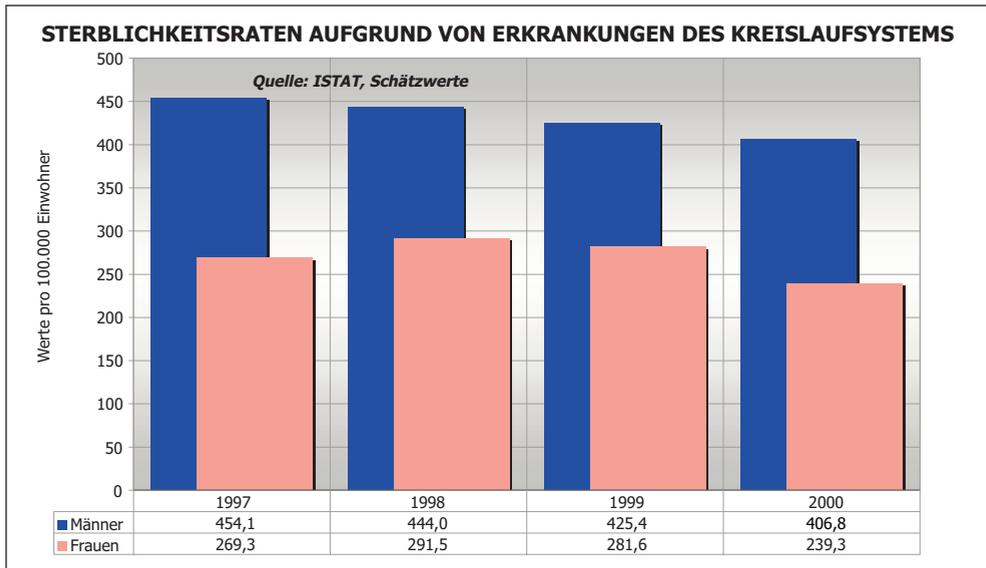


Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems

Die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems stellt die häufigste Todesursache in der Bevölkerung insgesamt und unter den alten Menschen dar, sowie die zweithäufigste Todesursache - nach den Tumoren - für die erwachsene Bevölkerung.

Diese Krankheiten, die auf gesamtstaatlicher Ebene bereits in den letzten Jahren rückläufig waren, verzeichneten in der letzten Zeit eine weitere Verminderung für beide Geschlechter.

Abbildung 1.19



Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atemwege

Die Erkrankungen der Atemwege stellen trotz ihrer rückläufigen Tendenz im letzten Jahrzehnt die dritthäufigste Todesursache dar.

Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Verdauungsapparats

Auch im Falle der Erkrankungen des Verdauungsapparats setzt sich auf gesamtstaatlicher Ebene eine Verminderung der Sterblichkeit fort. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern fällt zum Nachteil für die Männer aus, für die jedoch in der letzten Zeit eine stärkere Rückläufigkeit der Sterblichkeit verzeichnet wird.

Abbildung 1.20

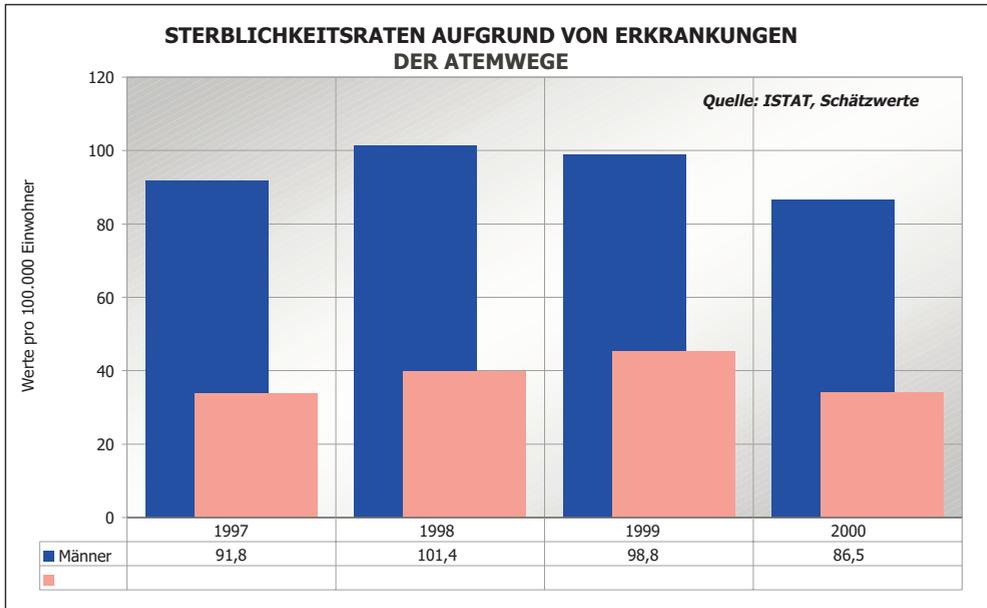
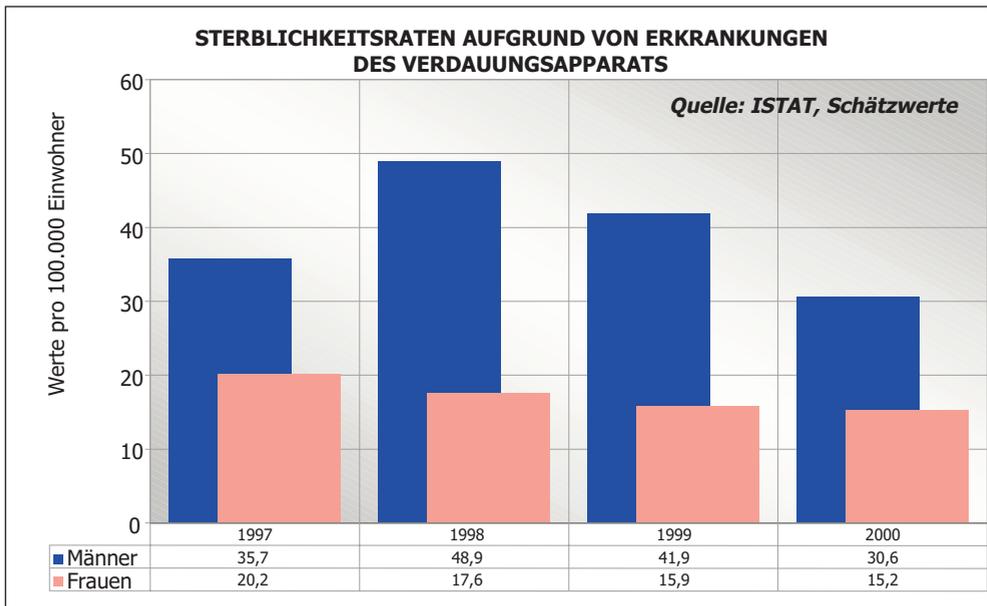


Abbildung 1.21

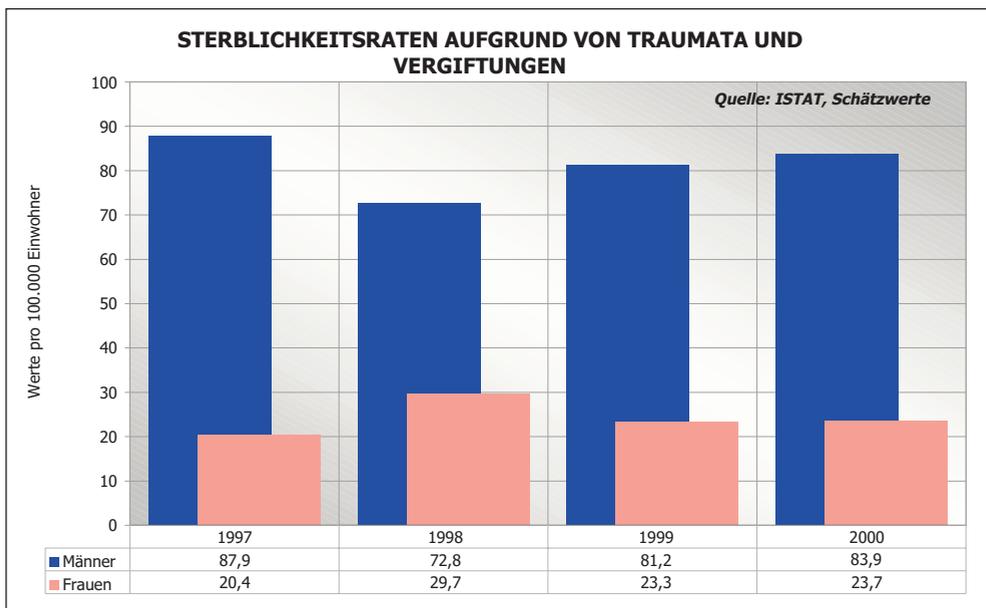


Sterblichkeitsrate aufgrund von Traumata und Vergiftungen

Die gewaltsamen Ursachen und jene aufgrund von Unfällen stellen die häufigste Todesursache unter den Jugendlichen bis zu 34 Jahren dar. Dieser Sterblichkeitstrend erweist sich jedoch in den letzten Jahren als rückläufig. Die Altersklasse, in der dieser Rückgang am wenigsten offensichtlich ist, ist jene der Männer zwischen 15 und 34 Jahren aufgrund deren häufigeren Verwicklung in Verkehrsunfälle mit Motorfahrzeugen, die ca. 60% der Jugendsterblichkeit aufgrund von gewaltsamen Todesursachen darstellen.

Bei den Frauen konzentrieren sich die gewaltsamen Todesursachen stark in den höheren Altersklassen.

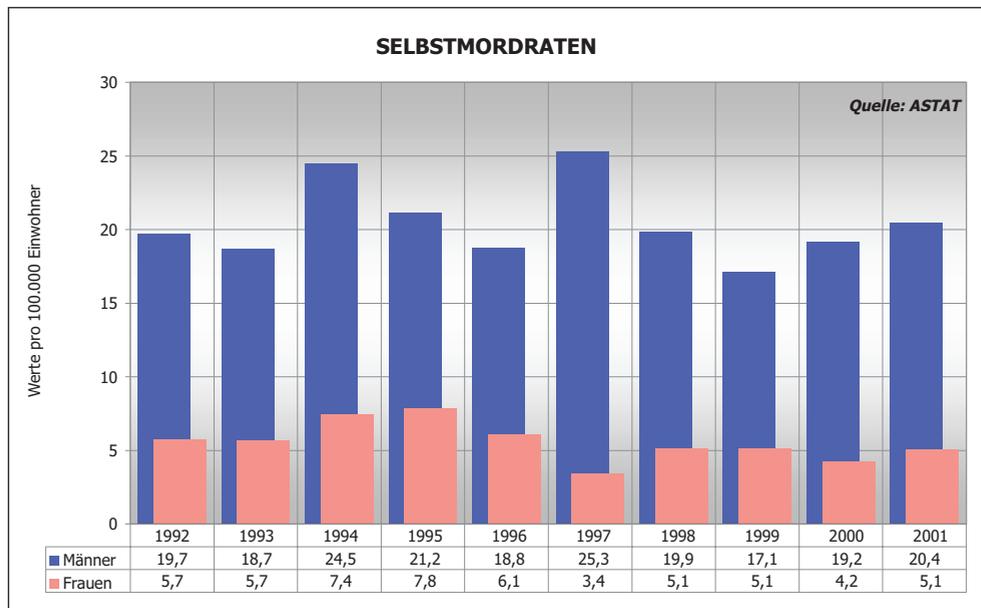
Abbildung 1.22



Selbstmordrate

Schizophrenie und affektive Störungen, wie Depressionen und Manie, sind die häufigsten Krankheiten, die zum Selbstmord führen. Weitere Risikofaktoren sind, wenn das Geschlecht (die Selbstmordrate der Männer ist dreimal höher als jene der Frauen), und das Alter (die Inzidenz nimmt mit ansteigendem Alter zu, auch wenn unter den jungen Männern das Phänomen wächst), berücksichtigt werden: die Arbeitslosigkeit, der Alkoholismus, der Drogenmissbrauch, schwere physische Krankheiten und Existenzkrisen.

Abbildung 1.23



1.2.4. Funktionsbeeinträchtigungen

Die drei bedeutendsten Funktionsbeeinträchtigung sind: die Alltagsauglichkeit, die körperliche und die Kommunikationsbeeinträchtigung. ISTAT definiert eine Person als beeinträchtigt, wenn sie mindestens in einer der genannten Dimensionen schwerwiegende Mängel aufweist.

Nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1980 unterscheidet man 3 Gruppen von Funktionsbeeinträchtigungen: Schädigung, Beeinträchtigung und Benachteiligung.

Unter Schädigung (impairment) versteht man jegliche „geistige oder körperliche Störung von Organen oder Funktionen des Körpers“.

Unter Beeinträchtigung (disability) versteht man die „Einschränkung oder den Verlust von funktionalen Fähigkeiten oder der Tätigkeit infolge einer Schädigung“.

Der Begriff Benachteiligung (handicap) umfasst die wahrgenommenen Nachteile aufgrund von Schädigung oder Beeinträchtigung. Er drückt also die „gesellschaftlichen und umweltbedingten Folgen der Beeinträchtigung oder Schädigung aus“.

Die wichtigsten Eingreifbereiche auf der Ebene der Benachteiligung und der Beeinträchtigung sind die gesundheitlichen und sozial-fürsorglichen Bereiche.

Im Gesundheitsbereich steht die Versorgung durch die Psychologischen und Rehabilitationsdienste im Vordergrund. Unter den sozialen Bereich fallen die stationären Einrichtungen für Behinderte, die aus geschützten Werkstätten, Internaten, Wohngemeinschaften und anderen angemessenen geschützten Wohnformen bestehen, welche Maßnahmen im Bereich der Erziehung, Ausbildung, Beschäftigung, Sozialfürsorge und Freizeit garantieren.

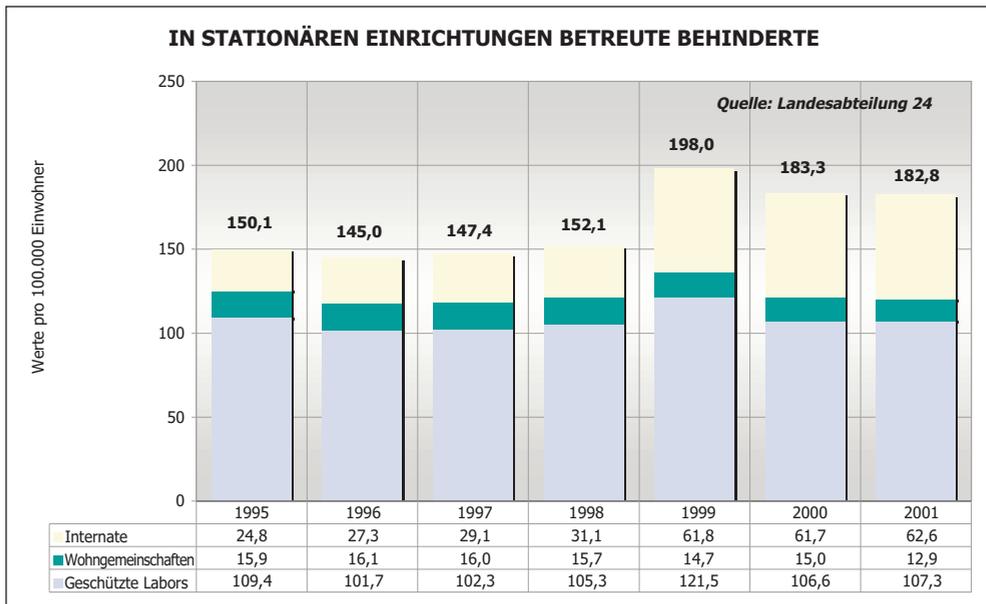
Die geschützten Werkstätten stellen den Schwerpunkt der sozio-rehabilitativen Versorgung und der Beschäftigung der Menschen mit Behinderung dar und diversifizieren sich je nach vorwiegender Ausrichtung in Rehabilitations-, Produktions- und Halbproduktionswerkstätten.

Die Wohngemeinschaften sind Einrichtungen, die eine minimale Versorgung erfordern; aufgenommen werden Personen, die eine gewisse Selbstständigkeit in der Verwaltung des eigenen täglichen und gesellschaftlichen Lebens besitzen.

Internate sind Wohn- und Lebensformen für Menschen mit Behinderung, die ständiger Betreuung bedürfen und in ihrer Selbstständigkeit aufgrund des Schweregrads ihrer Benachteiligung stark eingeschränkt sind.

Die Zunahme der Patientenzahl im Laufe des Jahres 1999 ist vor allem auf die Einführung eines vorher nicht erhobenen, privaten Instituts zurückzuführen.

Abbildung 1.24



2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT

Die Bevölkerung ist täglich Risikofaktoren ausgesetzt, d.h. Situationen, Gewohnheiten, Lebensstilen oder Lebensbedingungen, die den Gesundheitszustand des Einzelnen oder der Gemeinschaft negativ beeinflussen können.

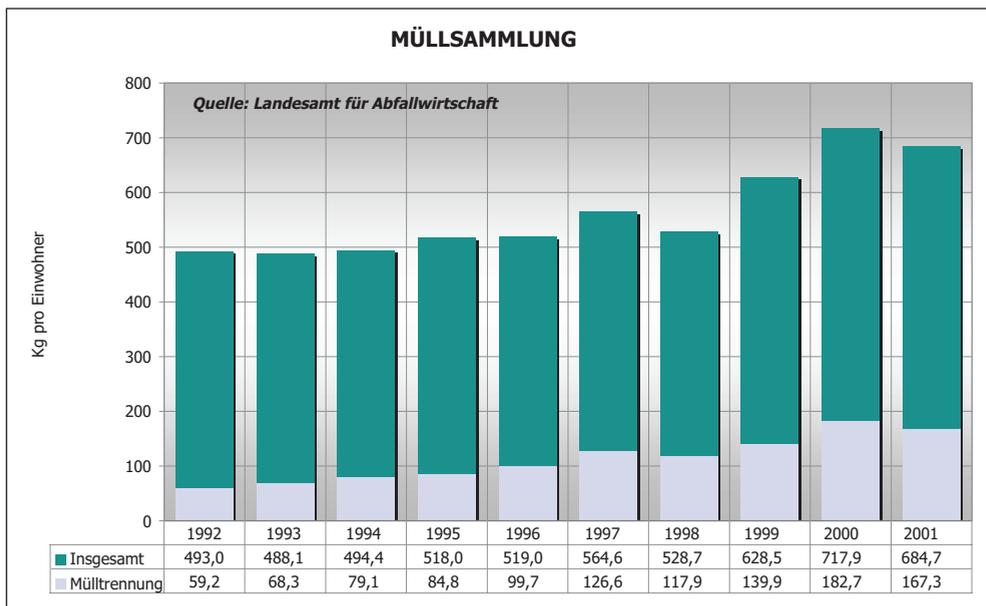
In diesem Teil werden jene Risikofaktoren aufgezeigt, die an der Umweltverschmutzung, am mehr oder weniger gesunden Lebens- und Arbeitsumfeld und an der Verbreitung von Infektionskrankheiten beteiligt sind.

2.1. Müllsammlung

Das System der Mülltrennung trägt zur starken Reduzierung der zu entsorgenden Abfälle bei und fördert die Verwertungs- und Recyclingtätigkeit.

Neben Vorsorgemaßnahmen zugunsten der Reduzierung der Abfälle scheint die Wiederverwertung von getrennt gesammeltem Abfallmaterial ein bedeutender Schritt in Richtung Verminderung der Abfallproduktion zu sein, d.h. einer Verlängerung der effektiven Lebensdauer der Mülldeponien.

