

GESUNDHEITS-BERICHT

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Abteilung 23 - Gesundheitswesen

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Ripartizione 23 - Sanità

GESUNDHEITSBERICHT 2009

VERFASST VON DER EPIDEMIOLOGISCHEN BEOBACHTUNGSSTELLE DES LANDES

Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes – Abteilung Gesundheitswesen
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1 – 39100 Bozen
Tel. 0471 41 80 40
Fax 0471 41 80 48

Abrufbar auf der Internetseite www.provinz.bz.it/eb
Kontakt: ebp@provinz.bz.it

© Autonome Provinz Bozen 2010
Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet

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

Der Teil über die betreuungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

1 BETREUUNGSBERECHTIGTE BEVÖLKERUNG

Der Gesundheitsbericht verwendet verschiedene bereichsabhängige Kriterien für die Berechnung der betreuungsberechtigen Bezugsbevölkerung: Bevölkerung nach durchlebten Jahren, Bevölkerung nach Köpfen oder Bevölkerung zum ASTAT-Stand vom 31. Dezember.

Die Berechnung nach durchlebten Jahren zählt die Tage im Jahr, in denen ein auf dem Landesgebiet ansässiger Bürger effektiv vom Landesgesundheitsdienst (LGD) versorgt wurde.

Die Berechnung nach Köpfen berücksichtigt alle in Südtirol ansässigen Personen, die für mindestens einen Tag zwischen dem 01.01. und dem 31.12. für den Sanitätsbetrieb des Landes betreuungsberechtigt waren. Darin eingeschlossen sind auch alle Einwohner, die im Laufe des Jahres zur Wohnbevölkerung hinzukamen (geboren und übersiedelt) oder davon austraten (verstorben oder weggezogen).

Das Landesamt für Statistik (ASTAT) legt hingegen die offizielle Landesbevölkerung zum 31. Dezember des Bezugsjahres auf der Grundlage der von den Meldeämtern aller Südtiroler Gemeinden gelieferten Daten fest. Unter diese Bevölkerung fallen alle lebenden, auf dem Landesgebiet zum 31. Dezember ansässigen Bürger, ausgeschlossen die Personen, die vor diesem Zeitpunkt (wegen Tod oder Abwanderung) aus der Bevölkerung ausgetreten sind, jedoch für einen Teil des Jahres vom Landesgesundheitsdienst versorgt wurden.

1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung nach durchlebten Jahren: 490.608 Einwohner

Im Jahr 2009 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung nach durchlebten Jahren gemäß Datei der Betreuungsberechtigten des Landes (DBBL) 490.608 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 66,3 Einwohnern pro km². 55,9% des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad auf*, 20,3% einen mittleren Erschließungsgrad und 23,8% einen hohen Erschließungsgrad.

* *Gemäß Eurostat-Definition liegt ein hoher Erschließungsgrad bei einer Bevölkerungsdichte über 500 Einwohner/km² und mindestens 50.000 Einwohnern vor, ein mittlerer Erschließungsgrad bei einer Bevölkerungsdichte über 100 Einwohner/km² bei weniger als 50.000 Einwohnern; in allen anderen Fällen wird der Erschließungsgrad als niedrig eingestuft*

Der durchschnittliche Abstand der Gemeinden vom nächst gelegenen Krankenhaus beträgt 11,2 km. 61,6% der Bevölkerung leben in Gemeinden, die weniger als 10 km von einem Krankenhaus entfernt sind, 20,8% in einem Abstand zwischen 10 und 20 km, 16,0% in einem Abstand zwischen 20 und 40 km und 1,7% in einem Abstand zwischen 40 und 60 km.

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter: 41,0 Jahre
- Altersindex: 114,3%
- Abhängigkeitsindex: 53,1%

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 96,6 Männer.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 41,0 Jahren (39,6 Jahre für die Männer und 42,4 für die Frauen) und verzeichnet im letzten Jahrfünft eine Zunahme von 0,7 Jahren.

Der Altersindex entspricht 114,3 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den letzten fünf Jahren um fast 10 Punkte und ist unter den Frauen höher (135,5%) als unter den Männern (94,4%). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 143,8%.

Der Abhängigkeitsindex liegt bei 53,1% und verläuft seit dem letzten Jahrzehnt konstant ansteigend. Für die Frauen (56,9%) liegt dieser Index höher als für die Männer (49,3%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 52,1%.

1.3. LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

- Lebenserwartung bei der Geburt - Männer: 79,8 Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: 85,5 Jahre

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2007 79,3 Jahre für die Männer und 84,9 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2009 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (79,8 vs. 78,9 für die Männer und 85,5 vs. 84,2 für die Frauen), wobei nur die Region Marken höhere Werte für die Männer aufweist.

Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich im letzten Vierteljahrhundert für die Männer um fast 10 Jahre, für die Frauen um fast 8 Jahre.
Frauen leben in allen Altersklassen länger als die Männer: Im Alter von 18 Jahren ist das männliche Sterblichkeitsrisiko zweimal höher als jenes der Frauen, im Alter von 20 Jahren dreimal höher und im Alter von 22 Jahren viermal höher.
Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafeln 1977-79 auf 5,6 Jahre der neueren Tafeln).

1.4. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: 5.462
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: 5.047
- Durchschnittsalter der Eltern bei der Geburt: 31,4 Jahre für die Mutter und 35,0 Jahre für den Vater
- Prozentsatz der ansässigen Ausländerinnen, die in Südtirol entbunden haben: 18,3%
- Prozentsatz der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren, die eine Amniozentese vornehmen ließen: 9,5%

Die durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Frau im fruchtbaren Alter liegt knapp über 1, was bedeutet, dass viele Frauen nur dieses eine Kind haben werden. Zusammen mit dem ansteigenden Alter der Mütter bei der Entbindung führt dieser Umstand zu einer höheren Fruchtbarkeitsrate im reiferen Alter, was eine verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber allen Aspekten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Entbindung erfordert.
Im Jahr 2009 wurden in Südtirol 5.462 Kinder geboren, 5.047 davon von ansässigen Müttern (92,4%), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden; bezogen auf die vorhergehenden Jahre (von 2005 bis 2008 gab es ca. 5.630 Geburten/Jahr) gab es 2009 eine beachtliche Reduzierung der Geburten von ca. 3 Prozentpunkten (ca. 170 Geburten weniger). Fast alle Geburten fanden an den 8 Geburtsstellen des Landes statt, nur 20 waren Hausgeburten.
Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten.
Bei der Durchführung von invasiven Pränataldiagnostiken verzeichnen sich erhebliche

Unterschiede zwischen den Südtiroler Müttern und jenen auf dem restlichen Staatsgebiet: Nur 9,5% der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren (Risikofaktor, aufgrund dessen der Eingriff angeboten wird) unterziehen sich einer invasiven Pränataldiagnostik, während es auf Staatsebene rund 38,0%* sind.

** Quelle: Gesundheitsministerium Bericht Cedap 2006*

1.4.1. Eigenschaften der Eltern

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: 31,4 Jahre
- Ansässige Mütter, die 2009 entbunden haben: 4.975
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: 29,7%
- Prozentsatz der unverheiratete Frauen bei der Entbindung: 42,5%
- Prozentsatz der Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt Hausfrauen sind: 20,5%
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: 92,8%
- Prozentsatz der Väter mit Mittelschulabschluss: 46,0%

Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung ist in den letzten Jahren konstant ansteigend: Von 31,1 im Jahr 2005 auf 31,4 im Jahr 2009. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2009 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (64,3%), fast 1 von 3 über 35 Jahre (29,7%) und 5,4% (271 Frauen) über 40 Jahre. Auch das Durchschnittsalter des Vaters, das im Jahr 2009 35,0 betrug, ist gegenüber den Vorjahren im Anstieg. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 73 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 1,5% aller Entbindungen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die große Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiven Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben).

Fast jede zweite Südtirolerin (42,5%) ist bei der Entbindung unverheiratet. Dieser Prozentsatz liegt weiterhin deutlich über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt mit nur 17,4%* an außerehelichen Geburten: Ein Umstand, der sich eher dort verbreitet, wo die Frauen wirtschaftlich unabhängiger sind und demnach auch mehr Sicherheiten besitzen.

Hinsichtlich des Studientitels weisen 59,4% der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 47,8% sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 75,0% der Mütter gegenüber 92,8% der Väter).

** Quelle: Gesundheitsministerium - CedAP-Bericht 2006*

2009 betrug der Prozentsatz der ansässigen Ausländerinnen, die in Südtirol entbunden haben, 18,3% (Wert ist bezogen auf das Vorjahr gleich geblieben).

1.4.2. Schwangerschaft und Geburt

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittliche Anzahl der Schwangerschaftsuntersuchungen: 6,7
- Prozentsatz der entbindenden Mütter, die mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen: 6,4%
- Prozentsatz der Neugeborene mit Kaiserschnitte in Südtirol: 23,9%
- Prozentsatz der Neugeborene durch vaginale Entbindung im Krankenhaus Schlanders: 74,4%
- Anzahl der Zwillingsgeburten: 71, entspricht 1,4% aller Geburten
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: 67, entspricht 1,3% aller entbindenden ansässigen Mütter

Die Geburtsbescheinigung lässt Informationen über Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter während der Schwangerschaft erfassen.

Im Jahr 2009 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,7 Kontrollvisiten. Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. 60,6% der schwangeren Mütter haben die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh.