Abbildung 2.1

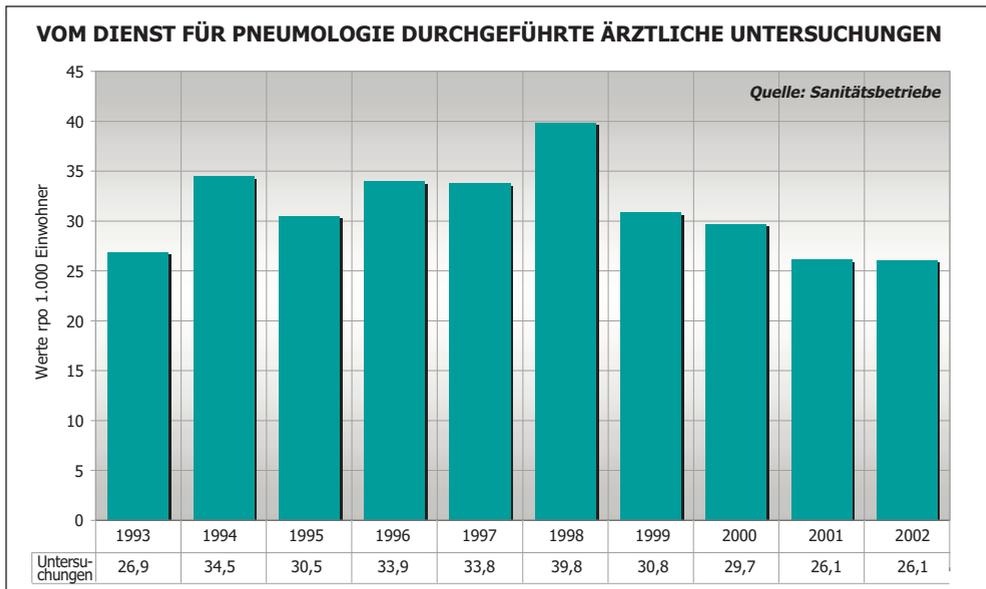


2.2. Tätigkeit des Dienstes für Pneumologie

Die pneumologische Versorgung gilt der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation im Falle von Erkrankungen der Atemwege und Tuberkulose gegenüber Risikogruppen, der Gesundheitserziehung (durch Aufklärung in den Schulen, Erziehung der Personen mit Atemungsbeschwerden, Raucherambulatorien), den epidemiologischen Untersuchungen auf dem Gebiet der Respiration, den Diensten für Respirationsleistungen zu Hause und der Aktivierung eines fachmedizinischen, mit einschlägigen dezentralisierten Ambulatorien ausgestatteten Netzwerks in ganz Südtirol.

Die territorialen pneumologischen Leistungen werden am Hauptsitz in Bozen und an den Nebenstellen von Neumarkt, Meran, Schlanders und Bruneck angeboten.

Abbildung 2.2



2.3. Tätigkeit des Dienstes für Arbeitsmedizin

Zuständig für den Schutz vor gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz und die gesundheitliche Überwachung der Arbeitnehmer ist der Dienst für Arbeitsmedizin, der als überbetriebliche Dienststelle im Sanitätsbetrieb Bozen eingerichtet ist.

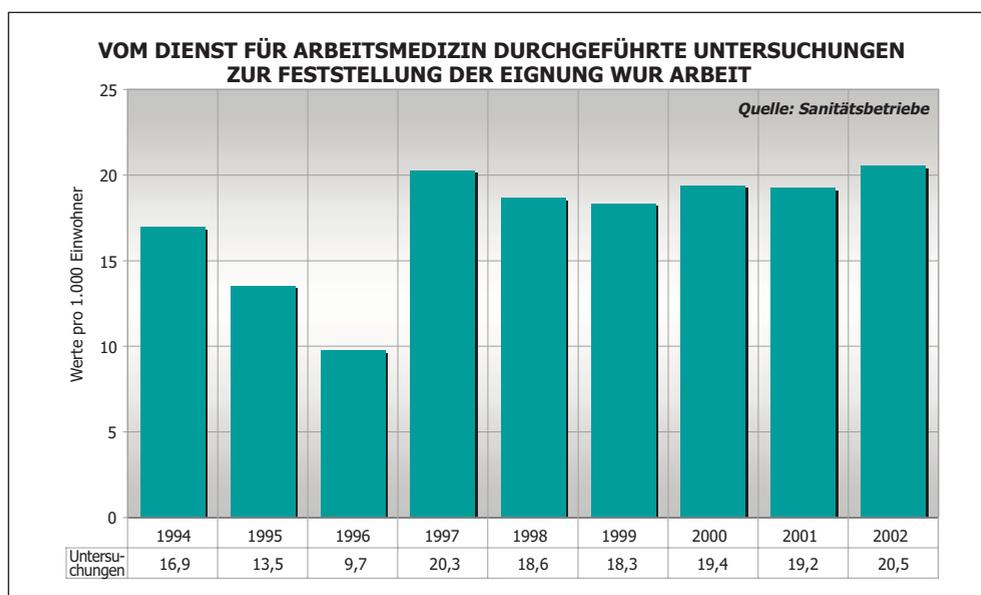
Der Dienst hat die Aufgabe, gesundheitsgefährdende Situationen zu erkennen und geeignete Maßnahmen sowie gezielte Eingriffe zur Reduzierung und Beseitigung der bestehenden Risiken vorzuschlagen.

Der Tätigkeitsbereich umfasst im Wesentlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz,

vorbeugende Kontrollen in neuen Gewerbeansiedlungen in Zusammenarbeit mit anderen, hierfür zuständigen Landeseinrichtungen, die Koordinierung und Überwachung von sanitären Ermittlungen sowie deren Durchführung zugunsten der vertraglich konventionierten Produktionseinheiten durch die klinische Abteilung des Dienstes gemäß Beschluss der Landesregierung.

Der Dienst gliedert sich in zwei Abteilungen: das arbeitsmedizinische Inspektorat und die klinische Abteilung für Arbeitsmedizin.

Abbildung 2.3



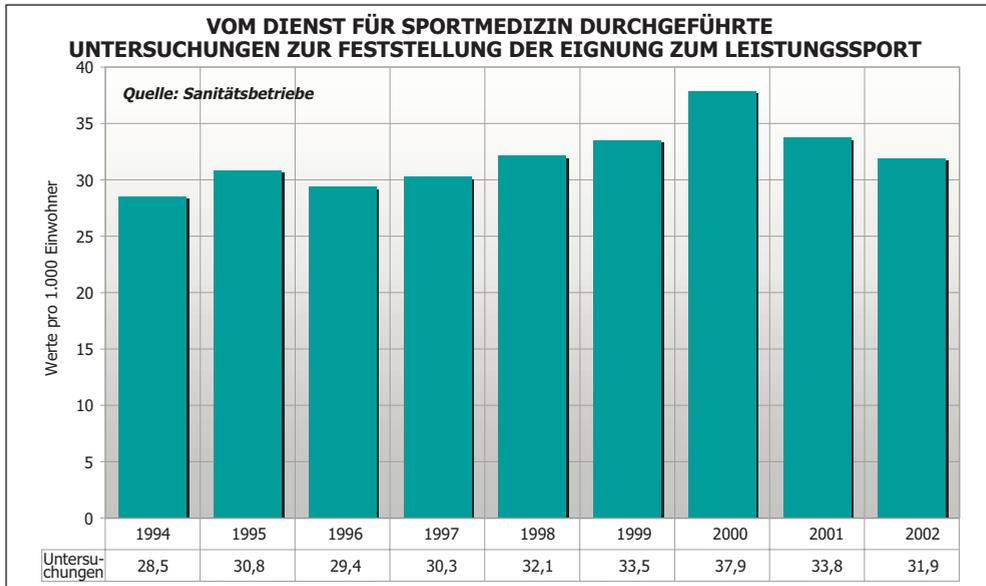
2.4. Kontrollen im Sportbereich

Landesweit wird der Gesundheitsschutz im Sportbereich vom Dienst für Sportmedizin gewährleistet.

Derzeit sind in den Sanitätsbetrieben Bozen und Brixen Ärzte und Krankenpflegepersonal beschäftigt, die dem Landesgesundheitsdienst unterstehen, während in den Sanitätsbetrieben Meran und Bruneck dieser Aufgabenbereich von konventionierten externen Fachärzten für Sportmedizin abgedeckt ist, die in Privatpraxen arbeiten.

Der Dienst garantiert alle regelmäßigen sportmedizinischen Untersuchungen, die Feststellung zur Eignung zu sportlicher Betätigung, die Koordinierung und Förderung der Einsätze der Ärzte und Einrichtungen in Zusammenhang mit dem Gesundheitsschutz bei sportlichen Tätigkeiten.

Abbildung 2.4



2.5. Impfdeckung

Die Ziele der Weltgesundheitsorganisation sehen die Impfdeckung von mindestens 95% für die Impfungen gegen Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln vor. Der Nationale Gesundheitsplan nimmt diese Ziele auf und schreibt die Impfdeckung von 95% der Bevölkerung im Alter bis zu 2 Jahren sowohl für die Pflichtimpfungen als auch für die empfohlenen Impfungen vor.

Die hier berechneten Impfdeckungen berücksichtigen auch die nach dem 2. Lebensjahr verabreichten Impfungen und stellen die effektive aktuelle Impfdeckung (Juni 2003) der verschiedenen Geburtenfolgen dar.

Impfdeckung für Diphtherie und Tetanus

Die Impfdeckung für Diphtherie und Tetanus ist allgemein zufriedenstellend und zeitlich konstant.

Weiterhin muss vermerkt werden, dass immer noch Verdachtsdiagnosen von Diphtherie gemeldet werden, von denen in den letzten Jahren 1 im Labor untersucht und bestätigt wurde, und dass jedes Jahr ca. 100 Fälle von Tetanus bei Erwachsenen gemeldet werden.

Impfdeckung für Keuchhusten

Mit der Einführung der zellenlosen Impfstoffe hat die Impfdeckung in wenigen Jahren radikal zugenommen. Das erzielte Resultat ist auch das Ergebnis einer intensiven wissenschaftlichen Informationskampagne, die in Italien während der klinischen Erforschung der zellenlosen Impfstoffe durchgeführt wurde.

Die Inzidenz der Krankheit liegt immer noch weit über 1/100.000 (Ziel der WHO); andererseits ist der Anstieg der Impfdeckung aber noch zu jung, um eine offensichtliche Auswirkung auf die Inzidenz der Krankheit beurteilen zu können.

Abbildung 2.5

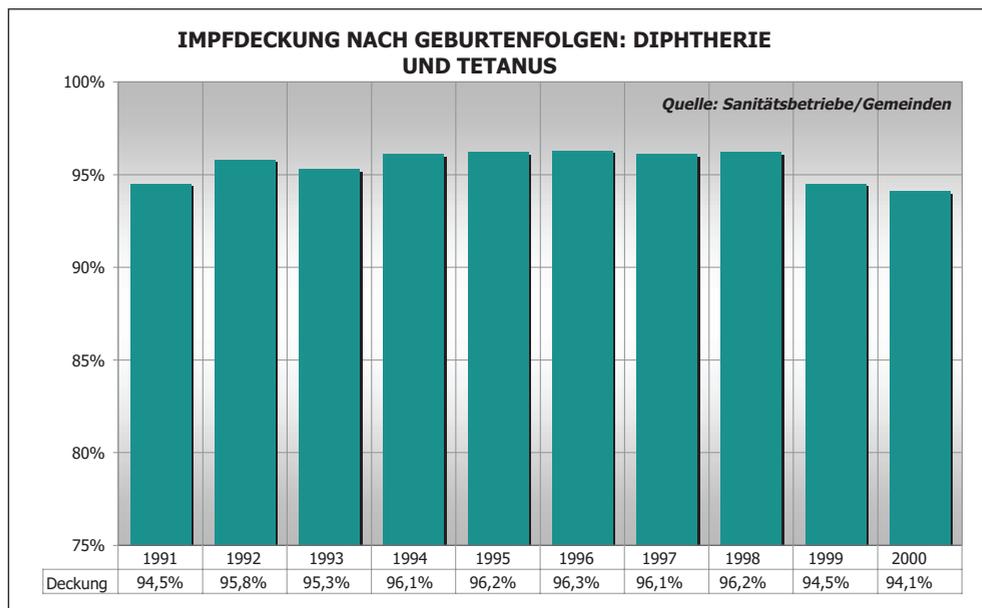
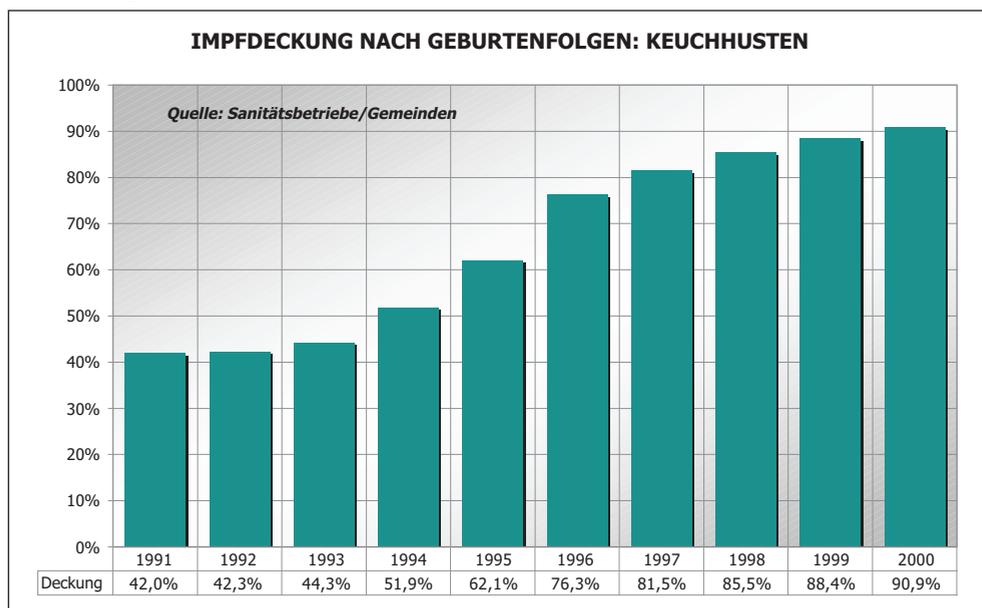


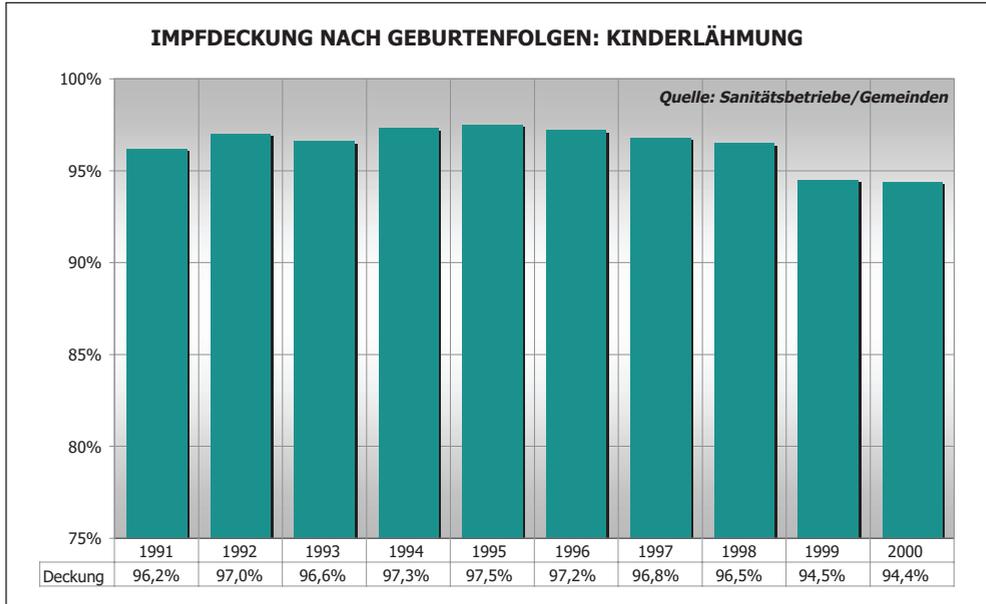
Abbildung 2.6



Impfdeckung für Kinderlähmung

Die Impfdeckung für Kinderlähmung ist allgemein zufriedenstellend. Zudem werden seit dem Jahr 1982 keine Krankheitsfälle in der einheimischen Bevölkerung mehr verzeichnet.

Abbildung 2.7



Impfdeckung für Masern, Mumps und Röteln

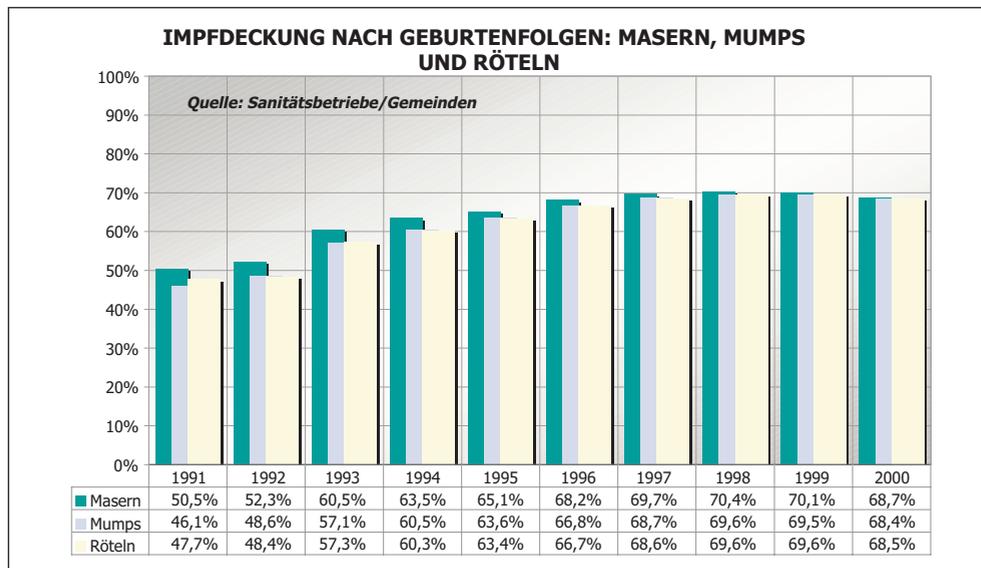
Die Impfdeckung für Masern ist auf gesamtstaatlicher Ebene unzureichend und entspricht nicht den weit höheren Werten der anderen europäischen Länder. Nimmt man an, dass der Großteil der gegen Masern Geimpften auch einen kombinierten Impfstoff gegen Mumps und Röteln erhält, ist die Impfdeckung für diese Krankheiten höchstens gleich jener, welche für die Masern verzeichnet wird.

Die Inzidenz der Masern ist noch hoch. Regelmäßig werden Epidemien bedeutenden Ausmaßes verzeichnet. Weiterhin kam es zu einer fortlaufenden Verschiebung der Krankheit in Richtung höhere Altersklassen, was das Ergebnis einer nicht genügend effizienten Impfpolitik ist. Die hohe Inzidenz der Krankheit führt zu einer hohen Anzahl von Todesfällen (wie bei der Epidemie in Süditalien im Jahr 2002) sowie zu schweren Komplikationen.

Durch die kürzlichen Impfkampagnen gegen Masern konnte die Deckung auf Landesebene sowohl für die letzten als auch für die vorherigen Generationen erhöht werden.

Auch für Mumps und Röteln werden in unserem Land regelmäßig große Epidemien verzeichnet.

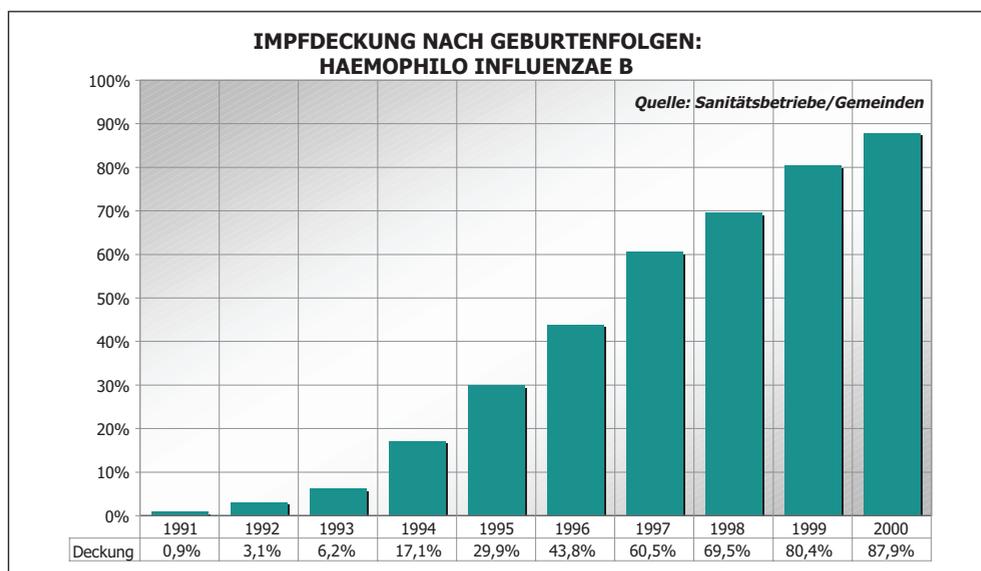
Abbildung 2.8



Impfdeckung für *Haemophilus influenzae B* (Hib)

Der Impfstoff gegen Hib ist in Italien seit 1995 verfügbar. Seit 1994 besteht ein Überwachungssystem für bakteriologische Meningitis und seit 1997 ein Überwachungssystem, das auf der Meldung der Infektionen mit *Haemophilus influenzae* seitens der Labors gründet.

Abbildung 2.9

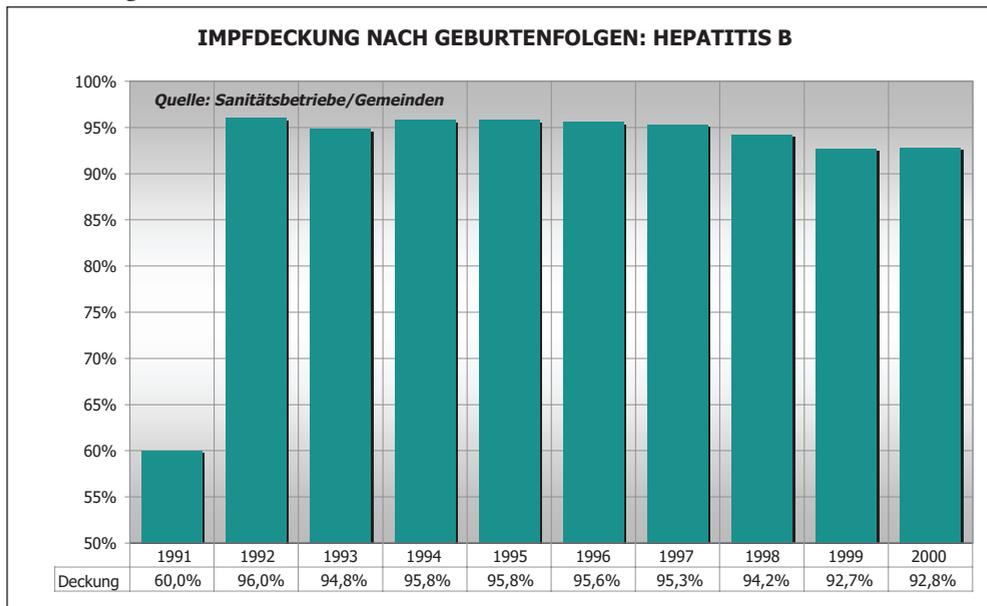


Impfdeckung für Hepatitis B

Die Impfdeckung ist hoch, die Inzidenz der Krankheit bei Kindern minimal und der Trend der Infektionen rückläufig.

Der Impfplan, der die Impfung von Säuglingen und Jugendlichen vorsieht, muss bis zum Jahr 2003, in dem der Großteil der Personen im Alter zwischen 0 und 24 Jahren geimpft sein wird, beibehalten werden. Besonders die Jugendlichen werden bei der Impfung zur Prävention der sexuellen oder venösen Übertragung des Virus im Fall von Drogenabhängigen stark berücksichtigt.

Abbildung 2.10



3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. Medizinische Grundversorgung

Die Medizinische Grundversorgung umfasst die Gesamtheit der von den Allgemeinmedizinerinnen, den Kinderärzten freier Wahl und den Gesundheitssprengeln - territoriale Einrichtungen, in welche die Landessanitätsbetriebe aufgeteilt sind - erbrachten Leistungen.

Die Grundversorgung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sofort in Anspruch genommen werden kann, ohne besondere Formalitäten, und dass sie an alle Patienten, ohne Unterscheidungen zu machen, gerichtet ist. Sie wird allen gewährleistet, die beim Landesgesundheitsdienst gemeldet sind, d.h. der ansässigen Bevölkerung und allen anderen Personen, die sich aus Arbeits-, Studien-, Wehrdienstgründen etc. in Südtirol aufhalten und somit hier den Basisarzt wählen.

3.1.1. Allgemeinmedizin

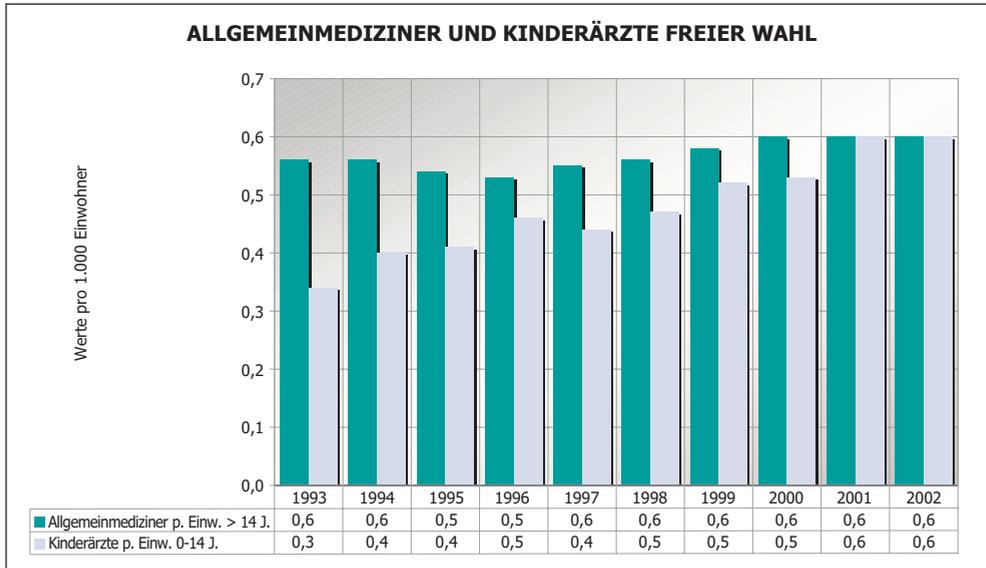
Die Allgemeinmedizin garantiert die Gesundheitsversorgung der ersten Stufe und deckt die häufigsten Bedarfsfälle, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern; außerdem lenkt sie den Versorgungsbedarf der Bevölkerung in die richtige Richtung und wird somit zum Filter für die Gesundheitseinrichtungen der höheren Stufen. Sie erfolgt vorwiegend durch die Allgemeinmediziner zugunsten der erwachsenen Bevölkerung und durch die Kinderärzte freier Wahl zugunsten der Versorgungsberechtigten bis zum 14. Lebensjahr.

Auf der Grundlage von Konventionen mit dem Landesgesundheitsdienst erbringen diese Ärzte Leistungen im Bereich der individuellen Präventivmedizin, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Gesundheitserziehung im eigenen Ambulatorium oder zu Hause der Patienten. In Wirklichkeit wird auf Landesebene ca. die Hälfte der Patienten im Alter von unter 14 Jahren aufgrund des Mangels an Kinderärzten in einigen Gebieten von Allgemeinmedizinerinnen versorgt, wo man versucht, dem durch das Angebot von Leistungen seitens der kinderärztlichen Beratungsstellen abzuweichen.

Die Versorgung der Patienten durch die Ärzte der Grundversorgung erfolgt von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 Uhr an Vorfeiertagen unter der Woche. Die Versorgungskontinuität für die Notfälle in der Nacht, an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeitpunkten als oben angegeben gewährleistet und auf Sprenglebene geregelt.

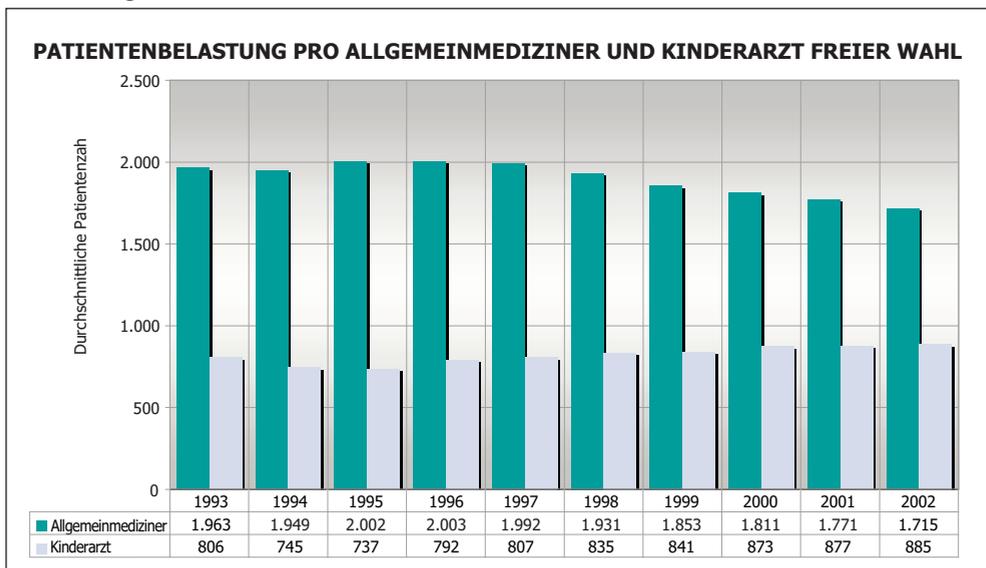
Zwei Indikatoren, die eine Orientierung über die für die Grundversorgung zur Verfügung gestellten Ressourcen bieten, zählen die Allgemeinmediziner pro 1.000 Einwohner im Alter von über 14 Jahren und die Kinderärzte freier Wahl pro 1.000 Einwohner im Alter bis zu 14 Jahren: nur für die Letzteren ist ein konstanter Anstieg zu erkennen, der auf eine ständige Zunahme der Anzahl der Kinderärzte freier Wahl im Landesgebiet zurückzuführen ist.

Abbildung 3.1



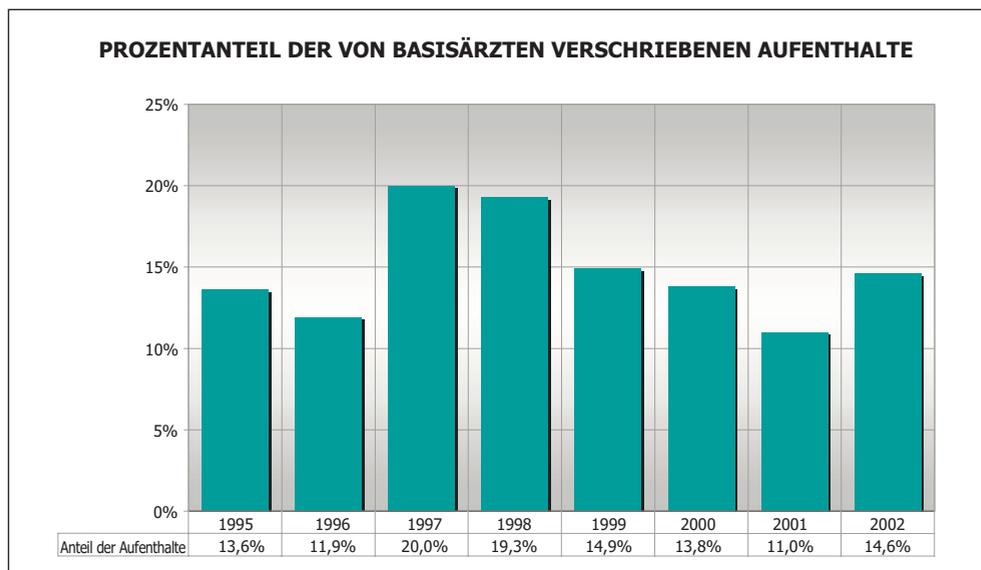
Die Indikatoren über die durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt informieren hingegen über den Zugang zur Versorgung: der einschlägige Indikator für die Allgemeinmediziner erreicht langsam das optimale Verhältnis von 1 Arzt pro 1.500 Einwohner; der Anstieg des Indikators für die Kinderärzte ist durch die Tatsache bedingt, dass angesichts der Zunahme der Zahl der Kinderärzte auch die Zahl der getroffenen Kinderarztwahlen deutlich angestiegen ist.

Abbildung 3.2



Der prozentmäßige Verlauf der von den Basisärzten (Allgemeinmediziner und Kinderärzten freier Wahl) verschriebenen Aufenthalte informiert über die Patientenbelastung, welche diese für die Krankenhäuser mit sich bringen.

Abbildung 3.3



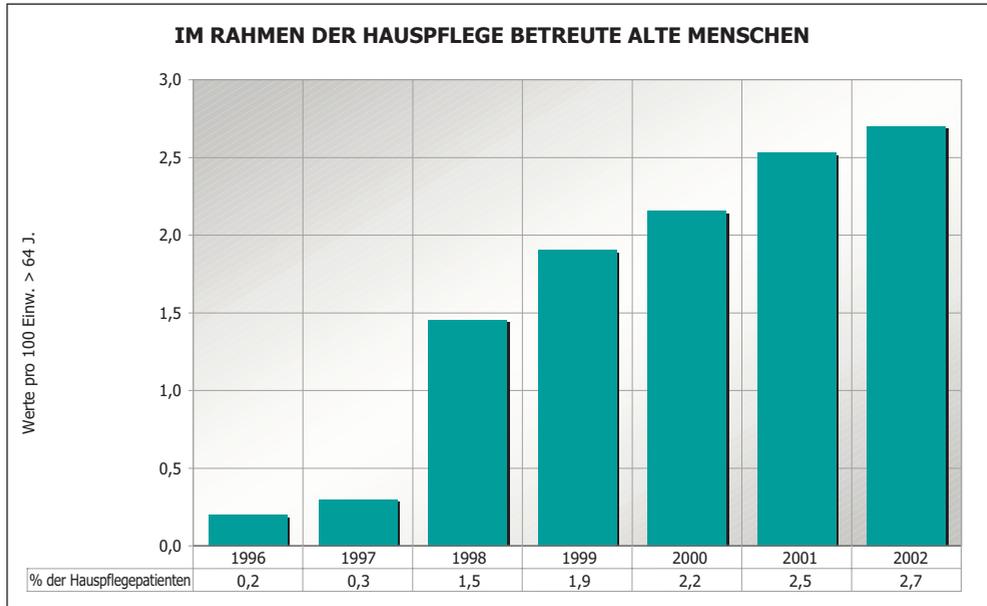
3.1.2. Hauskrankenpflege

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 Nationale Kollektivvertrag, der die Beziehungen mit den Allgemeinmediziner regelt, 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, und die integrierte Hauspflege (IHP), welche die Unterstützung der territorialen Dienste vorsieht.

In den letzten Jahren wurde außerdem das Angebot an territorialer Hauspflege erweitert; dieser Dienst zielt auf die Beibehaltung des Patienten in seinem familiären und sozialen Umfeld ab und somit auf die Bewahrung seiner Identität. Wenngleich unvollständig beschreiben die verfügbaren Daten in Bezug auf die letzten sechs Jahre einen Anstieg des Prozentanteils der im Rahmen der programmierten und integrierten Hauspflege versorgten alten Menschen.

Abbildung 3.4



3.2. Pharmazeutische Versorgung

Die von den Sanitätsbetrieben über die Apotheken gewährleistete pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Arzneimitteln und Galenika an die Versorgungsberechtigten mit oder ohne Ticket, je nach medizinischem Bedeutungsgrad der Pharmaka.

Das Gesetz Nr. 537 vom 24. Dezember 1993 legt die Kriterien fest, nach denen die „Commissione Unica del Farmaco“ (CUF) die abzugebenden Medikamente klassifizieren muss. Die von der Gesetzgebung vorgesehenen Klassen sind:

Klasse A – Grundlegende Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, voll zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD; die mit dem Haushaltsgesetz 2001 eingeführte Abschaffung der Rezeptgebühr zu Lasten des Bürgers wurde Ende Juni aufgehoben;

Klasse B – Pharmaka, die sich von den vorhergehenden unterscheiden, aber von erheblicher therapeutischer Bedeutung sind, bis Ende des ersten Halbjahres 2002 vollständig zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD (Haushaltsgesetz 2001);

Klasse C – Pharmaka zu Lasten der Bürger, die für leichte oder mindere Krankheiten eingesetzt werden (Antineuralgika, Antipyretika, Laxativa, Nasenabschwelungsmittel, etc.) oder Pharmaka, die für kurze Zeitspannen zur Vermeidung von potentiellen Missbräuchen verwendet werden (Benzodiazepinderivate).

Auf Landesebene wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 die Mitbeteiligung an den Gesundheitsausgaben seitens 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:

1. Nicht befreite Bevölkerung: zwei Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung bei maximal vier Euro für zwei oder mehrere Medikamente;
2. Wegen Krankheit oder Einkommen oder nicht hohem Invaliditätsgrad befreite Bevölkerung: ein Euro pro Rezept;
3. 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;
4. Bevölkerung mit hohem Invaliditätsgrad oder Kinder, deren Familien wegen Einkommen ticketbefreit sind: kein Ticket.

Nach einer Stabilisierung im ersten Dreijahreszeitraum ist sowohl die Anzahl der verschriebenen Rezepte als auch die ausgegebene Stückzahl erneut angestiegen.

Abbildung 3.5

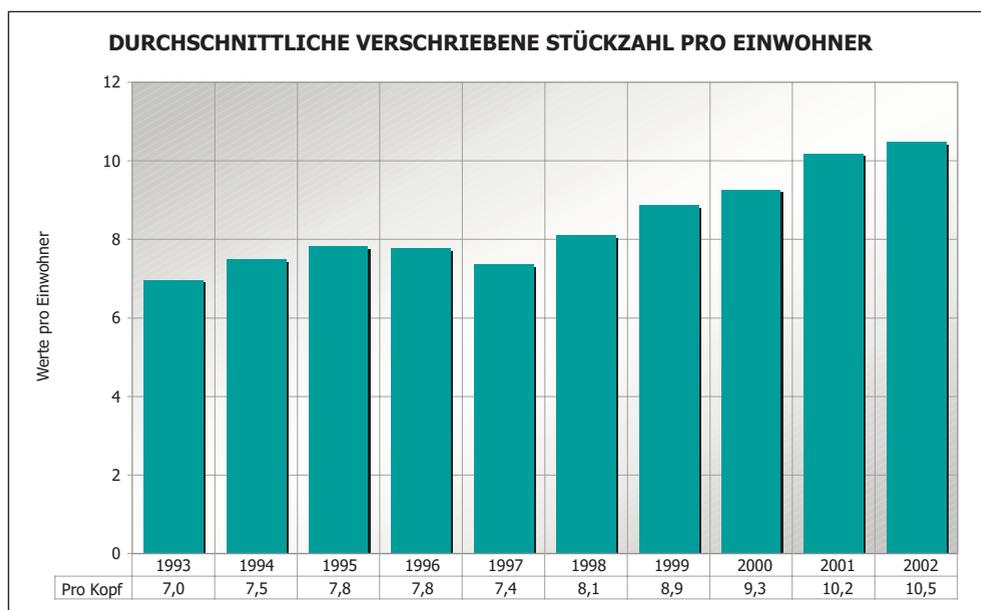
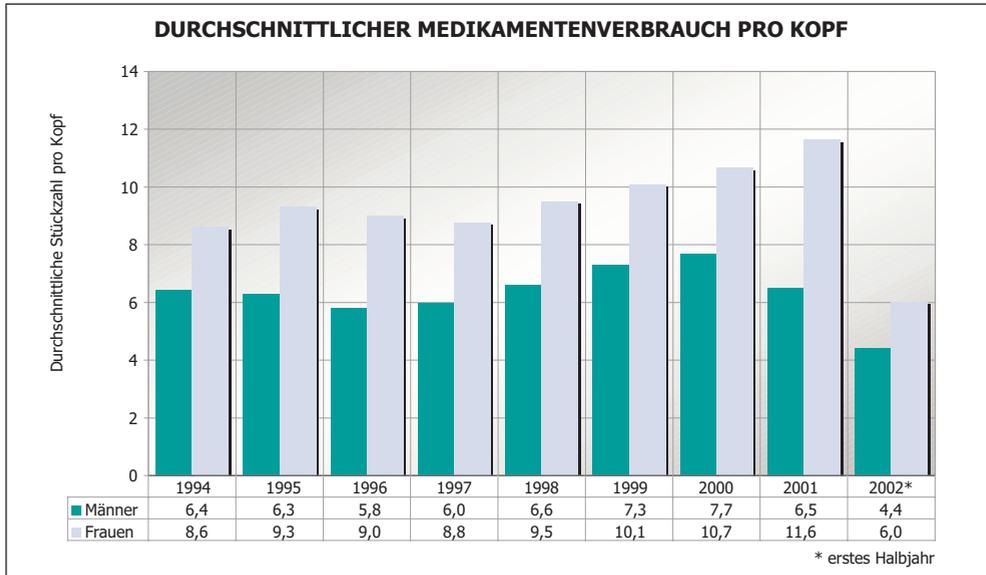
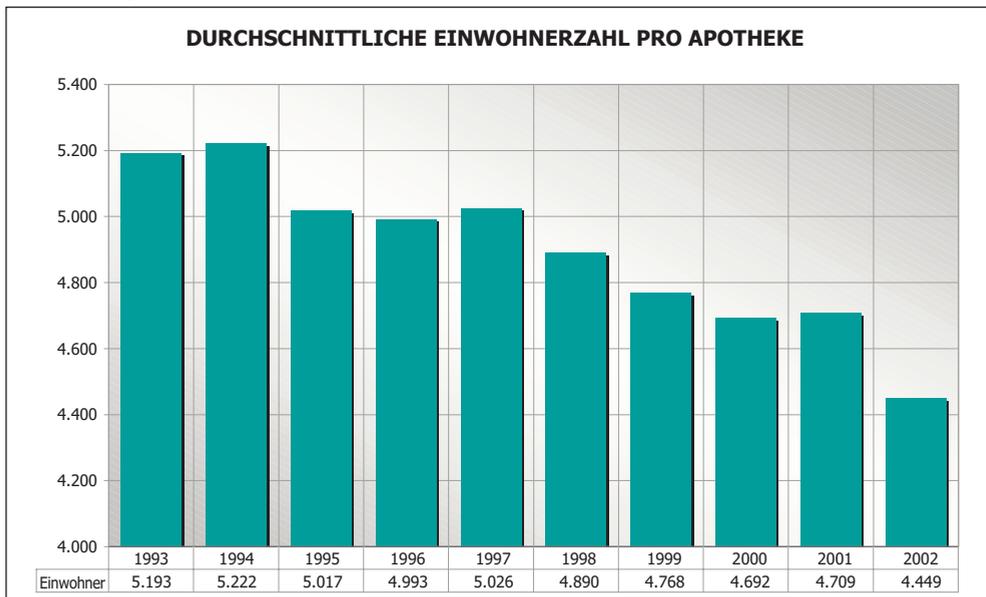


Abbildung 3.6



Aufgrund der nicht erfolgten Einrichtung von neuen privaten oder kommunalen Apotheken auf Landesebene im Jahr 2001 verschlechtert sich der Zugang zur territorialen pharmazeutischen Versorgung leicht, nachdem in den letzten Jahren die durchschnittliche Anzahl der pro Apotheke versorgten Kundenanzahl konstant rückläufig war.