Von den Frauen, die im Jahr 2009 in Südtirol entbunden haben, ließen 320 (6,4%) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8%). 3,0% ließen eine Amniozentese vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom), 2,3% eine Chorionbiopsie.

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung ergibt sich, dass 70,1% der Kinder vaginal und 5,9% operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Hingegen 2008 registrierte man eine Zunahme der Neugeborenen durch chirurgische Geburt (24,5% im Jahr 2007 und 27,4% im Jahr 2008), 2009 fand ein leichter Rückgang statt, nicht nur bezogen auf das Vorjahr, sondern auch gegenüber 2007 (23,9% chirurgische Geburten bei ansässigen Frauen im Jahr 2009). Wird auch der bereinigte Anteil der Neugeborenen durch Kaiserschnitt NTSV berücksichtigt (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit der Art der Entbindung misst und diese von Faktoren bereinigt, welche die Inanspruchnahme des Kaiserschnittes erhöhen können, ergibt sich ein Wert von 19,0%. Die einzelnen Geburtsstellen verzeichnen in Bezug auf die Unterschiede zwischen den unbereinigten und

bereinigten Kaiserschnitten eine starke Variabilität: Bei hohen Unterschieden zwischen unbereinigten und bereinigten Anteilen ist eine höhere Konzentration von komplexen Fällen zu beobachten, die eine stärkere Inanspruchnahme der Kaiserschnitte verlangen. Bereinigte Werte über den unbereinigten Werten weisen hingegen in Richtung einer übermäßigen Inanspruchnahme der chirurgischen Entbindung.

Die Mehrlingsgeburten stellen 1,4% aller Geburten dar (71 Zwillingsgeburten für insgesamt 143 Neugeborene). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 23,9%.

Im Jahr 2009 griffen 67 Frauen (1,3% aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück, während dieser Prozentsatz im Jahr 2006 auf nationaler Ebene 1,0% ausmachte.

Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) ist auf 6,9% zurückgegangen und hat somit den niedrigsten Wert der letzten 5 Jahre.

1.5. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate: 7,6 pro 1.000 Einwohner
- Natürliche Wachstumsrate: 2,7 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate: 4,9 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate: 1.554,0 pro 1.000 Frauen
- Gesamtfruchtbarkeitsrate (2007-2009): 1.580,3 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2009 wuchs die Bevölkerung um 7,6 Personen pro 1.000 Einwohner, womit die Daten über dem gesamtstaatlichen Wert liegen (5,7‰).

Den größten Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 4,9‰; das natürliche Wachstum von 2,7‰ gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen.

Die nächsten beiden Abschnitte behandeln die grundlegenden Risikofaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung und beschreiben die Aspekte der Morbidität und Mortalität der wichtigsten Krankheiten.

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheitsleistungen und sonstigen Diensten ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wie Lebenserwartung bei der Geburt und Kindersterblichkeitsrate wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen: Lebensstile, Inzidenz von Neoplasien, Verbreitung des Diabetes, Verbreitung der Kreislauf-, Atemweg- und Infektionskrankheiten sowie geistige Gesundheit.

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT

2.1. LEBENSSTILE

„Gesund leben“ ist der Fokus des vom Gesundheitsministerium in die Wege geleiteten Programms „Guadagnare salute“. Die Beseitigung der größten Risikofaktoren für chronischdegenerative Krankheiten, nämlich ungesunde Ernährung, mangelhafte körperliche Bewegung, Rauchen und Alkoholmissbrauch wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus und gewährleistet gleichzeitig ein nachhaltiges Gesundheitssystem.

2.1.1. Ernährung

Indikatoren im Überblick

- Übergewichtige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 30,1%
- Fettleibige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 7,7%
- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 48,5%
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 27,0%
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: 5,9%

Eine qualitativ und quantitativ ungesunde Ernährung gehört zu den größten Risikofaktoren für Pathologien wie arterielle Hypertonie, Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Übergewicht und Fettleibigkeit (auch im Zusammenhang mit mangelnder körperlicher Bewegung) und

Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus.

37,8% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (30,1% übergewichtig, 7,7% fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (48,5%) als unter den Frauen (27,0%) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (45,1%) als unter jenen mit höherem Studientitel (27,6%) auf. Nur 5,9% halten sich an die Empfehlung mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen.

2.1.2. Körperliche Bewegung

Indikatoren im Überblick

- Körperlich aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 52,6%
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 12,9%
- Personen ab 3 Jahren, die regelmäßig Sport betreiben: 42,0%

Eine unzureichende körperliche Bewegung macht nicht nur anfälliger für Fettleibigkeit, sondern stellt auch einen Risikofaktor für verbreitete Krankheiten wie koronare Kardiopathie, Diabetes mellitus und einige Tumorarten dar.

52,6% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 12,9% betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. Rauchgewohnheit

Indikatoren im Überblick

- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 26,0%
- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-24 Jahren: 41,8%
- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 32,9%
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 19,6%
- Zigarettenkonsum pro Tag: 11
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2006): 1.239

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 30% der Todesfälle wegen Tumorerkankungen und für 35% aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 75% der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre und 80% der Lungentumoren zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen

Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege.

Die Rauchgewohnheit ist unter 26,0% der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 32,9% der Männern und 19,1% der Frauen). Jugendliche sind stärker davon betroffen: Im Alter zwischen 18 und 34 Jahren rauchen 41,8%.

2.1.4. Alkohol- und Drogenmissbrauch

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgte Patienten: 853
- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 3,2 pro 1.000 Einwohner
- Inzidenz der von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 2,9 pro 10.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen: 162
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 60,5 pro 100.000 Einwohner
- Von den DfA versorgte alkoholabhängige Patienten: 2.128
- Prävalenz der von den DfA versorgten alkoholabhängigen Patienten: 4,3 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 916
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 1,9 pro 1.000 Einwohner
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren (2007-08): 37,8%

Die Drogenabhängigkeit hat nicht nur direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, sondern beeinträchtigt auch das soziale Verhalten des Einzelnen.

Im Jahr 2009 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 853 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 3,2 Patienten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Nach den Schätzungen der WHO sind rund 9% der Gesamtausgaben für die Gesundheit in Europa auf den Missbrauch von alkoholischen Getränken zurückzuführen. Der Alkohol spielt bei der Erhöhung des Risikos für Erkrankungen wie Leberzirrhose, einigen Tumorarten, Hypertonie, Ischämie und angeborenen Missbildungen eine ausschlaggebende Rolle.

Die risikobehafteten Trinker („Binge Drinker“, Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten

konsumieren oder starke Trinker) stellen auf Landessebene 37,8% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren dar; 29,0% davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 17,1% sind „Binge Drinker“ (Konsum von 6 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem einzigen Anlaß im letzten Monat) und 11,6% sind starke Trinker (Konsum von mindestens 3 alkoholischen Getränken am Tag für die Männer und 2 für die Frauen).

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

Dieses Kapitel führt die unter der Bevölkerung am häufigsten verbreiteten Krankheiten an: Allgemeine chronische Krankheiten, Infektionskrankheiten, Tumoren, Diabetes, psychische Störungen, Krankheiten des Herzkreislaufsystems und Atemwegserkrankungen. Für die einzelnen Krankheiten werden die Daten zu Prävalenz, Inzidenz und Mortalität geliefert.

2.2.1. Verbreitung der chronischen Krankheiten

Indikatoren im Überblick

- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: 26,3%
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: 61,9 Jahre
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Senioren: 74,4%
- An Hypertonie leidende Bevölkerung: 14,2%
- Personen in der Stadt Bozen, die an einer Herzkreislauferkrankung leiden: Rund 21.000
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: 6,3%
- Von einer Neoplasie betroffene Bevölkerung: 4,5%
- Von einer chronischen Atemwegserkrankung betroffene Männer: 3,8%

Die chronischen Krankheiten sind die häufigste Todesursache in fast aller Welt. Zu dieser weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen usw.. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt.

Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler Wohnbevölkerung ist mit einem mittleren Alter von 41,0 Jahren und einem Altersindex von 114 Jahren (d. h. auf 100 Jugendliche kommen 114 Senioren) im Jahr 2009 relativ jung. Im Landesvergleich weist der Gesundheitsbezirk Bozen eine eindeutig ältere Bevölkerungsstruktur als die Bezirke Brixen und Bruneck auf.

Im Jahr 2009 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 26,3% (jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten wie die Hashimoto-Thyreoiditis und Hypothyreose verzeichnet. 14 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 4 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 3 pro 100 der Diabetes, 4 pro 100 weisen ein Dyslipämie-Syndrom auf. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden etwa 75 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen ergibt für ländliche Sprengel wie Leifers-Branzoll-Pfatten und das Passeiertal Prävalenzschätzungen der chronischen Kranken, die leicht oberhalb der städtischen Sprengel Bozen und Meran liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran sind Dyslipämiekrankheiten stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Parkinson (Brixen) und Psychosen (Bruneck) vor.

2.2.2. Infektionskrankheiten

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Infektionskrankheiten der Klasse II: 2.695
- Melderaten für Infektionskrankheiten der Klasse II: 549,3 pro 100.000 Einwohner
- Gemeldete Infektionskrankheiten der Klasse III: 41
- Melderaten für Infektionskrankheiten der Klasse III: 8,4 pro 100.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Infektionskrankheiten: 1.937
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von Infektionskrankheiten: 394,8 pro 100.000 Einwohner
- Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten (2006): 41
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Infektionskrankheiten (2006): 8,6 pro 100.000 Einwohner
- Neue AIDS-Fälle: 8
- Prävalenzfälle von AIDS: 123
- Inzidenzrate von AIDS: 1,6 pro 100.000 Einwohner
- Prävalenzrate von AIDS: 25,1 pro 100.000 Einwohner
- Inzidenzrate von Influenza AH1N1: 4,5 pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2009 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 1.720 Fällen bei einer Inzidenz von 350,6 pro 100.000 Einwohner.

Außerdem wurden 2009 41 Tuberkulosefälle gemeldet (darunter 19 ausländische Bürger), was 8,4 pro 100.000 Einwohner entspricht (11,1 im Jahr 2008).

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2009 wurden unter den Südtirolern 274 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der neuen AIDS-Fälle betrug für das Jahr 2009 8 (1,6 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2009 858 neue Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 1,4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Melderate der neuen HIV-Infektionen belief sich auf Landesebene im Jahr 2008 auf 2,4 pro 100.000 Einwohner (8,2 im Jahr 2007).

Im Jahr 2009 wurden in der Provinz Bozen 2.917 Fälle der Influenza AH1N1 registriert (Quelle Influnet), was 4,5 pro 1.000 Einwohner entspricht.

2.2.3. Bösartige Tumoren

Indikatoren im Überblick

- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Männer (2009): 1.765
- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Frauen (2009): 1.312
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2001-2005): 647,9 pro 100.000 Männer
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2001-2005): 485,5 pro 100.000 Frauen
- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2009): 743
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2001-2005): 263,1 pro 100.000 Männer
- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2009): 580
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2001-2005): 208,2 pro 100.000 Frauen

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2001-2005.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.510 neue Fälle unter den Männern (647,9 pro 100.000) und 1.162 unter den Frauen (485,5 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2009 1.765 neue Fälle unter den Männern und 1.312 neue Fälle unter den Frauen zu erwarten. Die unter den Kindern (0-14

Jahre) beobachteten Tumorfälle betrugen im Jahresdurchschnitt 5,0 für die Jungen und 4,8 für die Mädchen.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (24,4% der Fälle), Kolon-Rektum (11,9%), Lunge (9,6%), Blase (9,2%) und Magen (5,2%).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,3% der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (11,8%), Magenkarzinom (5,3%), von dem Lungenkarzinom (5,1%) und vom Melanomen (5,0%).

Im Zeitraum 2001-2005 verstarben pro Jahr durchschnittlich 613 Männer an Tumorerkrankungen (263,1 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 498 Frauen (208,2 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2009 können somit für Südtirol insgesamt 1.323 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 743 unter den Männern und 580 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (20,6% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (11,9%), das Prostatakarzinom (10,5%), das Magenkarzinom (8,4%) und das Leberkarzinom (6,7%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom für die meisten Todesfälle verantwortlich (16,7%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (11,8%), vom Lungenkarzinom (9,1%), vom Magenkarzinom (8,4%) und vom Pankreaskarzinom (8,3%).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen: *http://www.registri-tumori.it/cms/.*

2.2.4. Diabetes

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der diabetischen Patienten an der gesamten Wohnbevölkerung: 3,6%
- Durchschnittsalter: 67,9 Jahre
- Drei Viertel der Diabetiker leiden an einer Herzkreislaufkrankheit, zwei Drittel sind Hypertonie-Patienten
- Über 70% der Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin- und Hämoglobin-Untersuchung durchführen
- Diabetiker, die mindestens ein Medikament für Diabetes eingenommen haben (orales Antidiabetikum, Aggregationshemmer, Lipidsenker oder Insulin): 86,1%
- Hospitalisierungsrate wegen Diabetes: 112,4 Aufenthalte von Ansässigen pro 100.000 Einwohner

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt - auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 4,8% der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2009), wobei jedoch weitere 3% mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

Diabetes Typ I (8% der Fälle) ist eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die mit Insulin behandelt werden muss;

Diabetes Typ 2 (über 90% der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus und kann oft durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2009 wurden in Südtirol 18.221 diabetische Patienten betreut (17.838 durchlebte Jahre), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 3,6%.

Die Prävalenz der Kranken steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 11,5% zwischen 65 und 74 Jahren und 14,3% ab 75 Jahren. Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 67,9 Jahren.

Der Prozentsatz der Männer (52,2%) übersteigt jenen der Frauen leicht, ist aber vor allem in der Altersklasse zwischen 45 und 74 Jahren höher (60,1%).

Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht homogen. Die Städte verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt, was auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitssystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Ahrntal, Salten – Sarntal – Ritten, Gadertal und Gröden.

Drei Viertel der Diabetiker auf Landesebene leiden auch an einer Herzkreislaufkrankheit, mehr als zwei Drittel an Hypertonie und ein Drittel an Dislypämie.

Über 70% der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung (72,4%) und eine Glykohämoglobin-Untersuchung (71,0%) durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84% gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100%).

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2009 66,7% der diabetischen Patienten ein orales Antidiabetikum ein, 38,0% einen Aggregationshemmer, 40,4% einen Lipidsenker und 18,3% führten die Behandlung mit Insulin durch. Die

pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 86,1% der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 112,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (ausgeschlossen die Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes und in österreichischen Einrichtungen). Berücksichtigt man nur die Bevölkerung über 18 Jahren, steigt die Rate auf 109,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 53,1 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahren.

Im Allgemeinen sind alle Werte leicht rückgängig bezogen auf 2008, was vor allem auf eine Reduzierung der Anzahl der Aufenthalte im Krankenhaus Bruneck zurückzuführen ist.

2.2.5. Psychische Störungen

Indikatoren im Überblick

- Von den Zentren für Geistige Gesundheit betreute Patienten: 9.283
- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: 18,9 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von psychischer Krankheit: 3.167
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von psychischer Krankheit: 645,5 pro 100.000 Einwohner
- Von den Psychologischen Diensten betreute Patienten: 7.445
- Vom Dienst für Verkehrspsychologie betreute Patienten: 1.305
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: 15,2 pro 1.000 Einwohner
- Suizidfälle: 50
- Suizidrate: 10,2 pro 100.000 Einwohner

Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Struktur, die durch die technische und verwaltungstechnische Koordinierung der operativen Einrichtungen einen integrierten Betrieb, die therapeutische Kontinuität sowie eine einheitliche Planung und Umsetzung der Therapieund sozialen Wiedereingliederungspläne garantiert. Die gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes sind das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische

Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.

Im Jahr 2009 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 9.283 Personen betreut (18,9 pro 1.000 Einwohner), 3.167 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (645,5 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (25,8% der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2009 7.445 Patienten (15,2 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der Nutzer des Dienstes für Verkehrspsychologie betrug hingegen 1.305.

2009 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2005-2009 von 47,2 Fällen 50 Suizide (10,2 pro 100.000 Einwohner).

2.2.6. Krankheiten des Kreislaufsystems

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Männer: 156,4 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Frauen: 173,9 pro 1.000 Frauen
- Prävalenz der Hypertonie - Männer: 132,9 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der Hypertonie - Frauen: 151,4 pro 1.000 Frauen
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer (2006): 568
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen (2006): 818
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2006): 241,2 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2006): 336,0 pro 100.000 Frauen
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 4.911
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 4.207
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 2.037,4 pro 100.000 Männer
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 1.685,7 pro 100.000 Frauen

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 38,8% der Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die Hypertonie, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit.

Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als für eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über viermal höher, an einer Ischämie zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie.

Für das Jahr 2009 wird in der Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 165,3 Fällen pro 1.000 chronische Herzkreislaufkranke (156,4 pro 1.000 unter den Männern und 173,9 pro 1.000 unter den Frauen) und von 142,2 Fällen pro 1.000 Hypertonie-Patienten geschätzt (132,9 unter den Männern und 151,4 unter den Frauen). Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 9.118 (1.858,5 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.562) gehen 694 auf akuten Myokardinfarkt zurück (442 Männer und 252 Frauen). Im Vorjahresvergleich sind die Entlassungen wegen Infarkt unter den Männern um 53 Fälle gestiegen, während es unter den Frauen 30 Entlassungen mehr gab. Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2006 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 259 Todesfällen unter den Männern (110,0 pro 100.000) und 279 unter den Frauen (114,6 pro 100.000).

2.2.7. Atemwegserkrankungen

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Männer: 38,1 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Frauen: 31,4 pro 1.000 Frauen
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2006): 156
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2006): 110
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2006): 66,2 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2006): 45,2 pro 100.000 Frauen
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 3.497
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen: 2.627
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 1.450,7 pro 100.000 Männer
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen - Frauen: 1.052,6 pro 100.000 Frauen

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache (7,4%).
Die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) ist für über die Hälfte der Todesfälle aufgrund von Lungenkrankheiten verantwortlich und ständig im Anstieg.
Rauchen ist der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20% der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz. Die für das Jahr 2009 geschätzte Prävalenz der chronischen Bronchopathien entspricht in Südtirol 34,7 Fällen pro 1.000 Einwohner (38,1 unter den Männern und 31,4 unter den Frauen).
Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2009 insgesamt auf 6.124, wobei die Hospitalisierungsrate 1.248,2 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.
Die Pneumonie und Grippe stellten im Jahr 2006 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache (27,6 pro 100.000 für die Männer und 20,5 pro 100.000 für die Frauen).