Abbildung 3.7



3.3. Territoriale Versorgung

3.3.1. Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen

Die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol führt zu sozialer Ausgrenzung und Armut.

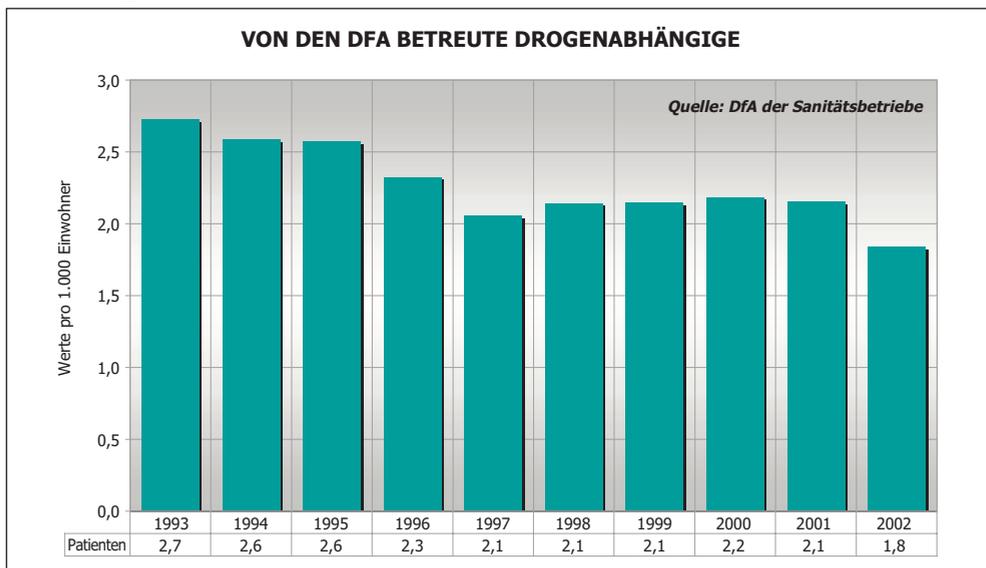
Die Drogenabhängigkeit gehört heute zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen der jungen erwachsenen Bevölkerung mit einem Übermaß an Sterblichkeit aufgrund vieler spezifischer Ursachen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung.

Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen

Der Dienst für Abhängigkeitserkrankungen DfA, der in jedem Sanitätsbetrieb eingerichtet ist, gewährleistet die wichtigsten Behandlungen psychologischer, gesundheitlicher und sozialer Art sowie die soziale Rehabilitation im Rahmen der Abhängigkeit von illegalen Drogen, Pharmaka, Alkohol, Nikotin sowie der Spielsucht. Er erbringt gesundheitliche Leistungen für seropositive und AIDS-krankte Drogenabhängige und psychosoziale Behandlungen für alle HIV-AIDS-Kranke. Außerdem bietet er Präventionstätigkeit bei Abhängigkeit von illegalen Drogen an.

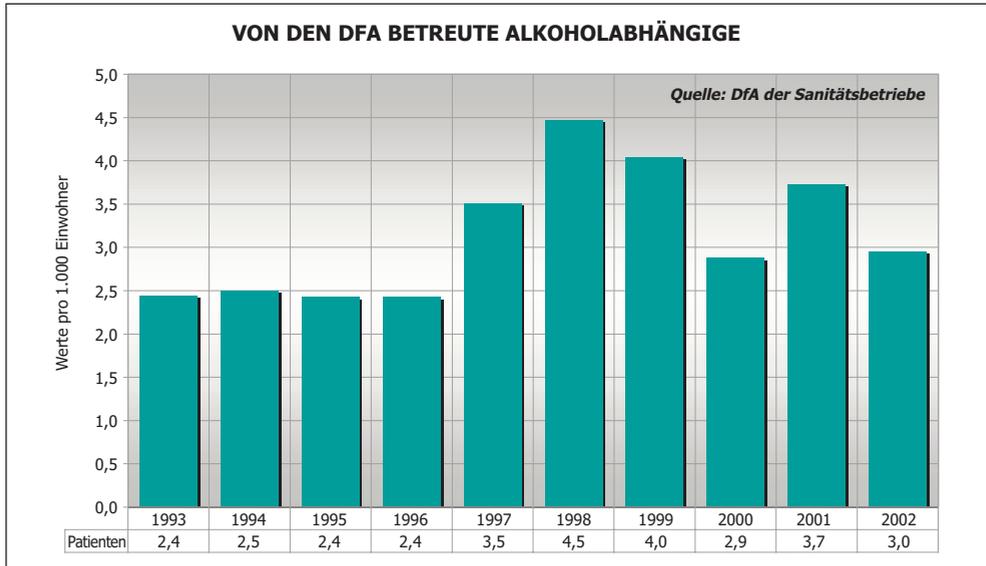
Für die Durchführung der Therapieprogramme und der sozialen Rehabilitation kann der DfA die Einrichtungen zur Behandlung, Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung der Drogen-, Alkoholabhängigen und AIDS-Kranken benutzen.

Abbildung 3.8



Der DfA, ein gesundheitlicher fachmedizinischer Dienst, arbeitet im Rahmen seiner Tätigkeit mit den Krankenanstalten und den übrigen territorialen Gesundheits- und Sozialdiensten zusammen, leistet ärztliche, psychologische und psychosoziale Beratung und sorgt für die einschlägigen fachmedizinischen ambulanten Einsätze. Außerdem beschäftigt sich der DfA mit den psychosozialen Aspekten im Rahmen spezifischer Programme für HIV- und AIDS-Kranke.

Abbildung 3.9



3.3.2. Schutz der geistigen Gesundheit

Von den ZGG versorgte Patienten und Betten in Einrichtungen für psychisch Kranke

Das neue Organisationsmodell des Landesnetzes für die psychiatrische Versorgung wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 711 des Jahres 1996 „Ein modernes Therapie- und Versorgungsnetz für psychisch Kranke“ festgelegt.

Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 bekräftigt den Inhalt des Beschlusses 711/96, indem er die Ausübung der Funktionen seitens der Sanitätsbetriebe im Rahmen des Schutzes der geistigen Gesundheit über den Psychiatrischen Dienst vorsieht. Der Psychiatrische Dienst umfasst alle Einrichtungen für psychisch Kranke, die direkt von den Sanitätsbetrieben verwaltet oder benutzt werden, und die sozio-psychiatrischen Einrichtungen, die von den Sozialdiensten verwaltet werden.

Im psychiatrischen und sozio-psychiatrischen Rahmen ist die Erbringung von Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen gesundheitlicher und sozialer Art vorgesehen, die von zahlreichen operativen Einrichtungen, welche verschiedenen Institutionen angehören, integriert stattfinden müssen.

Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Einrichtung, die durch die technische und verwaltungstechnische Koordinierung der operativen Einrichtungen den integrierten Betrieb derselben, die therapeutische Kontinuität und Einheitlichkeit der Planung und Umsetzung der Therapiepläne sowie der Wiedereingliederung in die Gesellschaft gewährleistet. Die Einrichtungen des psychiatrischen Netzes unterscheiden sich durch den Patiententyp und ihre Funktion.

Abbildung 3.10

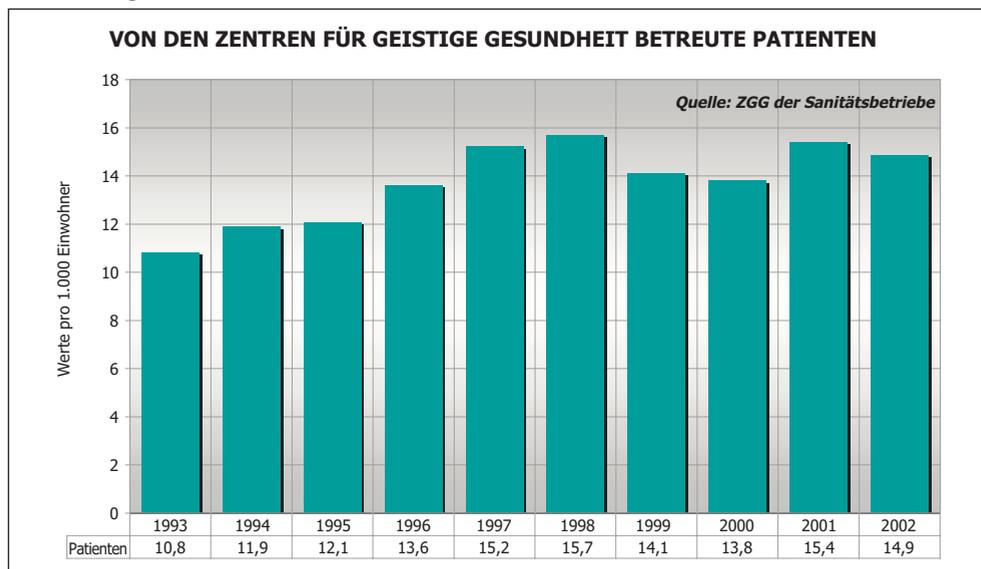
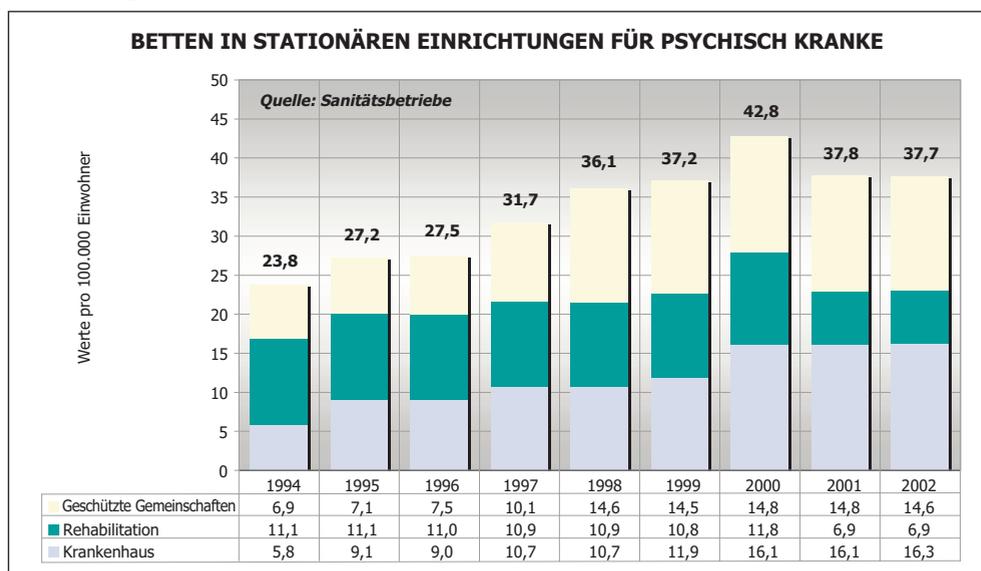


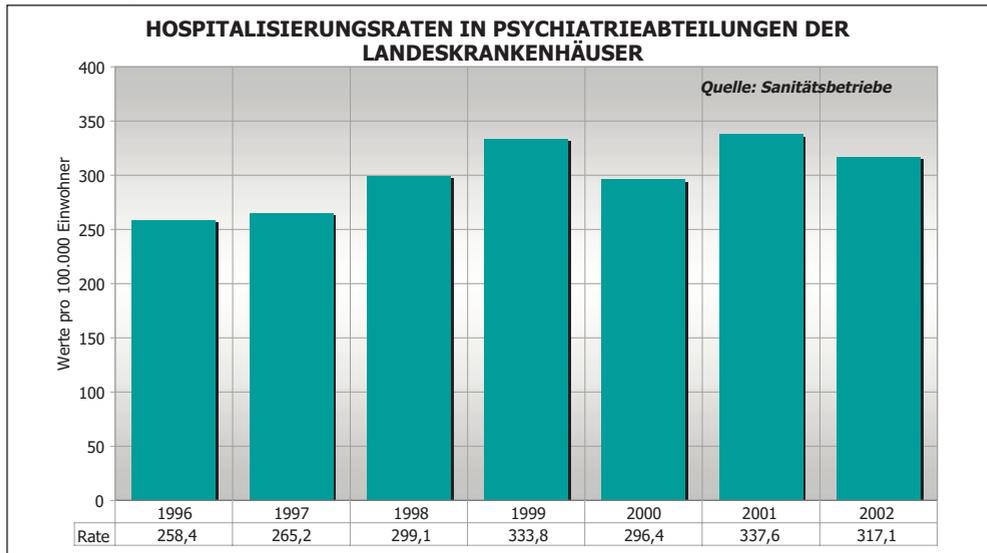
Abbildung 3.11



Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen

Da es nicht genügend stichhaltige Daten für die Bewertung der Häufigkeit der psychiatrischen Störungen gibt, wird als Beispiel die Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen wiedergegeben.

Abbildung 3.12



3.3.3. Stationäre Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation

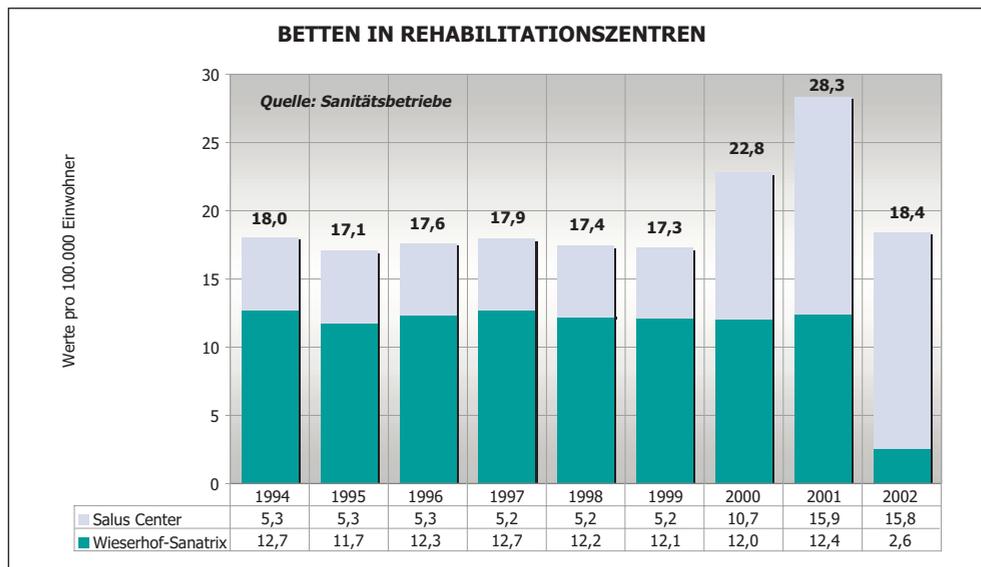
Im Rahmen der stationären Rehabilitation nimmt der Landesgesundheitsdienst für die Wiederherstellung der Funktionen und die Rehabilitation vorläufig akkreditierte Einrichtungen in Anspruch. Diese Einrichtungen gehören ausschließlich dem territorialen Gesundheitssystem an; sie unterscheiden sich je nach den verschiedenen Behinderungen, mit denen sie sich befassen (körperliche, psychische, sensorische und/oder mehrfache Behinderungen) und nach der unterschiedlichen Intensität der angebotenen Behandlungen, und sind spezifisch auf die funktionale Wiederherstellung ausgerichtet, wobei sie Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsleistungen anbieten, die klinisch, psychologisch, pädagogisch und sozial abgesichert sind.

In Südtirol bestehen zwei vorläufig akkreditierte stationäre Zentren für physische Rehabilitation: Salus Center und Sanatrix-Wieserhof.

Im „Salus Center“ werden Patienten mit onkologischen oder neurologischen, pneumologischen und das Muskel- und Skelett-System betreffende Krankheiten behandelt. Das Zentrum Sanatrix-Wieserhof versorgt die Patienten mit kardiologischer Rehabilitation.

Die Patienten können aufgrund einer vom Wohnsitz-Sanitätsbetrieb ausgestellten Überweisung, aufgrund eines nachweisbaren Antrags eines Krankenhausarztes des Gesundheitsdienstes in die vorläufig akkreditierten privaten Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen werden. In der Überweisung werden die Diagnose, die den Antrag auf Behandlung ausgelöst hat, und die genehmigte Dauer angegeben.

Abbildung 3.13



3.4. Fachmedizinische Versorgung

Die ambulante fachmedizinische Versorgung umfasst fachmedizinische Leistungen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern, in logischer Integration mit der medizinischen Grundversorgung und in enger Verbindung mit der Krankenhausversorgung. Die ambulante fachmedizinische Versorgung besteht vor allem in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen sowie in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

3.4.1. Einrichtungen

Die Dienste, die für den Landesgesundheitsdienst fachmedizinische Leistungen erbringen, sind teils öffentlicher, teils privater Natur und sind in Krankenhäusern oder Privatkliniken und territorialen Einrichtungen tätig. Im Besonderen lassen sich die Einrichtungen, die im Landesgebiet fachmedizinische Leistungen anbieten, wie folgt klassifizieren:

1. krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien und Krankenhausambulatorien, Labors, Röntgendienste und andere operative Einheiten);
2. krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien an Sitzen außerhalb des Krankenhauses);
3. mit dem Landesgesundheitsdienst (LGD) konventionierte und vorläufig akkreditierte private Einrichtungen;
4. nicht akkreditierte private Einrichtungen.

Außerdem können ambulatorische fachmedizinische Leistungen von folgenden Berufsgruppen erbracht werden:

5. von mit dem LGD konventionierten Freiberuflern, die ihre Tätigkeit innerhalb der öffentlichen Krankenhäuser ausüben;
6. von mit dem LGD vorläufig akkreditierten und konventionierten Freiberuflern, die ihre Tätigkeit in Privatkliniken ausüben;
7. von noch nicht akkreditierten Freiberuflern.

Innerhalb der ersten beiden Einrichtungsarten erfolgt die Versorgung durch abhängiges und/oder stundenweise vertraglich gebundenes Personal (Punkt 5) und wird als „interne fachmedizinische Versorgung“ und „interne konventionierte fachmedizinische Versorgung“ klassifiziert; in den Punkten 3 und 6 hingegen wird die Versorgung als „externe konventionierte fachmedizinische Versorgung“ eingeordnet.

In den nicht konventionierten privaten Ambulatorien (Punkte 4 und 7), die Leistungen erbringen, welche den sogenannten „schwachen Fachbereichen“ angehören, d.h. den Fachbereichen, für welche die konventionierten öffentlichen und privaten Einrichtungen der Nachfrage seitens der Bürger nicht nachkommen können, wird die Form der Versorgung, die für alle ansässigen Bürger eine teilweise Kostenrückerstattung von den Sanitätsbetrieben vorsieht, als „indirekte fachmedizinische Versorgung“ bezeichnet.

3.4.2. Leistungen

Die ambulatorische fachmedizinische Versorgung umfasst die Gesamtheit der Tätigkeiten und Leistungen, die in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in anderen, vom Verzeichnis der fachmedizinischen Versorgung und von den Beratungsstellen für Mutter und Kind vorgesehenen Leistungen bestehen.