2.2.8. Sterblichkeit nach Ursachen

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2006): 740,9 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2006): 750,4 pro 100.000 Frauen

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2006 fast vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar.
Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2006 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 3.572, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 7,5 pro 1.000 entspricht.
Die Haupttodesursache waren 2006 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 45,4% der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 32,6% in der männlichen Bevölkerung.
Unter der Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 36,9% gegenüber den 28,7% unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (6,4% vs. 2,8%) vor.

Die „Kollektive Gesundheitsversorgung" umfasst die Tätigkeiten und Leistungen zum Schutz und zur Sicherheit der Bevölkerung vor Infektions- und Umweltrisiken im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld und den Lebensstilen.

3. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

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

1. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten
2. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebensumfeld, auch mit Bezug auf die durch die Umweltverschmutzung verursachten Auswirkungen auf die Gesundheit
3. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Unfall- und Gesundheitsrisiken im Arbeitsumfeld
4. Öffentliches Veterinärwesen
5. Hygienisch-sanitärer Lebensmittelschutz
6. Rechtsmedizinische Tätigkeiten.

Ausgeschlossen sind die individuellen Präventionsmaßnahmen, mit Ausnahme der organisierten Impfprogramme, die zum Ziel haben, das Immunsystem der Bevölkerung (wie im Nationalen Impfplan vorgesehen) zu stärken, und die onkologischen Screening, wenn sie als strukturierte Programme für die Bevölkerung organisiert sind.

.

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING

Die onkologischen Screening-Programme verfolgen das Ziel, die Krankheit in vorklinischer Phase oder deren Vorläufer in der allgemeinen Bevölkerung oder in einer Untergruppe zu ermitteln. Sie wenden sich an eine asymptomatische Bevölkerung, die aufgefordert wird, sich einem Test zu unterziehen. Die Tumoren, für welche die Wirksamkeit des Screening-Programms zur Verminderung der Inzidenz und Sterblichkeit erwiesen ist, sind das Mammakarzinom und Zervixkarzinom für die Frauen und das Kolon-Rektum-Karzinom für die Gesamtbevölkerung.

In Südtirol läuft das Screening-Programm für das Mammakarzinom.

3.1.1. Zervixkarzinom

Indikatoren im Überblick

- Frauen im Alter von 23-65 Jahren, die in den letzten drei Jahren mindestens einen Paptest vornehmen ließen (2007-2009): 102.801 (73,2%)
- Karzinom-Diagnosen unter den Frauen, die in den letzten drei Jahren einen Paptest vornehmen ließen (2007-2009): 9 (0,01%)
- Schwere Dysplasien unter den Frauen, die in den letzten drei Jahren einen Paptest vornehmen ließen (2007-2009): 61 (0,06%)

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Paptest, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle drei Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen.

73,2% der ansässigen Frauen ließen in den letzten drei Jahren mindestens einen Paptest vornehmen (2007-2009). In 9 Fällen wurde ein Karzinom diagnostiziert (0,01%), in 61 Fällen (0,06%) eine schwere Dysplasie und in 257 Fällen eine leichte oder mittelschwere Dysplasie (0,25%).

3.1.2. Mammakarzinom

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am dritten Mammakarzinom-Screening-Zyklus (2007-09): 59,8%
- Positive Fälle beim dritten Mammakarzinom-Screening-Zyklus (2007-09): 67
- Identifikationsrate beim dritten Mammakarzinom-Screening-Zyklus (2007-09): 0,12%

Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35%.

In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003; der dritte Zyklus wurde im 2009 beendet.

Von den zur Teilnahme am dritten Zyklus aufgeforderten Frauen nahmen 59,8% die Einladung am Screening-Programm wahr; in 67 Fällen fiel das Ergebnis positiv aus (0,12%).

3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITENERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Der Bevölkerung unter 18 Jahren verabreichte Impfdosen: 165.311
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für gesetzlich vorgesehene Pflichtimpfungen: 47,7%
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für empfohlene Impfungen: 52,3%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: 88,9%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Diphtherie-Tetanus: 88,8%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Hepatitis B: 88,3%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: 70,4%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Krankheiten durch Haemophilus Influenzae Typ B: 88,8%
- Von der Landeskommision untersuchte Anträge um Pflichtimpfungbefreiung: 0
- Genehmigte vorläufige Pflichtimpfungbefreiungen: 0
- Genehmigte permanente Pflichtimpfungbefreiungen: 0
- In epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische meldepflichtige Infektionskrankheiten miteinbezogene Personen: 4.993
- Durchgeführte TBC-Impfungen: 46
- Durchgeführte Tuberkulin-Hautreaktionstests: 2.797
- Sanitäre Beratung und Informationstätigkeit für Reisende ins Ausland: 2.033
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungseinsätze in öffentl. Einrichtungen: 227
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsgseinsätze in privaten Einrichtungen: 157

In Tabelle 3.2.1 ist der mit Beschluss Nr. 4699 vom 28.12.2007 genehmigte Landesimpfkalender angeführt. Er sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2005-2007 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib), Pneumokokken, Meningokokken C und gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.

2009 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 165.311 Impfungen verabreicht; 47,7% (78.905) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen; die restlichen

52,3% (86.406 Impfungen) waren empfohlene Impfungen (Tabelle 3.2.2). Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2007 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95%; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern (Tabelle 3.2.3) . Im Laufe des Jahres wurde von Seiten der Landeskommission für Impfungen kein Antrag um zeitbegrenzte oder fortdauernde Befreiung von der Pflichtimpfung behandelt. Im letzten Jahrzehnt wurde eine starke Reduzierung der Anzahl dieser Befreiungsanträge beobachtet (1998 wurden 56 Anträge untersucht, 2009 keine) (Tabelle 3.2.4).

Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SIMI) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der Krankheit ergreifen die Bediensteten die angemessensten Prophylaxemaßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxetätigkeit wurde im Jahr 2009 bei insgesamt 4.993 Personen durchgeführt (Tabelle 3.2.5). Die Prophylaxe gegen Tuberkulose wird auf Landesebene vom Dienst für Pneumologie vorgenommen (Tabelle 3.2.6). Die Zahl der im Jahr 2009 verabreichten Tuberkuloseimpfungen liegt deutlich unter jener des Vorjahres (46 gegenüber den 117 des Jahres 2008, -60,7%); im Laufe des Jahres wurden rund 2.800 Tuberkulin-Hautreaktionstests durchgeführt, was einem Rückgang von 60,6% gegenüber dem Jahr 2000 entspricht (Tabelle 3.2.7). Der Rückgang der Impfungen sowie der Tuberkulin-Hautreaktionstests hängt im Wesentlichen mit der Änderung der nationalen Gesetzgebung (Gesetz 388/2000) und mit den Angaben in den kürzlich abgefassten Leitlinien einiger wissenschaftlicher Verbände zusammen, welche die Tuberkulose-Prophylaxe zusätzlich vermindern und sich nur auf einige Risikogruppen konzentrieren (Neugeborene oder stark infektionsrisikobehaftete Kinder sowie Bedienstete, die in Umgebungen mit hohem Expositionsrisiko arbeiten).

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die

Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor (Tabelle 3.2.8). Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2009 wurden im Landesgebiet 384 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 59,1 % davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 40,9 % öffentliche Plätze und Privatgebäude (Tabelle 3.2.9).

3.3. SCHUTZ VOR GESUNDHEITLICHEN RISIKEN IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

Dieser Unterbereich umfasst alle Tätigkeiten und Leistungen zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung mit besonderem Augenmerk auf die Risiken im Lebensumfeld (öffentliche Einrichtungen, Gebäude für unterschiedliche Zwecke, öffentliche Schwimmbäder oder der Öffentlichkeit zugängliche Privatschwimmbäder, Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, Schönheitssalons/Beautyfarmen) und im Arbeitsumfeld.

3.3.1. Lebensumfeld

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte öffentliche Landeseinrichtungen auf hygienisch-sanitären Bedingungen: 285
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen und privaten schulischen und vorschulischen Einrichtungen: 12,5%
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen: 13,3%
- Prozentsatz der kontrollierten privaten Gesundheitseinrichtungen: 6,8%
- Prozentsatz der kontrollierten sozialen Einrichtungen: 49,4%
- Inspektionen bei Wohnungen zwecks Ausstellung der Wohnbarkeitserklärung: 503
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen: 331
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der chemisch-physischen Analysen: 11,8%
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks mikrobiologischer Analysen: 776
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der mikrobiologischen Analysen: 6,2%
- Prozentsatz der kontrollierten Produktionsstätten von Kosmetika: 18,2%
- Prozentsatz der kontrollierten Schönheitssalons/Beautyfarmen: 12,8%
- Prozentsatz der kontrollierten Tätowier-/Piercing-Geschäfte: 45,7%
- Durchgeführte Autopsien: 663

Die Aufgaben der Kontrolle, Überwachung und Überprüfung der hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen werden hauptsächlich von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen (Tabellen 3.3.1 und 3.3.2). Die Dienste nehmen analytische Kontrollen zur Feststellung der Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen der Gebäude mit Augenmerk sowohl auf die Nutzer als auch Arbeitnehmer vor. Außerdem leisten sie den zuständigen Körperschaften und Betreibern der Einrichtungen bei der Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen der hygienischen und sicherheitstechnischen Bedingungen der Gebäude Beistand.