3.4.3. Betriebliche fachmedizinische Dienste

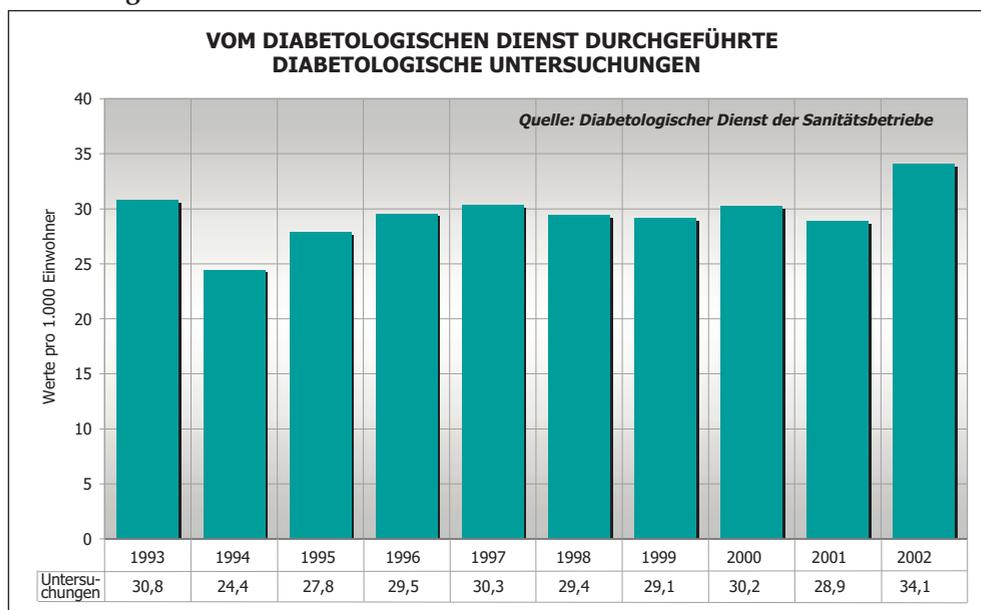
Die fachmedizinischen Dienste auf Betriebsebene sind: der Diabetologische Dienst, der Dienst für Diät und Ernährung und der Dienst für Physische Rehabilitation. Diese Dienste sind sowohl auf Krankenhausebene als auch territorial tätig.

Im Rahmen der überbetrieblichen Dienste werden Leistungen der Pathologischen Anatomie und Histologie, der Genetischen Beratung und des Bluttransfusionsdienstes angeboten.

Diabetologische Versorgung

Die Tätigkeit im Rahmen der diabetologischen Versorgung umfasst die Prävention, Frühdiagnose und Therapie von Diabetes, die Vorbeugung von Komplikationen und die Verbesserung der Gesundheitserziehung für die Prophylaxe von Diabetes. Die am häufigsten erbrachten Leistungen betreffen diabetologische Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

Abbildung 3.14

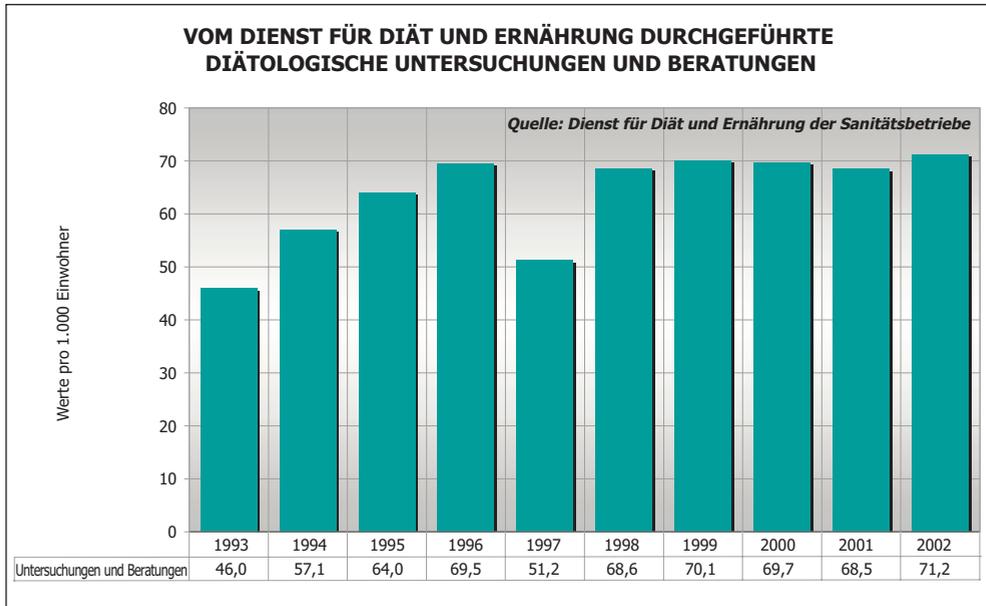


Diät- und Ernährungsberatung

Auf Krankenhausebene bietet der Dienst fachmedizinische Beratungstätigkeit zugunsten anderer Abteilungen und Informationstätigkeit zugunsten der Patienten sowie die Zusammenarbeit mit dem Ökonomats- und Beschaffungsdienst bei der Vorbereitung der Lagerbedingungen und -kontrollen von Lebensmitteln.

Auf territorialer Ebene arbeitet der Dienst in Zusammenarbeit und/oder auf Anweisung der Allgemeinmediziner und bietet Ernährungsberatung und ambulatorische Versorgung, indem er Verhaltensregeln für die Diätberater der Sprengel festlegt (vor allem für die enterale Ernährung zu Hause) und auf Anfrage Beratungstätigkeit für öffentliche und private Kantinen, Schulen, Altersheime, etc. leistet.

Abbildung 3.15



Physische Rehabilitation

Die ambulante physische Rehabilitation wird von den Sanitätsbetrieben sowohl auf territorialer Ebene als auch auf Krankensebene gewährleistet. Die erbrachten Leistungen betreffen die Bereiche Prävention, Frühdiagnose, Diagnostik im Allgemeinen, Therapie sowie als Endziel die Wiedereingliederung in die Gesellschaft von Patienten, die nach Überwindung der akuten Krankheitsphase spezifischer neuromotorischer, kardiorespiratorischer, orthopädischer Rehabilitationsleistungen etc. bedürfen. Außerdem garantiert die physische Rehabilitation dem Psychologischen Dienst, den sozialen Zentren, den Einrichtungen für Langzeitpflege und den Altersheimen die vom Facharzt verschriebene fachmedizinische und therapeutische Beratungstätigkeit.

Die berücksichtigten Leistungen beinhalten die für ambulante Patienten erbrachten Leistungen, die mittels Informationsverfahren für die ambulanten fachmedizinischen Leistungen ab 2002 erhoben wurden.

Abbildung 3.16

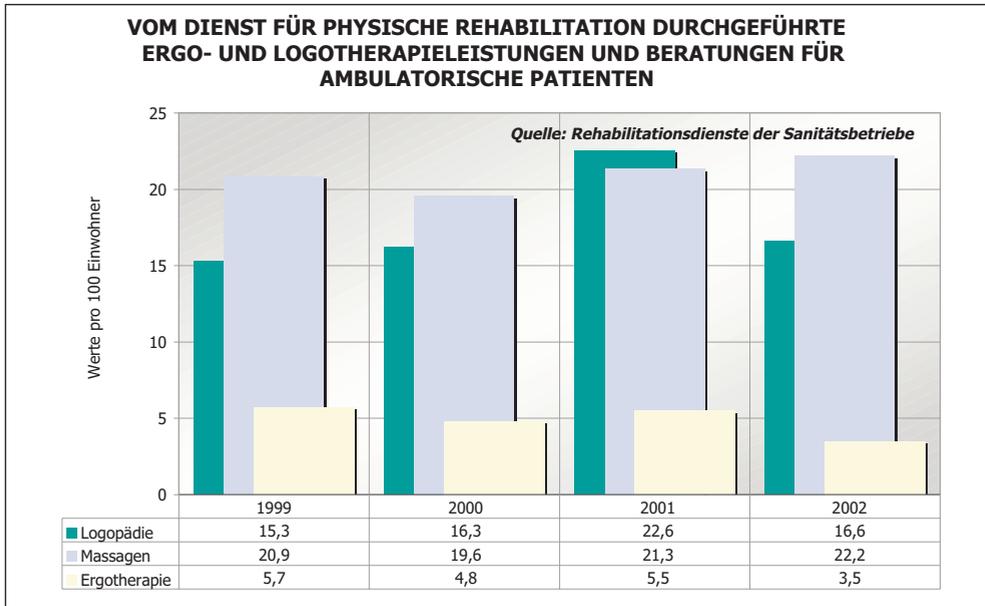
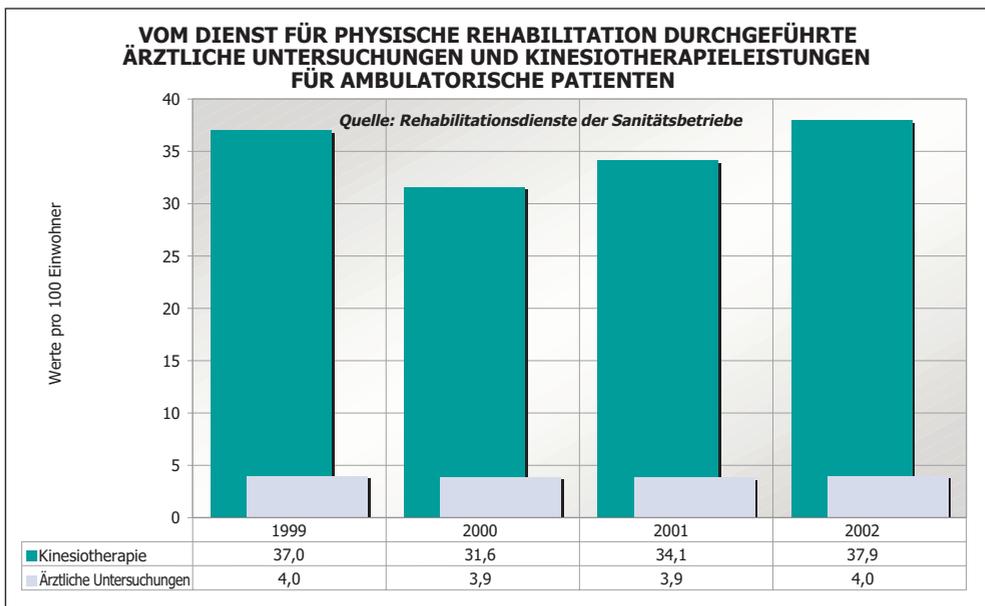


Abbildung 3.17



3.4.4. Überbetriebliche fachmedizinische Dienste

Die überbetrieblichen fachmedizinischen Dienste arbeiten im Sanitätsbetrieb Bozen und erbringen Leistungen für die Bürger der gesamten Provinz im Bereich der Pathologischen und Histologischen Anatomie, der Genetischen Beratung und der Bluttransfusion.

Dienst für Pathologische Anatomie und Histologie

Die Leistungen der Pathologischen Anatomie und Histologie umfassen die im Krankenhaus Bozen vorgenommenen Autopsien und die histologischen, zytologischen und zytogenetischen Untersuchungen.

Seit 1997 besteht der Dienst für Pathologische Anatomie und Histologie aus folgenden operativen Einheiten:

- Histologisches Labor;
- Zytologisches Labor;
- Labor für Zytogenetik;
- Autopsiedienst;
- Tumorregister Südtirol.

Abbildung 3.18

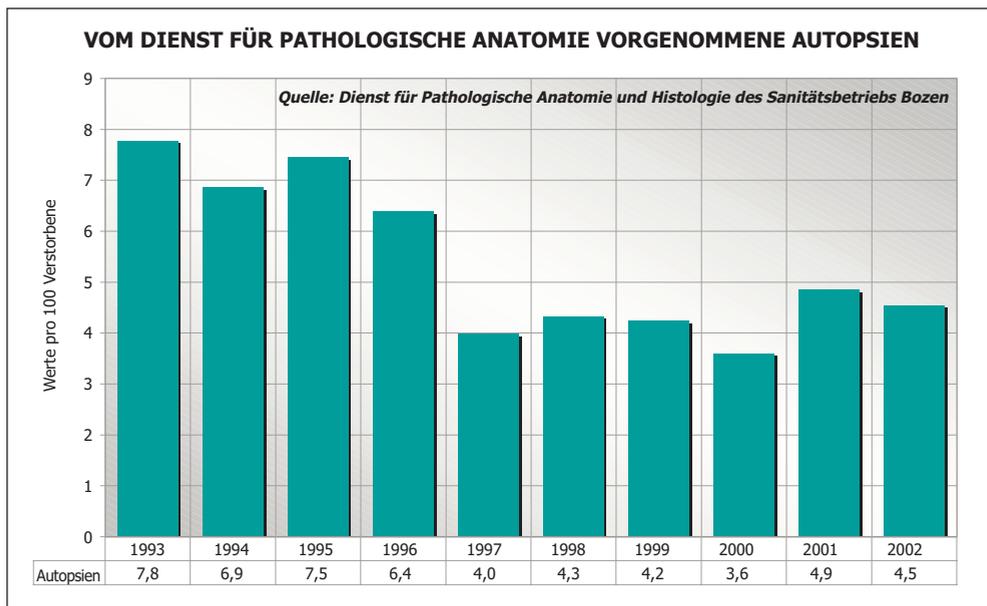
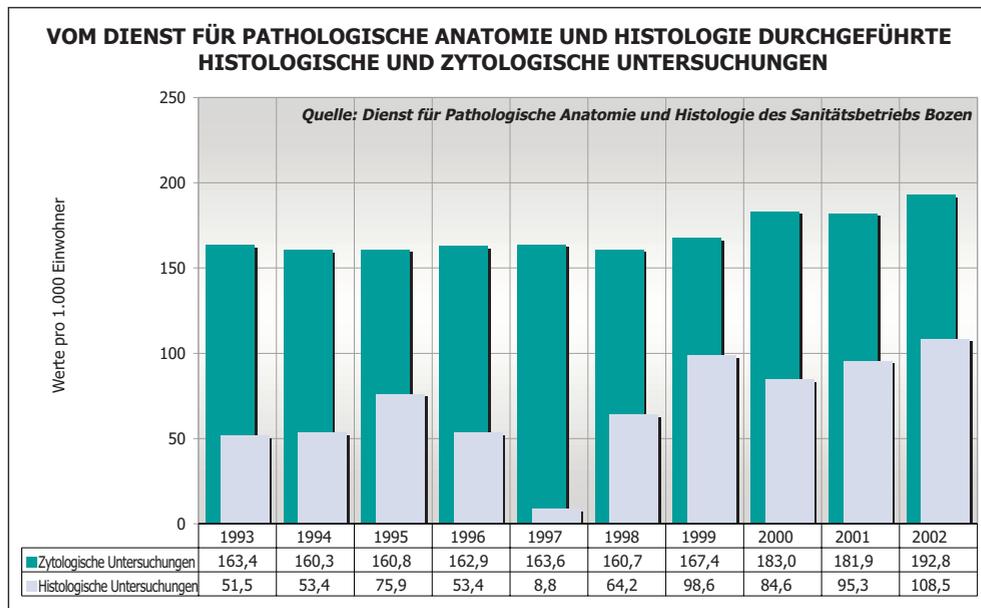


Abbildung 3.19



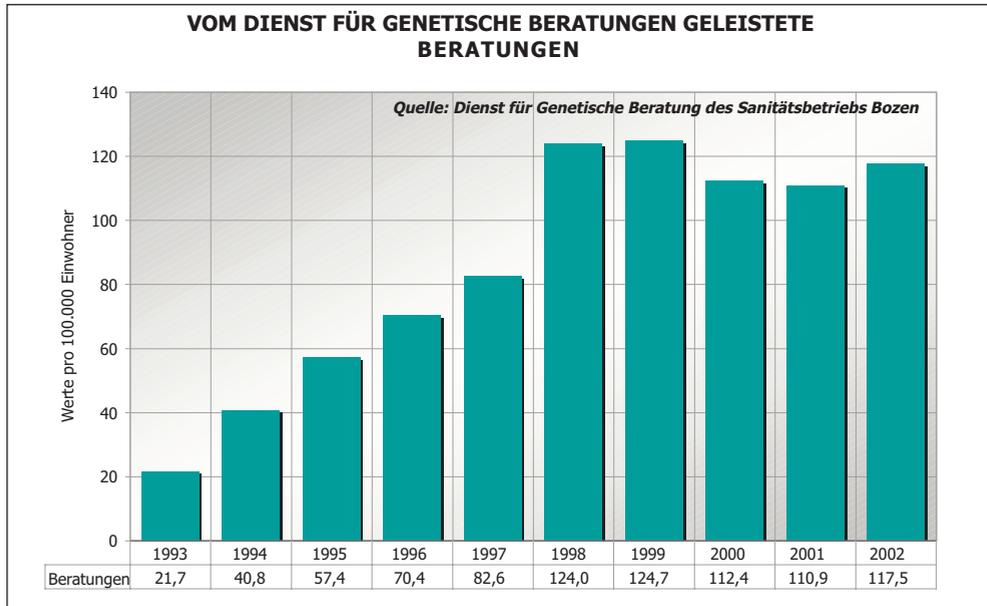
Dienst für Genetische Beratung

Die Leistungen des Dienstes für Genetische Beratung umfassen die Beratung an die Familienberatungsstellen, an die Dienste für Menschen mit Behinderung, der Familien und der einzelnen Bürger zur Ermittlung der vorhandenen Erbkrankheiten oder Chromosomenunregelmäßigkeiten. Die genetische Beratung wendet sich an folgende Interessenten:

- Mitglieder von Familien, in denen eine Erbkrankheit vorhanden ist;
- blutsverwandte Paare, die eine Beratung vor der Ehe und vor der Zeugung der Kinder wünschen;
- Frauen (oder deren Partner), die in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen haben und Informationen über die Gefahr einer fetalen Anomalie einholen möchten;
- Neugeborene mit einer Erbkrankheit oder Missbildung zwecks diagnostischer Orientierung;
- Basis- und Fachärzte mit spezifischen Fragen.

In besonders komplexen Fällen kann der Dienst auf die Beratung von international anerkannten Instituten und Experten in Italien oder im Ausland zurückgreifen.

Abbildung 3.20

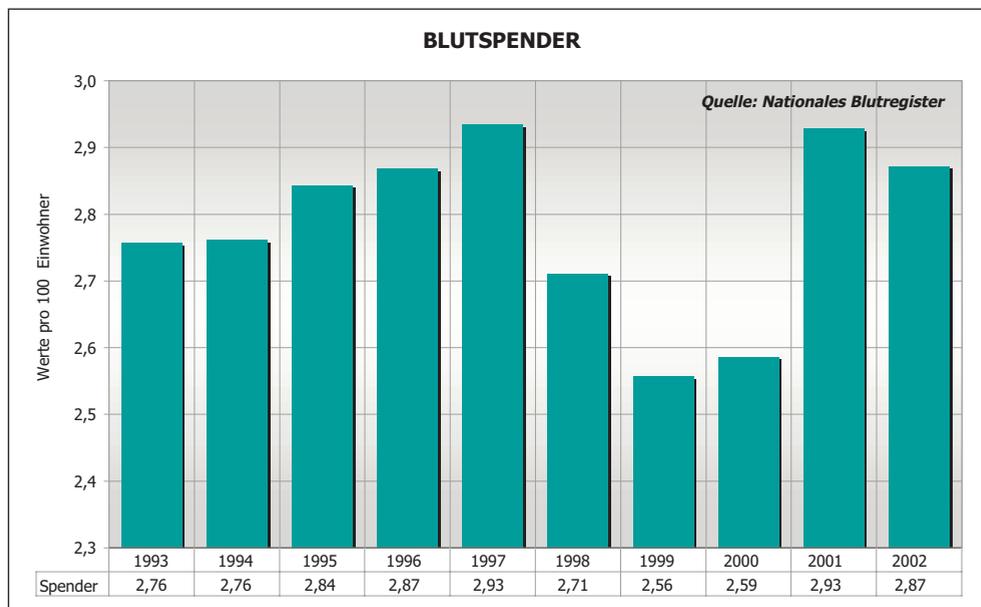


Bluttransfusionsdienst

Die Ziele des Bluttransfusionsdienstes können gemäß Landesgesundheitsplan folgendermaßen zusammengefasst werden:

- den Bürgern des Landes eine pünktliche, korrekte und einheitliche Versorgung mit Bluttransfusionen liefern und dabei den Patienten die größtmögliche Sicherheit bieten;
- die Sammlung und Verteilung des Blutes im ganzen Landesgebiet rationalisieren;
- die Verschwendung von Blutkomponenten vermeiden.

Abbildung 3.21



3.5. Krankenhausversorgung

3.5.1. Krankenanstalten und Personal

Die Krankenanstalten des Landes gliedern sich in öffentliche Krankenhäuser, Privatkliniken und eine Pflegestätte.

Die öffentlichen Krankenhäuser werden vom Landesgesundheitsfonds finanziert; der Zugang ist für alle Versorgungsberechtigten kostenlos.

In der Provinz gibt es sieben öffentliche Krankenhäuser: das Zentralkrankenhaus Bozen, die Schwerpunktkrankenhäuser Meran, Brixen und Bruneck und die Krankenhäuser für die Grundversorgung Schlanders, Sterzing und Innichen.

In den nicht akkreditierten Privatkliniken zahlen die Patienten direkt die Kosten für den Aufenthalt; es ist jedoch eine Rückerstattung des Tarifs vorgesehen, die von Fall zu Fall entweder vollständig oder teilweise (indirekte Versorgung) erfolgt.

Derzeit arbeiten folgende vorläufig akkreditierte Privatkliniken für Akutranke im Landesgebiet: die Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutranke in der Abteilung Medizin) und die Pflegestätte Sarnthein.

Vorläufig akkreditierte Privatklinken für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege sind die Privatklinken „L. Bonvicini“ und „Villa Melitta“.

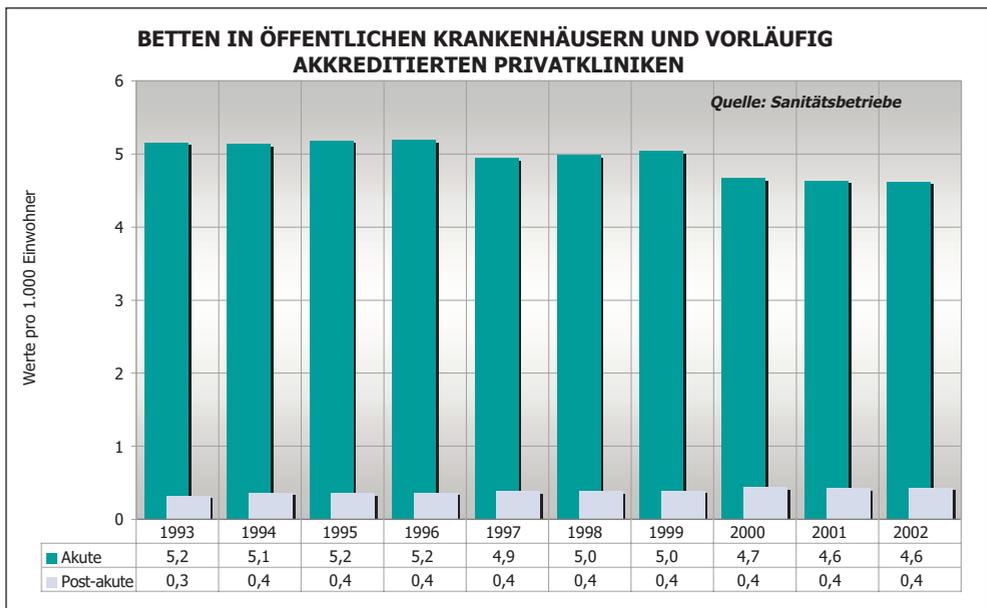
Die nicht akkreditierten Privatkliniken für Akutranke sind die „Marienlinik“ und die Privatklinik „Martinsbrunn“.

Betten in öffentlichen Krankenhäusern und vorläufig akkreditierten Privatkliniken

Der Umstrukturierungsprozess des Krankenhausnetzes, der mit dem Haushaltsgesetz des Jahres 1991 eingeleitet wurde, um die Rationalisierung der Ressourcen zu fördern und gleichzeitig hohe Qualitätsstandards der angebotenen Dienste beizubehalten, sieht unter anderem auch eine Bettenausstattung von insgesamt 5,5 Betten pro 1.000 Einwohner vor, davon 1 pro 1.000 für die Rehabilitation und Langzeitpflege (Gesetz 662/96).

Die Betten werden zum 31. Dezember jedes Jahres erhoben, wobei jene in den Säuglingskrippen nicht mitgerechnet werden.

Abbildung 3.22



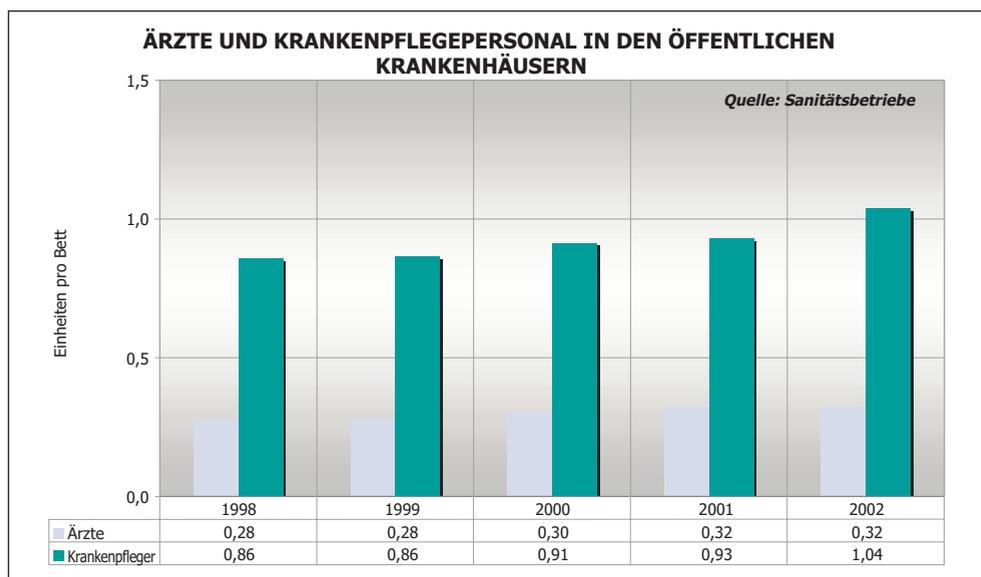
Ärzte und Krankenpflegepersonal der öffentlichen Krankenhäuser

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitsdienstes; die entsprechenden Ausgaben stellen rund 40% der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen dar.

Die Klassifizierung des Personals, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, 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 Zusammenlegung legt das Gesetz vier Berufskategorien fest: Gesundheits-, technisches, Fach- und Verwaltungspersonal.

Ein weiterer Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt, betrifft die verschiedenen Arten von Diensten, in denen das Personal tätig ist: Krankenhausdienste, territoriale Dienste, überbetriebliche Dienste und allgemeine und Verwaltungsdienste.

Abbildung 3.23



3.5.2. Versorgungstätigkeit

Der Entlassungsbogen der Krankenanstalten (EBK) stellt das wichtigste Instrument für die Sammlung von Informationen über jeden, aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten auf dem Staatsgebiet entlassenen Patienten dar.

Mit dem Ministerialdekret vom 30. Juni 1997, das eine Aktualisierung der Krankenhaustarife vorgibt, wurde die Erhebungspflicht des EBK auch auf das gesunde Neugeborene in der Säuglingskrippe ausgeweitet, wodurch die Anzahl der Entlassungen ab dem Jahr 1998 entsprechend zunahm.

Aufenthalte und Hospitalisierungsrate, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die von den öffentlichen oder vorläufig akkreditierten Krankenanstalten des Landes produzierten Aufenthalte werden anhand der Anzahl der Entlassungen aus denselben Einrichtungen im Bezugsjahr gemessen.

Die Hospitalisierungsrate drückt die Nachfrage nach Krankenhausversorgung seitens der Bürger der Provinz aus, indem die Aufenthaltstendenz der Wohn-

bevölkerung anhand der in den Landeskrankenanstalten, in Krankenhäusern anderer Regionen Italiens oder in Krankenhäusern in Österreich getätigten Aufenthalte gemessen wird.

Die durchschnittliche gesamtstaatliche Hospitalisierungsrate des Jahres 2001 beträgt 145,1 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner gegenüber dem optimalen Wert von 160 pro 1.000. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Aufenthalte in der Tagesklinik, als Ergänzung zu den oder als Ersatz für die ordentlichen Aufenthalte, in der Provinz Bozen noch begrenzt sind: 31,2 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2002, gegenüber 48,9 des gesamtstaatlichen Durchschnitts im Jahr 2000.

Abbildung 3.24

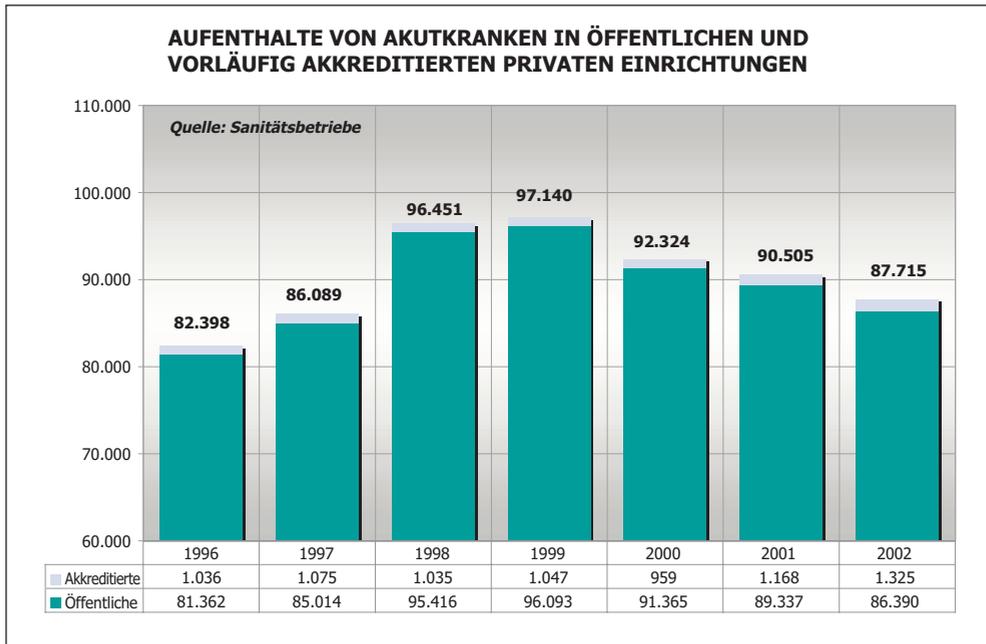


Abbildung 3.25

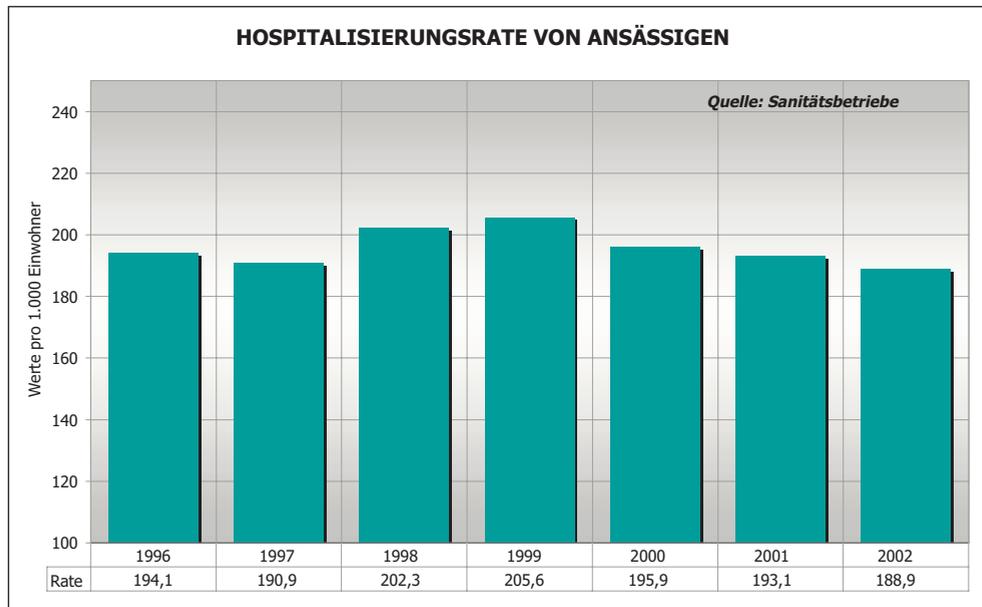


Abbildung 3.26

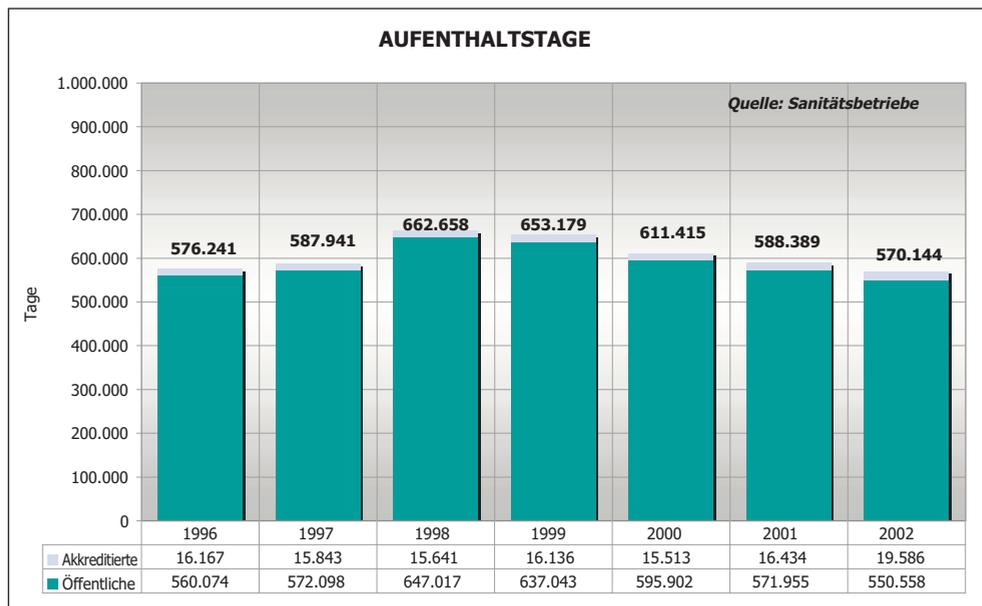
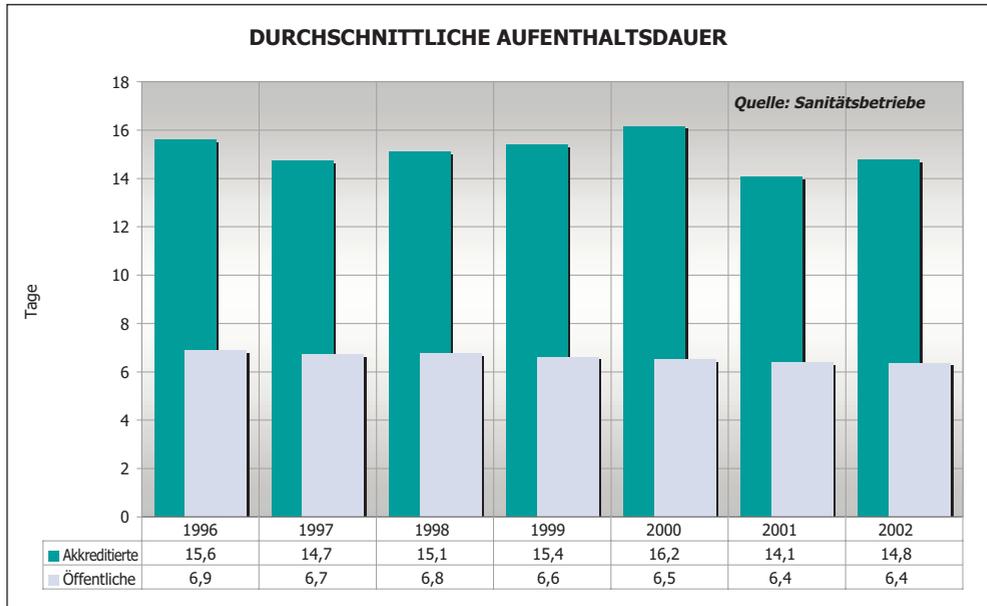


Abbildung 3.27



Mobilitätssaldo, Attraktionsindex und Fluchtindex

Der Mobilitätssaldo im Krankenhausbereich ergibt sich aus der Differenz zwischen den Aufenthalten von Nicht-Ansässigen in öffentlichen und vorläufig akkreditierten privaten Einrichtungen des Landes und den Aufenthalten von Ansässigen in Einrichtungen außerhalb der Provinz. Die Daten über die Krankenhausversorgung in Form von ordentlichen Aufenthalten für Akutkranke in Einrichtungen außerhalb der Provinz beziehen sich auf die Aufenthalte von Ansässigen im übrigen Italien, für welche die Kompensation der überregionalen Mobilität getätigt wird, sowie auf die Aufenthalte in konventionierten österreichischen Einrichtungen.

Der Attraktionsindex ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den Entlassungen aus den öffentlichen oder vorläufig akkreditierten Landeseinrichtungen von nicht in der Provinz Ansässigen und aus der Gesamtheit der Entlassungen aus denselben Einrichtungen im Bezugsjahr; er drückt also den Anteil der Tätigkeit aus, die zugunsten von außerhalb der Provinz ansässigen Patienten geleistet wurde.

Der Fluchtindex ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl der Ansässigen, die aus Einrichtungen außerhalb der Provinz entlassen wurden (nationale oder ausländische) und aus der Gesamtzahl der Entlassungen von Ansässigen. Er drückt den Anteil der Tätigkeit aus, die außerhalb des Landesgebietes in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 3.28

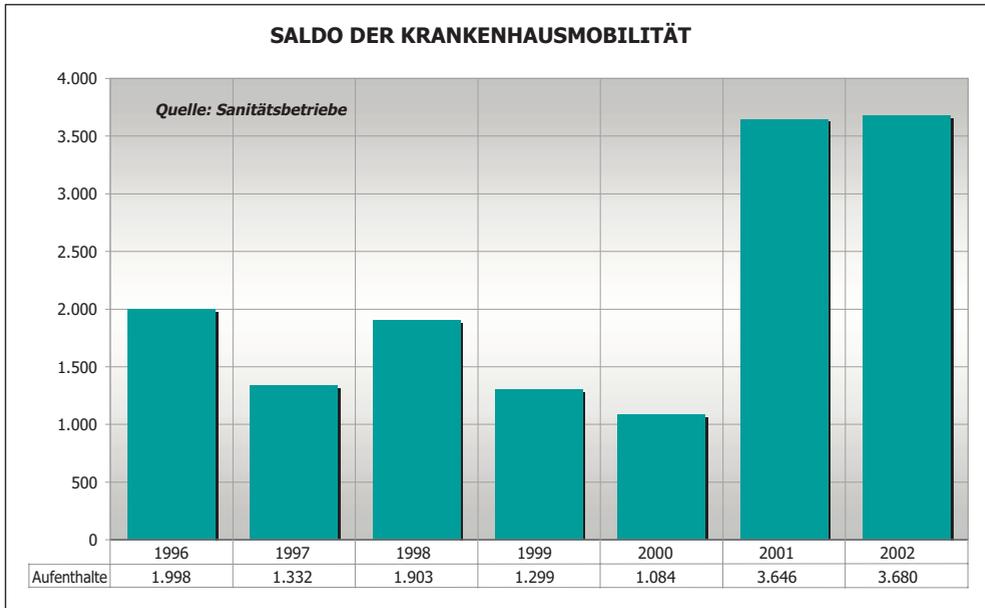
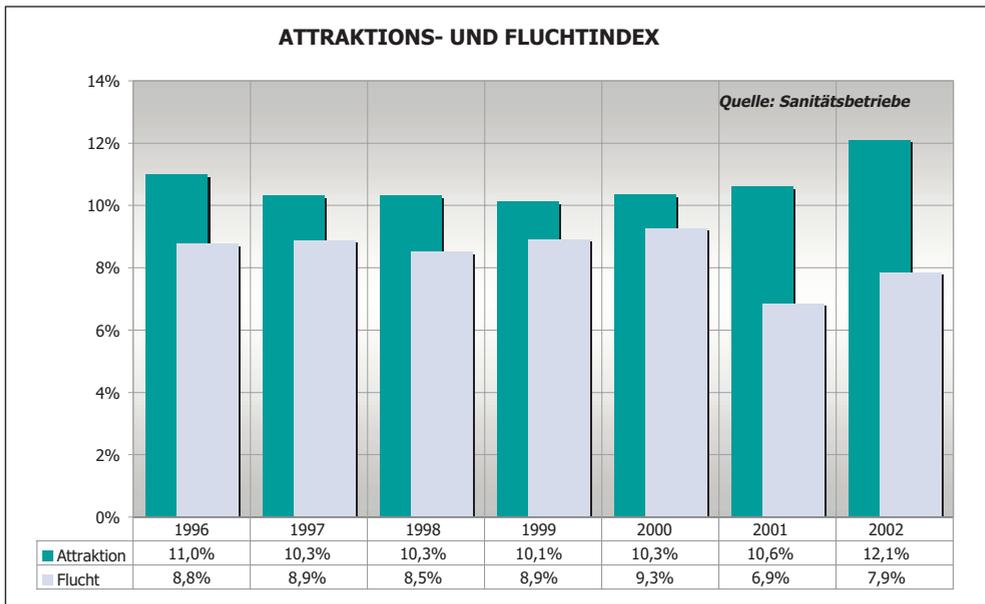


Abbildung 3.29



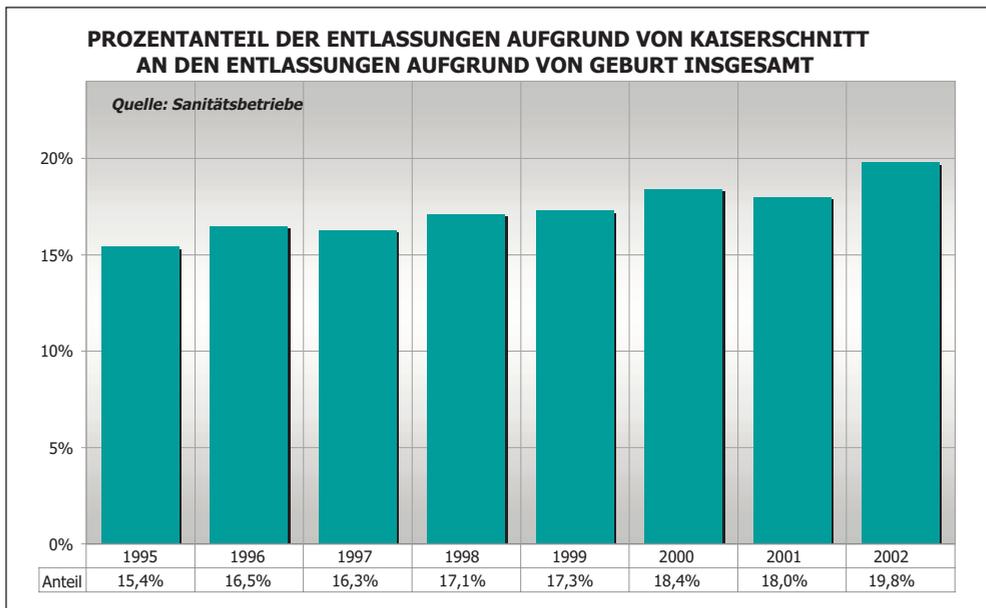
3.5.3. Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Krankenhausversorgung

Den im Entlassungsbogen der Krankenanstalten enthaltenen Daten können einige Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Behandlung entnommen werden.