2009 wurden insgesamt 285 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (24,6%), öffentlichen und privaten schulischen und vorschulischen Einrichtungen (32,6%), in Verkaufs- und oder Konfektionsstellen von Pflanzenschutzmitteln (19,6%) und sozialen Einrichtungen (13,7%) vorgenommen (Tabelle 3.3.3).

Außerdem führen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Kontrollen an öffentlichen Schwimmbädern oder der Öffentlichkeit zugänglichen Privatschwimmbädern durch. In diesem Rahmen wurden analytische Wasserkontrollen an allen Freizeit- oder Rehabilitations-Badeanlagen vorgenommen.

2009 wurden 331 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 11,8% davon waren nicht regulär. Bei der Auslegung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komplexe Anlagen sind, deren chemisch-physische Bedingungen ständigen Variationen unterliegen, die mit dem Anlagentyp, den Wassertemperatur- und Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Interferenz-Faktoren zusammenhängen. Mikrobiologische Analysen wurden an 776 Wasserproben durchgeführt, 6,2% davon erwiesen sich als nicht regulär (Tabelle 3.3.5).

Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986 in geltender Fassung beinhaltet die Vorschriften über die Umsetzung der Richtlinien der Europäischen Union für die Produktion und den Vertrieb von Kosmetika.

Das Gesundheitsministerium hat die Aufgabe, die Sicherheit der am Markt angebotenen Kosmetikartikel zu gewährleisten. Hierzu arbeitet es an zwei Fronten:

- es sammelt und überprüft eventuelle Meldungen von Unverträglichkeitsreaktionen infolge der Verwendung von regulären Kosmetika (konform mit Gesetz 713/86);
- es führt territoriale Überwachungen zur Überprüfung und Bekämpfung der irregulären Vertriebs- und Verteilungstätigkeiten durch (nicht konform mit Gesetz 713/86).

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sind hingegen für die Kontrolle der Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, der Schönheitssalons und Beautyfarmen in Südtirol sowie der Tätowier- und/oder Piercing-Geschäfte zuständig (Tabelle 3.3.6).

Die Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschauung, welche von den Bediensteten der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen wird, sieht die Durchführung von Inspektionen auf Friedhöfen, den Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen, Autopsien und den Erlaß von Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport vor. (Tabelle 3.3.7)

3.3.2. Arbeitsumfeld

Indikatoren im Überblick

- Maßnahmen der Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zwecks Risikobeurteilung: 1.869
- Durchgeführte ärztliche Untersuchungen der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit: 10.353
- Beim Arbeitsinspektorat gemeldete Berufskrankheiten: 140 (-9,1% gegenüber 2008)

Der Dienst für Arbeitsmedizin befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt zugunsten dieser Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen durch.

Der Dienst ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.

Das Arbeitsinspektorat führt Ermittlungen zu beruflichen Risiken, Maßnahmen zur Aufklärung und Gesundheitserziehung für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch und überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zugunsten der Gesundheit der Arbeitnehmer (Tabelle 3.3.8).

Die Anzahl der beim Arbeitsinspektorat im Jahr 2009 eingegangenen Meldungen nahm gegenüber dem Vorjahr von den 154 im Jahr 2008 gemeldeten Berufskrankheiten auf 140 im Jahr 2009 ab (-9,1%). Fast 39,3% der im Jahr 2009 eingegangenen Meldungen beziehen sich auf Probleme oder Beschwerden aufgrund von Hyperakusis durch Lärm (Tabelle 3.3.9).

Der klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß Art. 25 des Legislativdekrets 81/2008 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch.

Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen.

Den organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durchführung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden (Tabelle 3.3.10).

3.4. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Indikatoren im Überblick

- Gemäß Pflicht- und freiwilligen Sanierungsplänen kontrolliertes Stück Vieh: 235.897
- An Milchtank-Stichproben in Bezug auf Rinderkrankheiten durchgeführte Untersuchungen: Über 5.000 Analysen
- Impfungen gemäß Pflicht- und freiwilligen Sanierungsplänen kontrolliertes Stück Vieh: 7.586

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens seitens der anerkannten Tierärzte, der Hygieneinspektoren und der anderen Kontrollorgane. Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Gesundheit der Tiere und Hygiene der Produktion, Konservierung und Vermarktung der Lebensmittel tierischen Ursprungs.

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

Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger. Zur Gewährleistung der landesweiten tierärztlichen Versorgung bedient sich der betriebliche Tierärztliche Dienst, dessen Sitz in Bozen liegt, operativer Dienststellen in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck. 2009 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes auf die Rinder-TBC, Bruzellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Virus, Blue Tongue, CAE bei Ziegen (Caprine-Arthritis-Enzephalitis), Maedi-Visna, Paratuberkulose, IHN (Infektiöse hämatopoetische Nekrose) und VHS (Virale

hämorrhagische Septikämie) der Fische. In Übereinstimmung mit den Pflicht- und freiwilligen Sanierungskampagnien des Jahres 2009 wurden insgesamt 235.897 Tiere kontrolliert. (170.480 im Jahr 2008, + 38,4 %).

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Hierzu wurden über 5.000 Analysen in Bezug auf Bruzellose bei Rindern, IBR und Rinderleukose durchgeführt.

2009 wurden das Pflichtprophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) und das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen Pseudotuberkulose fortgesetzt. Südtirol beteiligt sich außerdem an einem nationalen Blue-Tongue-Überwachungsprogramm, in dessen Rahmen 4.434 Rinder-, Schafs- und Ziegenblutproben entnommen wurden (Tabelle 3.4.1). Auch 2009 wurden, wie nunmehr seit verschiedenen Jahren, keine Fälle von Rinder-TBC verzeichnet.

Es wurden auch keine Fälle von Rinderbruzellose oder Bruzellose der Schafen/Ziegen festgestellt. Im Laufe des Jahres wurden in den Viehzuchtbetrieben des Landes 98 neue Fälle von BVD/MD-Virus Positivitäten vorgefunden. Außerdem wurde bei 23 Rindern eine Botulinum Toxin-Vergiftung festgestellt und 4 neue Fälle an Brucella ovis ausfindig gemacht (Tabelle 3.4.2).

3.5. HYGIENISCH-SANITÄRER SCHUTZ VON LEBENSMITTELN UND GETRÄNKEN

Die EU Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Bediensteten des Lebensmittelsektors (OSA) die Verantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel bereits ab der primären Erzeugung bis zu deren Verarbeitung und Verkauf an den Endverbraucher.

Die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit der Lebensmittel und Getränke werden von den zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe und lokale Sanitätseinheiten) auf der Grundlage der Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 882/2004 vorgenommen. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der primären Erzeugung und können jede Phase der Verarbeitung, Lagerung, des Transportes, des Verkaufs und der Abgabe einschließlich Niederlassungen, Räumlichkeiten und zugehörige Ausrüstungen betreffen. Die italienische Verordnung sieht Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs durch die Tierärztlichen Dienste vor, während die Kontrolltätigkeit an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs: 780
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel tierischen Ursprungs mit Verstößen: 4,9%
- Geschlachtete und einem BSE-Test unterzogene Rinder von über 48 Monaten: 5.663 (alle mit negativem Ergebnis)
- Geschlachtete und auf Skrapies untersuchte Schafe und Ziegen von über 18 Monaten: 2.013 (alle mit negativem Ergebnis)
- Geschlachtete und einer Trichinoskopie unterzogene Schweine: 8.205 (alle mit negativem Ergebnis)
- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs: 2.226
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs mit Verstößen: 20,7%
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Trinkwasserleitungen: 100%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen: 1.937
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen mit nicht regulären Werten: 3,0%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen: 2.989
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen mit nicht regulären Werten: 8,0%
- Mykologische Beratungen an private Sammler durchgeführt von den mykologischen Inspektoraten: 225

Der betriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2009 insgesamt 780 Betriebe, bei 38 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,8 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch.

Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 4,9% und entspricht somit in etwa dem Vorjahreswert (4,5% im Jahr 2008) (Tabelle 3.5.1).

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

Risikomaterial, für die Hausschlachtungen und für die Privatschlachtungen in Schlachthöfen.
Alle Schlachttiere werden vor und nach der Schlachtung auf eventuelle, auf Menschen oder Tiere übertragbare Krankheiten untersucht. Bei besonderen Notschlachtungen werden regelmäßig bakteriologische Untersuchungen am Fleisch und an den Tierorganen sowie Analysen für die Erforschung von Hemmstoffen angeordnet.
Alle geschlachteten, getöteten oder verstorbenen Rinder von über 48 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2009 wurden 5.663 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 2.013 Schafe und Ziegen, die bei der Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den über 8.200 geschlachteten Schweinen wurden Trichinoskopien vorgenommen, alle mit negativem Ausgang (Tabelle 3.5.2).
Der betriebliche Tierärztliche Dienst beteiligt sich außerdem an dem vom Gesundheitsministerium geförderten und koordinierten Tätigkeitsprogramm „Nationaler Rückständeplan". Dabei handelt es sich um ein Jahresüberwachungsprogramm der Lebensmittel und Produkte tierischen Ursprungs zur Erfassung von Rückständen von für die menschliche Gesundheit schädlichen Substanzen. Alle im Jahr 2009 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich als regulär.
Im Jahr 2009 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 2.226 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: Die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (34,6% aller kontrollierten Betriebe).
Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 20,7 % (Tabellen 3.5.3 - 3.5.7).
Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.
Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 3,0% für die chemisch-physischen Analysen und 8,0% für die mikrobiologischen Analysen, was gegenüber dem Vorjahr einem leichten Rückgang sei es für die chemisch-physischen Analysen als auch für die mikrobiologischen Analysen entspricht (2008 betrugen die entsprechenden Anteile 4,8% bzw. 8,2%) (Tabelle 3.5.8). Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen das Eisen (größtenteils aufgrund der geringen Mineralisierung unserer Bergwässer, was zur einer Korrosion der Leitungen führt, und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und

manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).