Entlassungen aufgrund von Geburten mit Kaiserschnitt

Der Indikator drückt die angemessene Anwendung des Eingriffs Kaiserschnitt aus und wird anhand des Verhältnisses zwischen den Entlassungen aufgrund von Geburten mit Kaiserschnitt (DRGs 370 und 371) und der Gesamtheit der Entlassungen aufgrund von Geburt (DRG 370 bis DRG 375) berechnet. Der entsprechende Wert auf gesamtstaatlicher Ebene beträgt 34% (Jahr 2001).

Abbildung 3.30

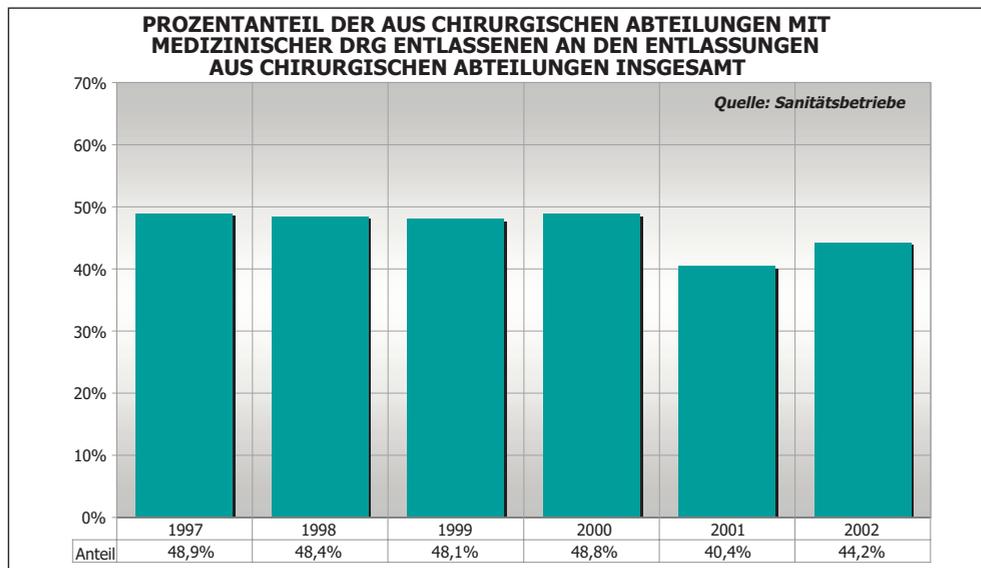


Aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassene

Das Verhältnis zwischen den aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen und der Gesamtheit der aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen stellt einen Indikator für den unangemessenen Krankenhausaufenthalt dar.

Der entsprechende Wert auf gesamtstaatlicher Ebene des Jahres 2001 ist 40,1%.

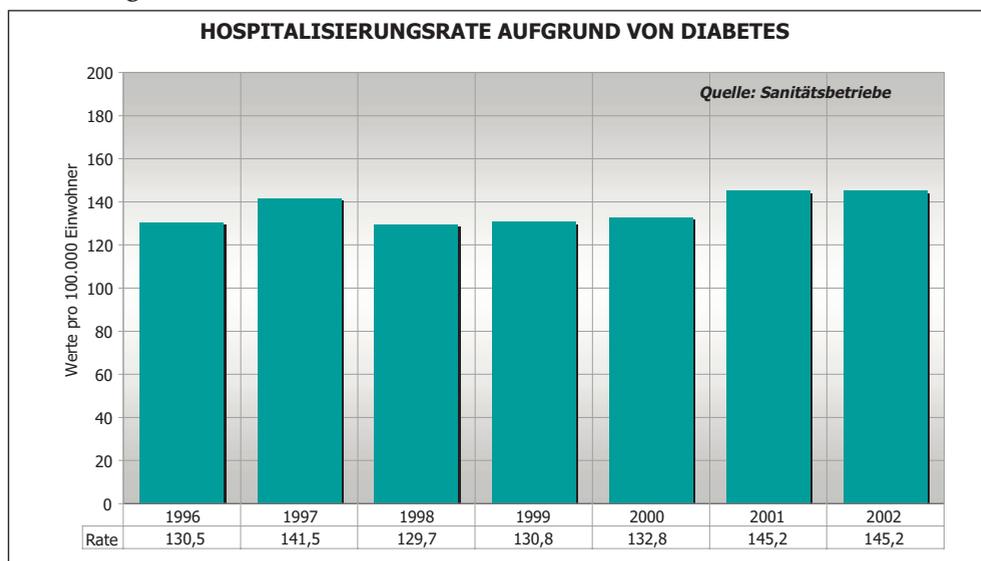
Abbildung 3.31



Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes und Asthma

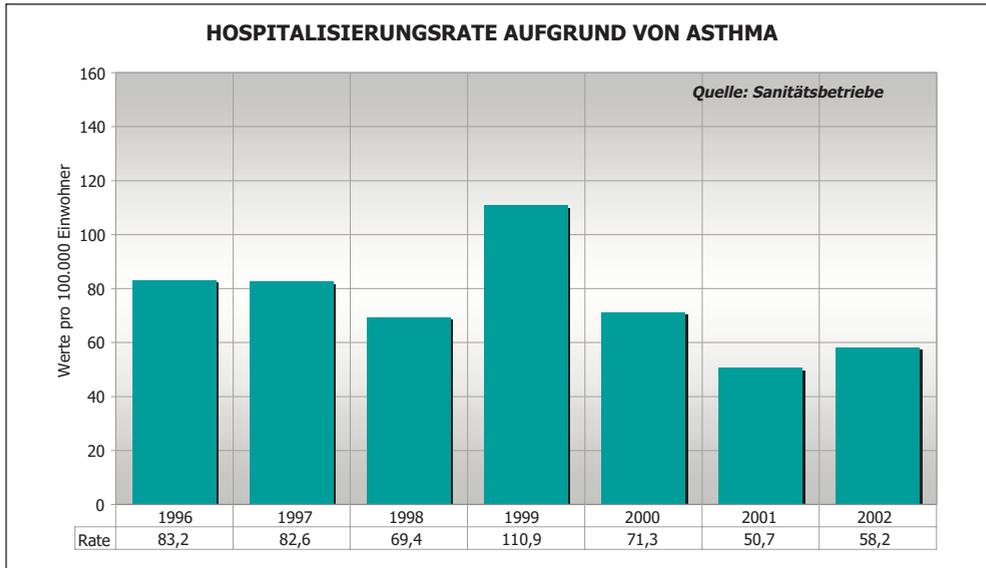
Dargestellt werden zwei Hospitalisierungsraten für spezifische Krankheitszustände, die zu den verbreitetsten gehören und für welche die Hospitalisierung im Rahmen der Wahrscheinlichkeit am häufigsten möglichen Situationen der Unangemessenheit ausgesetzt ist.

Abbildung 3.32



Beide berücksichtigten Hospitalisierungsraten verzeichnen Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Abbildung 3.33



Eingriffe am Kristallin und Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik

Ein weiterer Indikator beschreibt den Anteil der chirurgischen Eingriffe am Kristallin (größtenteils wegen Grauem Star) in der Tagesklinik - ein Verfahren, das als das angemessenste für den Großteil der Fälle angesehen wird - an der Gesamtzahl der Eingriffe dieser Art.

Für beide Indikatoren liegen die erhobenen Werte unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Abbildung 3.34

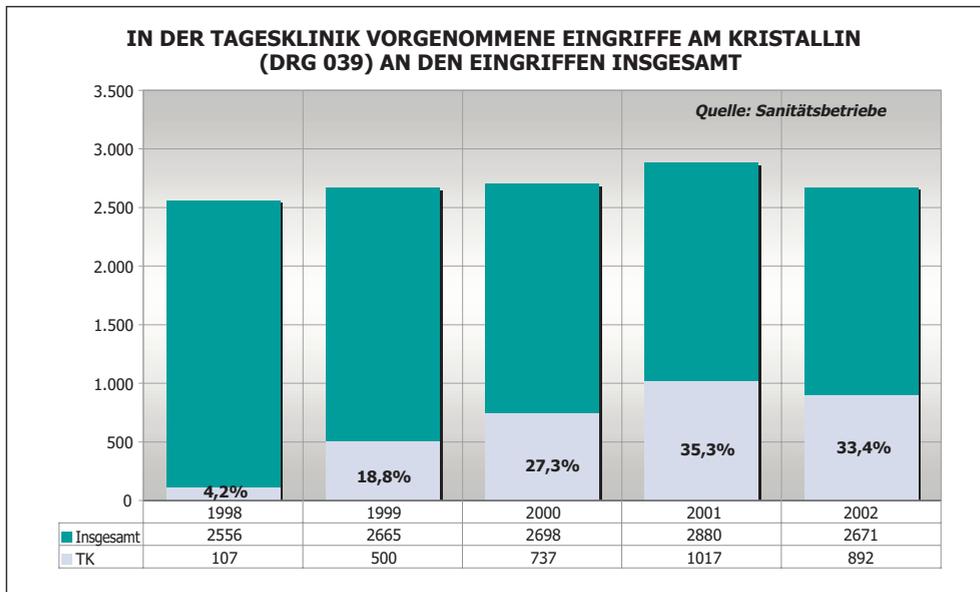
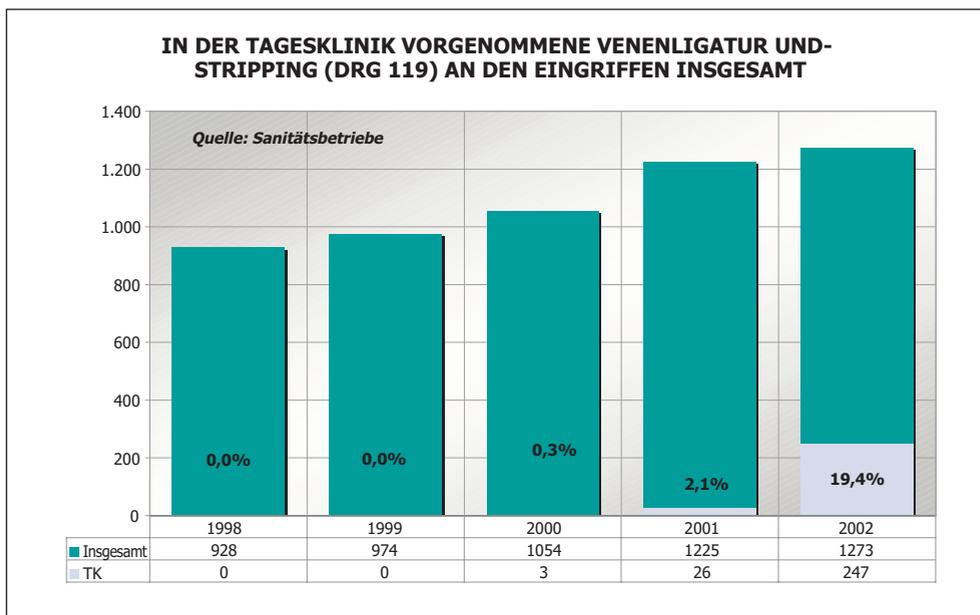


Abbildung 3.35



4. RESSOURCEN

4.1. Gesundheitspersonal

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die numerische Anzahl des angestellten Personals beträgt 7.864 Einheiten.

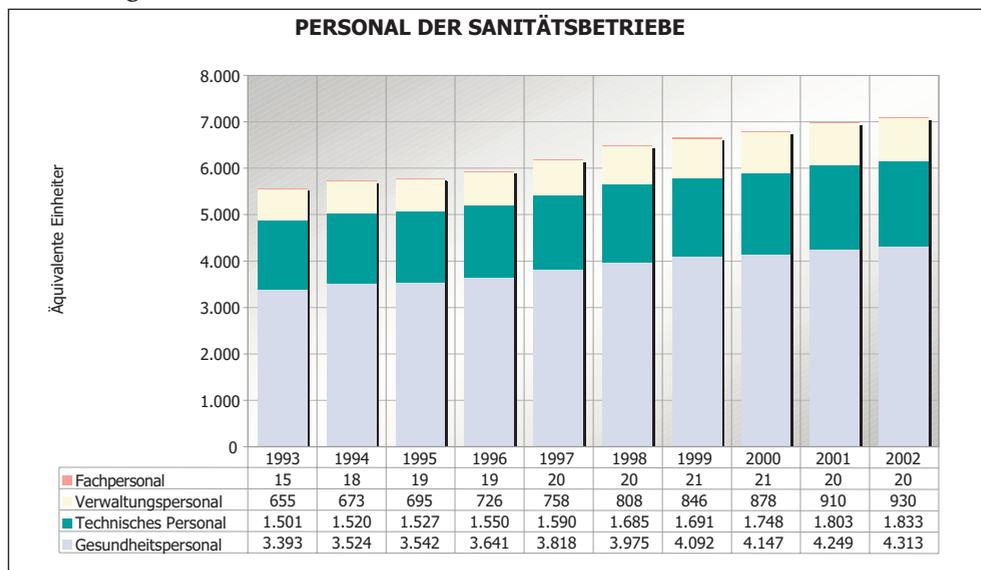
4.1.1. In den Sanitätsbetrieben beschäftigtes Personal

Im öffentlichen Gesundheitswesen wird Personal eingesetzt, das verschiedenen Berufskategorien angehört und laut Gesetz auf unterschiedlichen Ebenen eingestuft ist. Die Klassifizierung des Personals, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, 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 legt das Gesetz vier Berufskategorien fest: Gesundheits- technisches, Fach- und Verwaltungspersonal.

Zum Gesundheitspersonal zählen Ärzte, Krankenpfleger, technisch-sanitäres Personal, Rehabilitationspersonal, Aufsichts- und Inspektionspersonal (Techniker für Umwelt- und Arbeitsschutz) und andere im Gesundheitsbereich tätige Akademiker (Apotheker, Tierärzte, Biologen, Chemiker, Physiker, Psychologen, Zahnärzte). Dem technischen Personal zugerechnet werden Raumpfleger, Fachhilfen, Techniker, Sozialassistenten, Analytiker, Statistiker und Soziologen. Das Fachpersonal umfasst Seelsorger, Rechtsanwälte, Architekten, Ingenieure und Geologen. Zum Verwaltungspersonal gehören Boten, Amtswarte, Sekretariatsassistenten, Übersetzer, Verwaltungsmitarbeiter, Verwaltungsinspektoren, Buchhalter und Techniker sowie die Verwaltungsleitung (Vizedirektoren und Verwaltungsdirektoren).

Die vorliegenden Daten beziehen sich auf das Vollzeitpersonal sowie auf das zu 50% bzw. 75% beschäftigte Teilzeitpersonal. Es handelt sich dabei um Stammpersonal und um Mitarbeiter, die in Erwartung der definitiven Einstellung mittels Wettbewerb eine freie Stelle besetzen. Zur Umrechnung des Personalbestands in äquivalente Arbeitskräfte wurden folgende Äquivalenzkoeffizienten verwendet: den einzelnen vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern wurde der Koeffizient 1, den zu 75% beschäftigten Mitarbeitern der Koeffizient 0,75 und den zu 50% beschäftigten Mitarbeitern der Koeffizient 0,5 zugeordnet.

Abbildung 4.1



4.1.2. Grundausbildung des Gesundheitspersonals

Die Autonome Provinz Bozen fördert und betreibt - direkt oder durch Konventionen mit Körperschaften und Sanitätsbetrieben - koordinierte Maßnahmen zur Grund- und Fachausbildung des Gesundheitspersonals, die der organisatorischen Entwicklung der Gesundheitsdienste sowie dem einschlägigen kurz- und mittelfristigen Bedarf an qualifizierten Humanressourcen entsprechen.

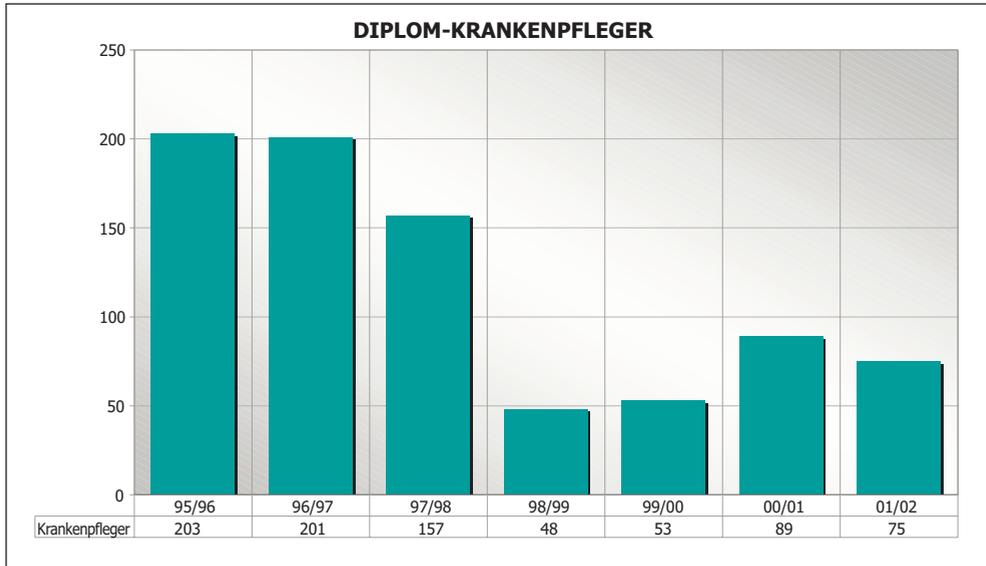
Die Grundausbildung bereitet das Personal auf eine berufliche Qualifizierung vor und bezieht sich auf Kurse und Schulen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, nach deren Abschluss ein Diplom/Studientitel ausgestellt wird.

Bis zum Schuljahr 1995/96 umfasste das Ausbildungsangebot des Landes zahlreiche Kurse an verschiedenen Schulen: Krankenpfleger, Rehabilitationstherapeuten, Kinderkrankenpflegerinnen, Röntgentechniker, usw.

Mit dem Schuljahr 1996/97 hat die neue (nach Einführung der „Universitätsdiplome“ und auf gesamtstaatlicher Ebene gegründete) „Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe“, deren didaktische Organisation den Modellen der deutschsprachigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union angepasst ist, ihre Tätigkeit aufgenommen.

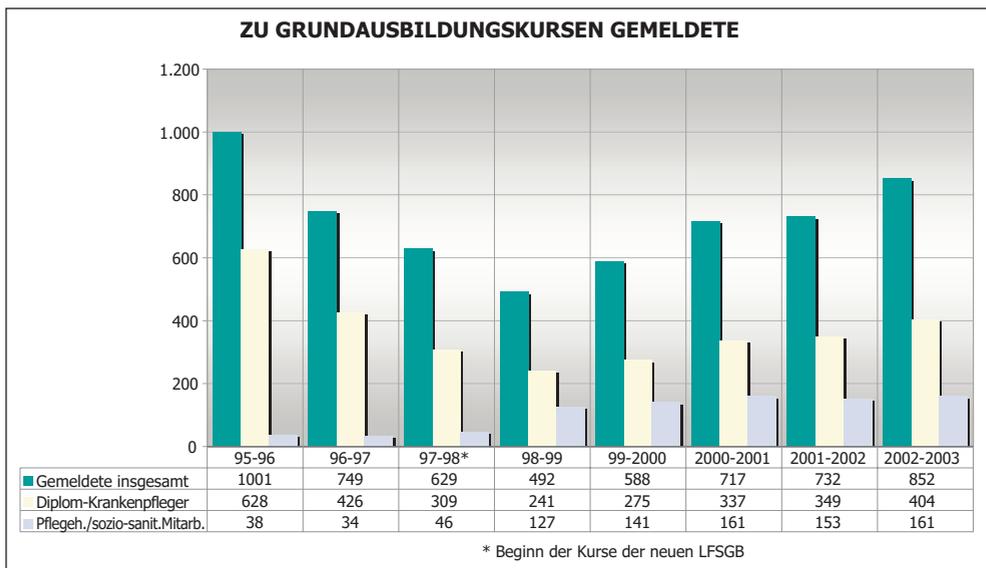
Mit dem Schuljahr 2000/2001 wurden die Kurse für Pflegehilfen durch die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter ersetzt. Diese Mitarbeiter leisten ihre Tätigkeit sowohl im sozialen als auch im gesundheitlichen Bereich in Diensten der sozial-fürsorglichen Versorgung und sozial-gesundheitlichen, stationären oder halbstationären Versorgung im Krankenhaus, im territorialen Bereich oder zu Hause des Patienten.

Abbildung 4.2



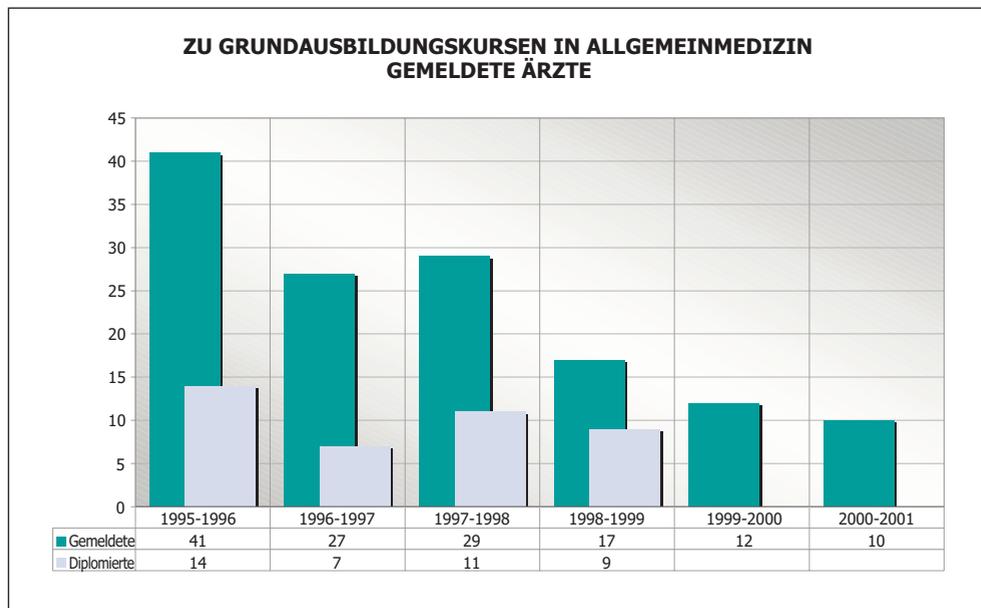
È da segnalare che a seguito della riforma universitaria con l'inizio dell'anno accademico 2002/2003 i diplomi universitari sono diventati lauree di primo livello

Abbildung 4.3



Im Jahr 2002 wurde in Erwartung der Genehmigung des LG Nr. 14 vom 15.11.2002, welches die Ausbildung auf drei Jahre verlängert, kein neuer Kurs begonnen.

Abbildung 4.4



4.1.3. Fachausbildung des Gesundheitspersonals

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines Studientitels, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen.

Abbildung 4.5

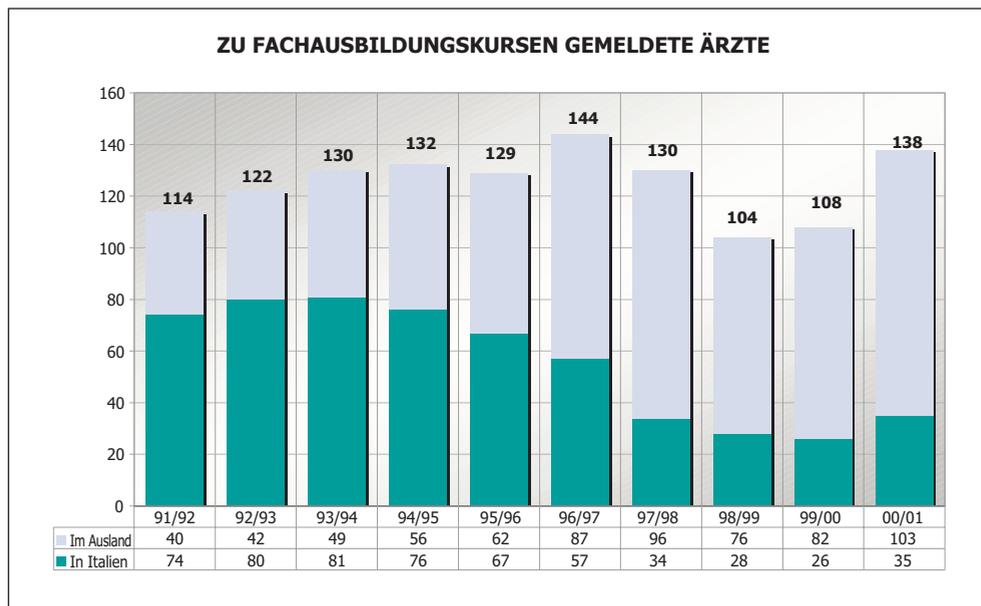
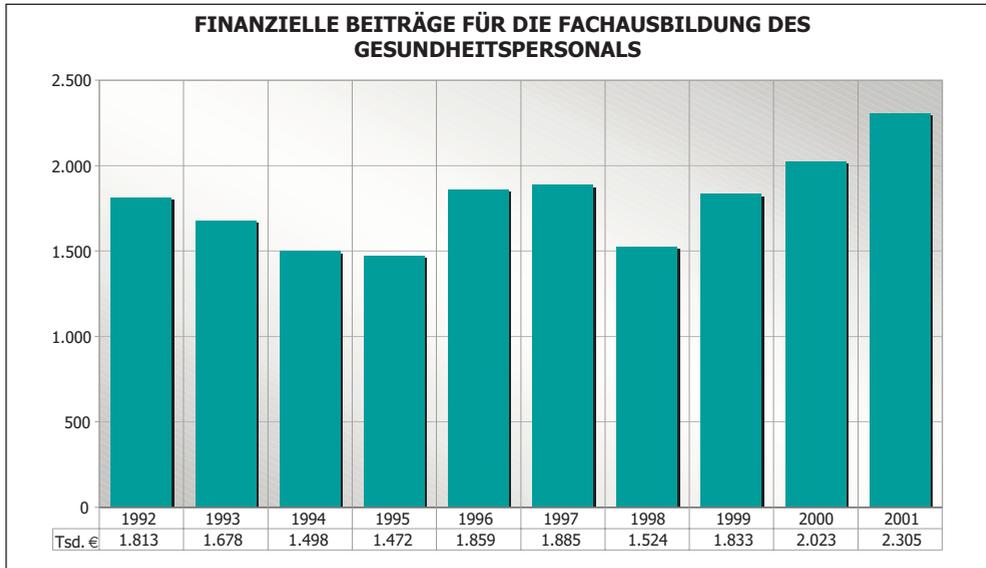


Abbildung 4.6



4.2. Ausgaben für das Gesundheitswesen

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im Sinne der für den Gesundheitsschutz der Bürger aufgewendeten Beträge gliedern sich in die öffentlichen und privaten Gesundheitskosten. Erstere lassen sich unmittelbar anhand der von den Sanitätsbetrieben und der Landesverwaltung erstellten Finanzhaushalte quantifizieren; Letztere sind aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwieriger zu bemessen.

Die nachfolgenden Daten betreffen nur die öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Eine weitere grundsätzliche Unterscheidung innerhalb der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen ist jene nach laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben. Laufende Ausgaben sind die Ausgaben für die Deckung der Verwaltungskosten, wie die Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Verbrauchsgütern und Dienstleistungen; Kosten aus Kapitalbewegungen oder Investitionsausgaben sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern.

Infolge der Einführung des Euro wurden die nachstehend angeführten Daten in die neue, offizielle Währung konvertiert. Um einen zeitgleichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Konversionskoeffizienten von laufender Lira (ausgedrückt in Euro) in konstante Lira (ausgedrückt in Euro) des Jahres 2000 auf die Nennwerte der Aufwendungen der verschiedenen Jahre angewendet, um zwischen der Entwicklung der Inflationsrate (die in den Ausgaben in laufender Lira/Euro enthalten ist) und der Wirkung der realen Variationen der Gesundheitsausgaben (Ausgaben in konstanter Lire/Euro) zu unterscheiden.

4.2.1. Laufende Ausgaben

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen, die von den Sanitätsbetrieben und von der Provinz getragen wurden, beliefen sich im Jahr 2002 auf 888 Millionen Euro, mit einem ansteigenden Trend der Pro-Kopf-Ausgaben.

Abbildung 4.7

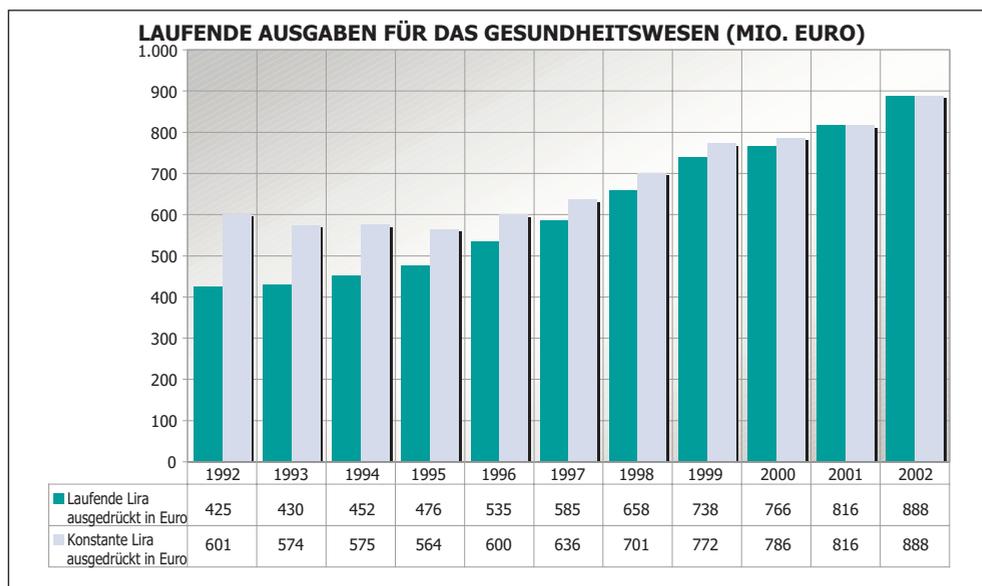
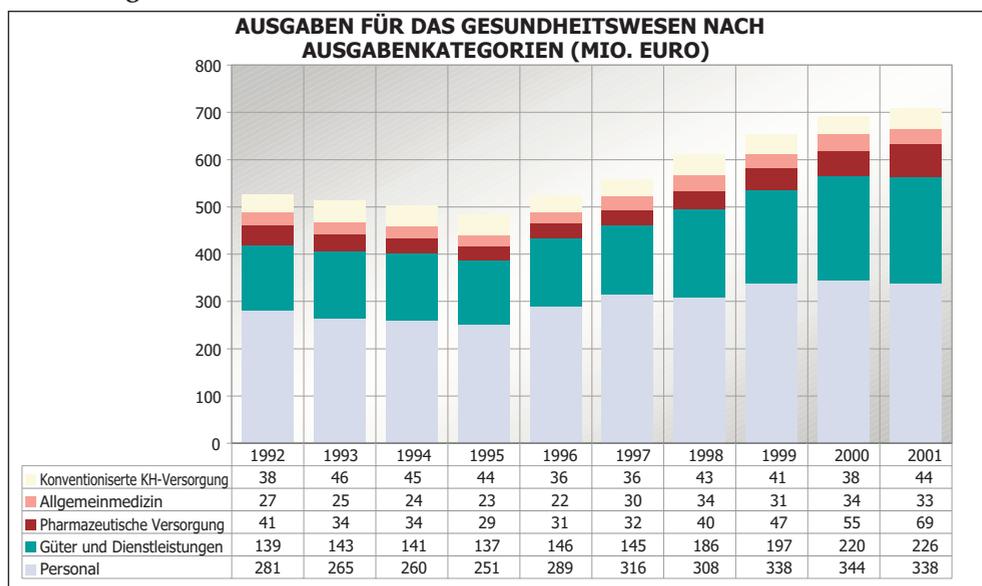
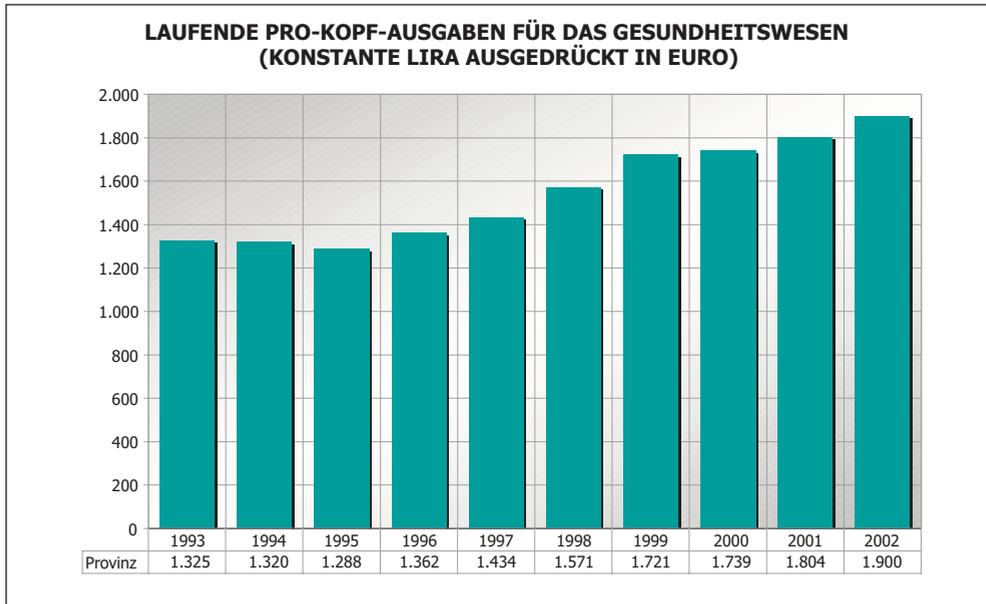


Abbildung 4.8



47,6% der laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2002 flossen in die Personalkosten, während für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen 31,8% der Ausgaben aufgewendet wurden. Die öffentlichen Ausgaben für die pharmazeutische Versorgung stellten einen Anteil von 9,7% an den laufenden Ausgaben, die konventionierte Krankenhausversorgung einen Anteil von 6,2% und die Allgemeinmedizin einen Anteil von 4,6%.

Abbildung 4.9



4.2.2. Investitionsausgaben

Die Gesundheitsausgaben in der Provinz für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2002 auf rund 101,9 Millionen Euro, was 10,3% der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 40,4 Millionen (39,7%) zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und die restlichen 61,5 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts.

Abbildung 4.10

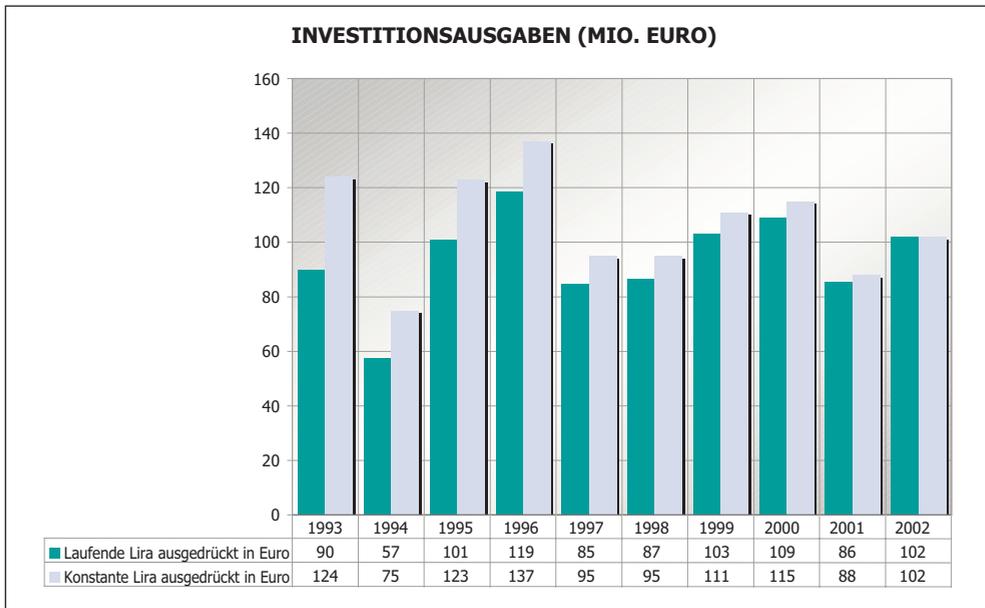
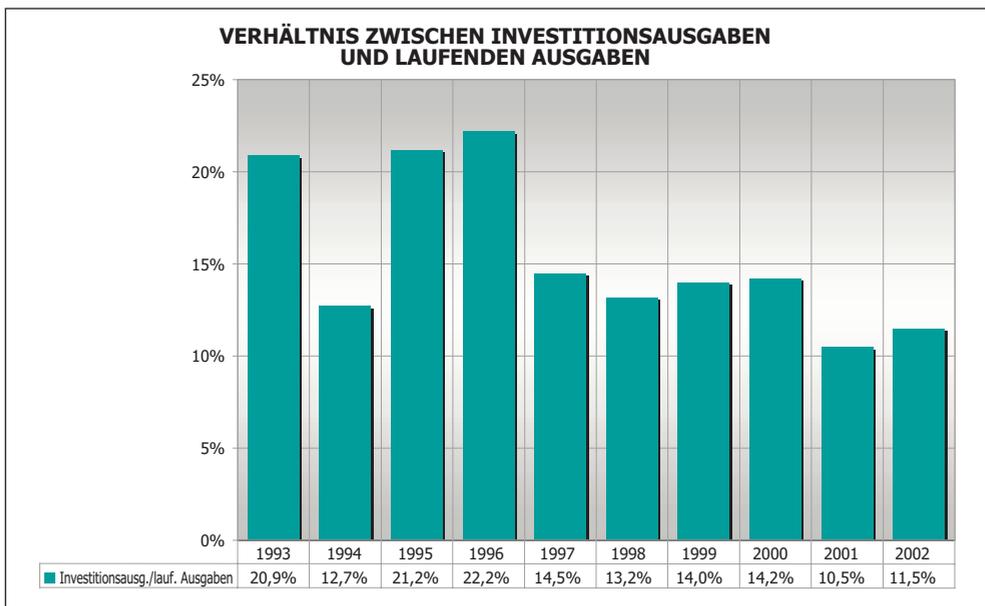


Abbildung 4.11



4.2.3. Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP

Eine weitere Bewertungsform für die Entwicklung der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen ist schließlich das Verhältnis zwischen den laufenden Gesundheitsausgaben und dem BIP (Bruttoinlandsprodukt). Dieses Verhältnis drückt den Anteil der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung aus, der für den Gesundheitsschutz in der Provinz Bozen bestimmt ist.

Abbildung 4.12