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

Die mykologischen Inspektorate der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Geniesbarkeitsbescheinigungen fur Pilze aus und leisten mykologische Beratungstätigkeit für private Pilzsammler. Außerdem stellen sie Bescheinigungen für den Verkauf von Frischpilzen aus. (Tabelle 3.5.11).

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

In diesem Unterbereich sind alle Tätigkeiten und Leistungen enthalten, die zur Erstellung von Stellungnahmen und technischen Gutachten bezogen auf die verschiedenen und oft komplexen Problematiken der Rechtsmedizin im Gesundheitswesen dienen. Besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Bescheinigungen im Bereich der Behinderung, auf die von der öffentlichen Verwaltung angeforderten Gutachten in Anwendung der Gesetze und Bestimmungen, auf die Kontrollvisiten der Arbeiter , die aus Gesundheitsgründen vom Dienst abwesend sind (fiskalische Visiten), gelegt. Außerdem werden in diesem Teil des Berichtes Tätigkeiten und Leistungen beschrieben, die zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport dienen.

3.6.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Dienste für Rechtsmedizin (Ambulatoriums- und Hausvisiten; Gesundheitszeugnisse und Verwaltungsverfahren): 40.982
- Gesundheitszeugnisse zwecks Ausstellung, Revision oder Erneuerung des Führerscheines für Personen mit psychophysischen Problemen: 5.366
- Ärztliche Kontrollvisite, Hauskontrollvisite zur Feststellung der Arbeitsuntauglichkeit und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit aus Krankheits- oder Unfallgründen der abhängigen Arbeiter (öffentlicher und privater Bereich): 8.027

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

1. Bereich Hygiene und öffentliche Gesundheit;

2. Bereich Rechtsmedizin.

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

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

Im Jahr 2009 erbrachten die Dienste fur Rechtsmedizin zirka 35.600 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen stellte der Dienst fur Rechtsmedizin Bozen 5.366 Gesundheitszeugnisse für den Erwerb, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen aus (Ärztekommission für Führerscheine) (Tabelle 3.6.1 – 3.6.4).

Einige rechtsmedizinische Leistungen wurden auch vom Personal der Dienste fur Hygiene und öffentliche Gesundheit und von den Sprengelhygienikern des Landes erbracht. Dazu zählen Gesundheitszeugnisse für die Ausstellung von Waffenscheinen und Visiten zur ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen (Tabelle 3.6.5 – 3.6.6). Bei den Ämtern der Landesabteilung Gesundheitswesen haben die Bürger Südtirols die Möglichkeit Rekurse gegen Entscheidungen der Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebes einzureichen. Bei folgenden

Leistungen sind Rekurse möglich: Verweigerung der Rückerstattung von Spesen für Krankenhausaufenthalt oder indirekten fachärztlichen Leistungen; Verweigerung der Gewährung einer Prothese; Ablehnung des Ansuchens um Zivilinvalidität; Feststellung des Schweregrades einer behinderten Person und Gewährung der diesbezüglichen Begünstigungen lt. Gesetz 104/92; Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden; Rehabilitationsbehandlungen; Befreiung von der Pflicht des Tragens von Sicherheitsgurten; psychophysische Arbeitseignung; Berufsführerschein (Tabelle 3.6.7).

3.6.2. Tätigkeiten der Dienste für Sportmedizin

Indikatoren im Überblick

- Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport: 24.281
- Nicht geeignete Athleten zum Leistungssport: 20

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

Die Dienste fur Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet, während im Gesundheitsbezirk Meran die sportmedizinischen Leistungen von einem Ambulatorium der Sportmedizin (eingerichtet im Krankenhaus Meran im Jahr 2009) und von konventionierten Fachärzten erbracht werden.

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

Die Dienste fur Sportmedizin nehmen zusätzlich zu den ihnen vom Landesgesetz 1/92 zugewiesenen Leistungen auch fachärztliche Aufgaben wie Gesundheitserziehung in den Schulen, Trainingsbewertung und -planung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen und periodische Bewertungen der Behindertensportler wahr. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 24.281 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 20 Leistungssportlern (14 im Gesundheitsbezirk Bozen, 2 in Brixen und 4 in Bruneck) (Tabelle 3.6.8).

Die territoriale Versorgung umfasst alle auf dem Landesgebiet engmaschig verbreiteten gesundheitlichen und soziosanitären Tätigkeiten und Dienste, von der Basismedizin zur pharmazeutischen Versorgung, von der ambulanten fachärztlichen Versorgung zur Prothesenversorgung, von den Hauspflegediensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen.

4. TERRITORIALE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Sprengelversorgung“ vor. Das Ziel dieser Versorgungstufe besteht in der Gewährleistung der folgenden Leistungen:

1. Medizinische Grundversorgung
2. Territorialer Rettungsdienst
3. Pharmazeutische Versorgung über die Apotheken
4. Zusatzversorgung
5. Ambulante fachärztliche Versorgung
6. Ambulante territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege
7. Territoriale halbstationäre und stationäre Versorgung
8. Thermalversorgung.

Dem Dienst für Basismedizin obliegen die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung und Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Eingriffe der ersten Stufe und Ersten Hilfe in der Ambulanz, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Außerdem beschäftigt sich der Dienst für Basismedizin mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen. In der territorialen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine technisch-funktionale Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein. Die Aufwertung und Förderung des Gesundheitssprengels gehören nunmehr zu den gefestigten und bewährten Grundsätzen und Kriterien der Südtiroler Gesundheitspolitik.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1993 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: Rund 120 Millionen Euro

Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1993 (1. Finanzierungsjahr) bis heute ungefähr 120 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 145 Millionen Euro aus. 2009 wurden die Arbeiten für den Sprengelsitz Gries-Quirein in Bozen und den Stützpunktsitz Völs fertiggestellt und die Dienste in Betrieb genommen; auch die Ausbauarbeiten der Sprengelsitze Überetsch und Unterland wurden fortgesetzt. Die Arbeiten für den neuen Sprengelsitz Lana-Umgebung und für den neuen Stützpunktsitz Kastelruth wurden aufgenommen. Außerdem wurden Planungen für verschiedene neue Sitze und der Ausbau bestehender Sitze in die Wege geleitet bzw. fortgesetzt (Brixen, Wipptal, Salten-Sarntal-Ritten usw.).
Die Arten der in den Sprengeln erbrachten Leistungen sind auf den Karten dargestellt (durch Anklicken des entsprechenden Items). Die Tabellen 4.1.3, 4.1.4, 4.1.5 und 4.1.6 zeigen die in den Sprengeln angebotenen Leistungen nach Gesundheitsbezirk auf.

4.1.1. Medizinische Grundversorgung

Indikatoren im Überblick

- Betreuungsberechtigte Patienten der Allgemeinmediziner (Stand zum 31. Dezember 2009): 429.119
- Betreuungsberechtigte Patienten der Kinderärzte freier Wahl (Stand zum 31. Dezember 2009): 58.924
- Allgemeinmediziner: 273 (Stand zum 31. Dezember 2009)
- Kinderärzte freier Wahl: 58 (Stand zum 31. Dezember 2009)
- Geschätzter Bedarf an Allgemeinmedizinern: 0,7 (1,3 im Wipptal und im Hochpustertal)

Zum 31.12.2009 hatten 488.043 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; 429.119 davon wurden von den Allgemeinmedizinern betreut, 58.924 von den Kinderärzten freier Wahl. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 75.247, 74.7% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl

betreut.

Zum 31.12.09 waren insgesamt 331 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 273 Allgemeinmediziner und 58 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigen pro Allgemeinmediziner 1.572 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.016. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten des Statistischen Jahrbuchs des Nationalen Gesundheitsdienstes - Gesundheitsministerium 2007) überschreiten diese Indikatoren den gesamtstaatlichen Durchschnitt. Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.

Nur in 16 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig.

In Südtirol schätzt man einen zusätzlichen Bedarf an Allgemeinmedizinern von 0.7 (1,3 in den Sprengeln Wipptal und Hochpustertal und 1,0 in den Sprengeln Taufers-Ahrntal und Mittlerer Vinschgau). Die Zahl der Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohner über 14 Jahren liegt für Südtirol bei 66,5, die Zahl der Kinderärzte pro 100.000 Einwohner unter 14 Jahren bei 73,2 (Tabelle 4.1.11). Damit liegen diese Indikatoren unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (Statistisches Jahrbuch 2009 - ISTAT).

Zum 31. Dezember 2009 überschritten 30% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberchtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberchtigten wurde von 25,9% der Kinderärzte überschritten (Tabelle 4.1.12 und 4.1.13).

4.1.2. Haus- und Krankenpflege

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): 1.859
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): 574
- Krankenpflegeleistungen: 1.007.344

Im Jahr 2009 wurden in der PHP von den Südtiroler Diensten für Basismedizin 1.859 Patienten versorgt, also mehr als in den Vorjahren (1.712 im Jahr 2007, 1.774 im Jahr 2008). Jeder beteiligte Arzt (58,6% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 11,6 Patienten (Tabellen 4.1.14 und 4.1.15).

82,2% der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 4.1.15).

Die programmierte Hauspflege wurde vor allem bei Krankheiten des Kreislaufsystems (periphere Arterienerkrankung: 31,5%), bei degenerativen Knochen- und Gelenkserkrankungen (11%), bei neurologischen Krankheiten (Multiple Sklerose, senile Demenz, Alzheimer, Parkinson, Schlaganfall: 10,2%) und bei Tumoren (9,5%) angewandt (Tabelle 4.1.17).

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege (HP) versorgten Patienten nahmen in den Jahren

zu. Von den 441 Patienten des Jahres 2008 stieg die Zahl im Jahr 2009 auf 574. Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 117 pro 100.000 Einwohner (Tabelle 4.1.18). Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (ISTAT-Daten 2007 - HFA Datenbank Juni 2010) liegt dieser Indikator jedoch weit unter dem nationalen Durchschnitt. 42,9% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2009 in Programme der Integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 4,7 Einsätze im Monat geleistet (Tabelle 4.1.18). 70,7% der Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 4.1.19).
Die im Rahmen der integrierten Hauspflege versorgten Patienten im Jahr 2009, litten in 45,3% der Fälle an Tumore, in 9,2% der Fälle an einer neurologischen Krankheit (Multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson) und in 9,1% der Fälle an Krankheiten des Kreislaufsystems (schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4).
Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage http://www.istat.it/sanita/Health/ verwiesen.
Im Jahr 2009 wurden auf Landesebene 1.007.344 Krankenpflegleistungen erbracht (Tabelle 4.1.26)
Die häufigste Tätigkeit besteht in der Messung der Funktions- und/oder Beurteilungsparameter eines oder mehrerer Organe/Systeme mit 150.552 erbrachten Leistungen; an erster Stelle steht die Blutabnahme mit 147.916 erbrachten Leistungen im Jahr 2009. Auch in der Gesundheitserziehung und Beratung für die Patienten und/oder Familienangehörigen zwecks Prävention und korrekter Umsetzung der von den Caregivern garantierten Versorgung spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (123.736 Maßnahmen) (Tabelle 4.1.27).

4.1.3. Die Versorgung von Mutter und Kind

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: 225.286
- Leistungen der Hebamme: 24.961

Die kinderärztlichen Beratungsstellen erbrachten auf Landesebene im Jahr 2009 insgesamt 225.286 Leistungen (Tabelle 4.1.28), Messen von Vitalzeichen Leistungen (21,5%), Beratung an Mutter und Kind (18,0%), Erziehung und pflegerische Beratung (15,5%) und Läusekontrollen/Kontrollen von Parasiten (7,2%) .
Im Laufe des Jahres 2009 wurden in den Grund- und Mittelschulen einiger Sprengel Karies- und Pedikulose-Prophylaxekurse, Kurse über Körperhygiene, gesunde Ernährung, gesunde Lebensstile sowie über Beziehungs- und Sexualitäterziehung organisiert.

Die Leistungen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie beliefen sich im Jahr 2009 auf Landesebene insgesamt auf 31.335 (Tabelle 4.1.29). Die von den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie geleisteten Tätigkeiten bestehen vorwiegend in gesundheitlichen Beratungen (23,2%), in Visiten der Hebamme (15,0%) und in Messen von Vitalzeichen Leistungen (11,3%).

Im Jahr 2009 wurden in einigen Sprengeln Geburtsvorbereitungskurse, Beckenbodentrainings, Eltern-Kinder-Treffen und Post-Partum-Kurse organisiert.

Die „Kollektive Gesundheitsversorgung" umfasst die Tätigkeiten und Leistungen zum Schutz und zur Sicherheit der Bevölkerung vor Infektions- und Umweltrisiken im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld und den Lebensstilen.

4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen pro Kopf: 14,7 Leistungen pro Einwohner

Der Landesgesundheitsdienst garantiert die ambulante fachärztliche Versorgung in Form von Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

Die vorgestellten Daten beziehen sich auf die ambulanten fachärztlichen Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens der Fachambulanzen (SPA) erhoben werden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Leistungen der Erste-Hilfe und der Kurz - Intensivbeobachtungsstation, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen; ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, für die keine Informationsflusserhebung zur Verfügung steht.

Außerdem werden auch die im Rahmen der überregionalen ambulanten fachärztlichen Mobilität und die in Österreich zugunsten der Südtiroler Bürger erbrachten Leistungen behandelt.

Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den zugunsten der Ansässigen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen und der Wohnbevölkerung. Im Jahr 2009 wurden 14,7 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. Erbrachte Leistungen

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: 7.488.781
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: 96.837.853,70 Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: 18.901.545,09 Euro

2009 wurden in den Landeseinrichtungen 7.488.781 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 97,9% davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2008nahm die Anzahl der Leistungen leicht zu (+1,9%).

Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 96.837.853,70 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 18.901.545,09 Euro ausmachen (97,2% wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).

62,0% der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,1% an zu 50% ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 1,9% an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 32,0% der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.

Aus der Analyse nach Geschlecht und Altersklasse ergibt sich, dass 55,5% aller Leistungen an Frauen gerichtet waren. Die Männer weisen unter 15 Jahren und über 70 Jahren einen höheren Verbrauch an Leistungen als die Frauen derselben Altersklassen auf. Außerdem wird festgestellt, dass die Betreuten im Alter von 65 – 69 Jahren am meisten Leistungen benötigen (9,7 %), wobei der Höchstverbrauch, bei beiden Geschlechtern, im Alter von 75 – 79 Jahren liegt.

Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Fachbereiche, die in 3 Makrobereiche zusammengefasst werden können: Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie), Labor, Rehabilitation und alle andere Bereiche.

Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 58,1% Laboruntersuchungen, 6,5% Bilddiagnostik, 8,4% Rehabilitation und 27,0% sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 22,8%, Bilddiagnostik 19,8%, Rehabilitation 9,3% und sonstige klinische Leistungen 48,1%.

Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 14,1% der ambulanten fachärztlichen Leistungen und stellen also einen nahezu unveränderten Anteil am Gesamttarifwert.

Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (71,6%), gefolgt von der Röntgendiagnostik (13,6%).

Im Jahr 2009 erstattete der Sanitätsbetrieb den privaten Einrichtungen oder konventionierten

Freiberuflern 5.163.990,12 Euro gegenüber einem Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen von 5.694.136,51 Euro zurück.

4.2.2. Fachärztliche Mobilität

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: 291.499 zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und 111.034 zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: 114.133 in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und 62.959 in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: + 225.441 Leistungen
- Verhältnis zwischen den in Südtirol erbrachten Leistungen und von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen: 103,1%

Die Analyse der überregionalen, ambulanten fachärztlichen Leistungen berücksichtigt alle ambulanten fachärztlichen Leistungen, die von den Landeseinrichtungen für in anderen Regionen Italiens ansässige Bürger erbracht wurden (aktive Mobilität), sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Patienten erbracht haben (passive Mobilität).

Im Jahr 2009 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 177.366 Leistungen, d. h. das Land erbrachte außerhalb Südtirols ansässigen Italienern mehr Leistungen, als Südtiroler Bürger in anderen Regionen Italiens erhielten.

Auch in finanzieller Hinsicht ist der Saldo zwischen überregionaler aktiver und passiver Mobilität mit 1.173.407,92 Euro positiv.

31,3% der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 29,1% an die Bürger Venetiens.

In Bezug auf die passive Mobilität wenden sich die Südtiroler Patienten insbesondere an Einrichtungen der Autonomen Provinz Trient (32,1%), Venetiens (27,9%) und, in geringerem Maße, der Lombardei (12,6%) und Emilia Romagna (10,0%).

97,6% der von Ansässigen angeforderten Leistungen wurden von Landeseinrichtungen erbracht, 1,6% von anderen italienischen Einrichtungen und 0,9% von österreichischen Einrichtungen.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität (der auch die Mobilität in Österreich umfasst) ist für das Jahr 2009 wie auch im Jahre 2008 positiv mit +225.441 Leistungen (Menge der im

Landesgebiet zugunsten von nicht ansässigen Patienten erbrachten Leistungen: 402.533 vs. Anzahl der zugunsten der Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen: 177.092).
Das Verhältnis zwischen den in Südtirol insgesamt erbrachten Leistungen und den von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen beträgt 103,1.
Für 2.321 Südtiroler Patienten wurden 62.959 fachärztliche Leistungen in österreichischen Einrichtungen im Jahr 2009 erbracht, was einer durchschnittlichen Anzahl von Leistungen pro Kopf von 27 entspricht. Dieser Durchschnitt nimmt seit 2005 (21 Leistungen pro Kopf) ständig zu.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: 2.489
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: 367

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78 sichert diese Einrichtung, konventioniert mit den Gesundheitsbezirken des Landes, Rehabilitationsleistungen in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nichtpflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien (790 Aufenthalte), Krankheiten der Atemwege (78 Aufenthalte), onkologischen Krankheiten (106), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (1.413) und des Nervensystems (102). 2009 standen 110 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 4 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 2.489 Aufenthalte in Anspruch genommen (+ 7,7% gegenüber 2008 - Tabelle 4.3.1). Die durchschnittliche Behandlungsdauer der ordentlichen Aufenthalte (Tabelle 4.3.2) entspricht 16,4 Tagen, wobei die Werte in Abhängigkeit der Art der Rehabilitation jedoch variieren: Für die Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems beträgt die Mindestaufenthaltsdauer 15,5 Tage, für die Respirationsrehabilitation dauert die Behandlung durchschnittlich 24,3 Tage. Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart im Gesundheitsbezirk Brixen tätig. Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt über 65 Betten und kümmert sich um die stationäre, intensive und umfassende Behandlung verschiedener Abhängigkeitsprobleme und/oder psychischer und psychosomatischer Störungen. Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten" widmet sich der stationären Behandlung der Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder der Spielsucht. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 8 Wochen. Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie" richtet sich an Patienten mit Essstörungen, Angstzuständen, obsessiven kompulsiven Störungen, affektiven und

sonstigen Störungen. Die Dauer solcher Arten von Behandlungen beträgt 6 bis 8 Wochen, wird jedoch den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten angepasst. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 367 Aufenthalte verzeichnet (Tabelle 4.3.3). Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen/rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer.

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: 62.395 (Tagesdurchschnitt von rund 171 Einsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 47.868 (76,7%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 11.865 (19,0%)
- Einsätze des Hubschrauberrettungsdienstes des Weißen Kreuzes: 2.003 (3,2%)
- Einsätze des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites: 659 (1,1%)
- Geplante Krankentransporte: 106.411 (Tagesdurchschnitt von rund 292 Transporteinsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 94.100 (88,4%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 12.213 (11,5%)

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2009 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 11 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 34 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 115 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 29 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern ausgestattet (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen). Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

Noteinsätze

Im Jahr 2009 wurden 62.395 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 171 Einsätzen entspricht. In 76,7% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 19,0% jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,2% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,1%. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2009 über 1 Million 700 Tausend Kilometer

zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 26 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.003 Einsätze für insgesamt 1.158 Flugstunden durch (rund 35 Flugminuten pro Einsatz).

Nicht dringende Krankentransporte

2009 tätigte der Krankentransportdienst 106.411 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 292 Transporteinsätzen pro Tag.

In 88,4% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 11,5% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2009 über 4,2 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 40 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Im Vergleich zum Vorjahr fanden 2009 pro Tag ca. 14 Krankentransporte mehr statt, was einer jährlichen Steigerung von 5,0% entspricht. Außerdem wurden 63 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 4.283 Flugminuten getätigt.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Ausgestellte Rezepte: 2.831.801
- Rezeptanstieg von 3,7% gegenüber 2008
- Abgegebene Medikamentenpackungen: 5.574.192
- Zugunsten von nichtansässigen Bürgern abgegebene Medikamentenpackungen: 37.500
- Bruttoausgaben insgesamt: 70,3 Millionen Euro

Die territoriale pharmazeutische Versorgung betrifft nur jene Medikamente, deren Kosten vom Nationalen Gesundheitsdienst rückerstattet werden (Klasse A, essenzielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten) und die über die Apotheken verteilt werden. Die Abgabe erfolgt auf Verschreibung des behandelnden Arztes und kann in einigen Fällen kostenlos, in anderen unter teilweiser oder voller Kostenbeteiligung des Bürgers erfolgen.

Im Jahr 2009 betrug das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken der Autonomen Provinz Bozen verteilt wurden, 2,8 Millionen Rezepte, was über 5,5 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen entspricht und gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg von 3,7% bzw. 2,7% entspricht. Die Bruttoausgaben betrugen 70,3 Millionen Euro (+ 2,4%). Rund 38.000 Medikamentenpackungen wurden an Südtiroler Bürger im Jahr 2009 über die territorialen Apotheken anderer Regionen abgegeben.

4.5.1. Medikamentenverbrauch

Indikatoren im Überblick

- Rezepte pro Kopf: 5,7
- An Frauen ausgestellte Rezepte: 55,7%
- Im Gesundheitssprengel Lana abgegebene Packungen: Ca. 249.000
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: 645 DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das Herzkreislaufsystem
- Senioren, die Medikamente einnehmen: 9 von 10
- Patienten, die Statine einnehmen: über 28.000

Im Jahr 2009 wurden vom Landesgesundheitsdienst über 2,8 Millionen Rezepte ausgestellt, was einem Anstieg auf Landesebene von 3,7% im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Pro Kopf (einschließlich der Rezepte für die Südtiroler Wohnbevölkerung auf dem gesamten Staatsgebiet) wurden durchschnittlich 5,7 Rezepte und 11,3 Medikamentenpackungen pro Einwohner ausgestellt bzw. abgegeben, gegenüber einem höheren nationalen Pro-Kopf-Durchschnitt von 17,6* Packungen pro Kopf.

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,2 Rezepte pro Kopf für die Männer und 6,3 für die Frauen; 589 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,3 Packungen pro Kopf) gegenüber 700 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,3 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen: Von 4,3 Rezepten pro Kopf in den Sprengeln Grödental und Salten-Sarntal-Ritten bis maximal 7,0 Rezepte pro Kopf in Bozen. In Übereinstimmung mit dem Verlauf des Südtiroler Medikamentenverbrauchs in den letzten Jahren betrifft die höhere Medikamentenabgabe nicht nur Stadtzentren wie Bozen und Meran, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten, das Unterland und das Passeiertal. Bruneck kennzeichnet sich dagegen durch eine niedrigere Inanspruchnahme der Pharmakotherapien.

Die Analyse des Verhältnisses zwischen den Personen, denen im Laufe des Jahres mindestens ein Medikament verschrieben wurde, und der Bezugsbevölkerung ergibt für Südtirol eine Anwendungsprävalenz von 56,5% (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2009 mindestens ein Medikament ein). Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (für 9 Senioren von 10), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die

Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (46,3%) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (10,7%). Vergleicht man den Medikamentenverbrauch mit den gesamtstaatlichen Werten, ergibt sich, dass in Übereinstimmung mit der geringeren Anzahl von Verschreibungen auf Landesebene auch der Verbrauch DDD/1.000 Einwohner/Tag innerhalb der ATC-Gruppe geringer ausfällt (69 tägliche Medikamentendosen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel auf Landesebene gegenüber 125** Dosen auf gesamtstaatlicher Ebene). Allein hinsichtlich der Medikamente für den Urogenitaltrakt/die Sexualhormone und das zentrale Nervensystem entspricht der Landesverbrauch in etwa dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (40 vs. 55 DDD/1.000 Einwohner/Tag).

Die Statine, die für die Behandlung der Hyperlipidämien eingesetzt werden, gehören zu den Medikamenten der ATC-Gruppe des Herzkreislaufsystems und zu den auf Landesebene am häufigsten verschriebenen; sie müssen konstant und zeitlich langfristig eingenommen werden, um die gewünschte Therapiewirkung zu erzielen: Analysiert man die Statin-Therapieunterbrechungsrate, ergibt sich, dass in den letzten drei Jahren rund 24,0% (1 Patient von 4) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist.

** Quelle: Federfarma*

*** Quelle: Nationaler Bericht über die Arzneimittelanwendung in Italien - Jahr 2009 AIFA*

4.5.2. Ausgaben für Medikamente

Indikatoren im Überblick

- Gesamtausgaben für Medikamente: ca. 154 Millionen Euro
- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: 70,3 Millionen Euro
- Bruttoausgaben pro Einwohner: 143 Euro
- Mindest-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner des Grödentals: 97 Euro
- Höchst-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner von Bozen: 180 Euro
- Pro-Kopf-Ausgaben der Südtiroler Männer: über 40% für Medikamente des Herzkreislaufsystems
- Für den Wirkstoff Atorvastatin verzeichnet Südtirol die höchsten Ausgaben: 3,0 Millionen Euro

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2009 über die territorialen Apotheken abgegebenen und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente sind im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (+2,4%) und betrugen ca. 70,3 Millionen Euro.

Zu diesem Betrag (abzüglich der Ticketbeteiligungen und der Rabatte der Apotheken sinkt der Wert auf rund 60 Millionen Euro) sind weitere 46 Millionen Euro für die privaten Medikamentenausgaben (Medikamente für die Selbstmedikation oder Arzneimittel vollständig zu Lasten der Bürger) und 48 Millionen Euro für direkt von den öffentlichen Einrichtungen abgegebene Medikamente (Krankenhäuser, stationäre Einrichtungen) hinzuzurechnen: So belaufen sich die Ausgaben für Medikamente im Jahr 2009 in Südtirol insgesamt auf ca. 154 Millionen Euro*.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 143 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 97 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 180 € im Sprengel Bozen).

In der Rangliste der therapeutischen Gruppen ATC rangiert der Wirkstoff Atorvastatin (ein Lipidsenker) an erster Stelle hinsichtlich der Bruttogesamtkosten (3,0 Millionen Euro, gleich 4,3% der gesamten Bruttoausgaben auf dem Landesgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen, welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehören 9 zu den Medikamenten für das Herzkreislaufsystem, gefolgt von Medikamenten für die Atemwege (Anti - asthmatisch) und jenen des zentralen Nervensystems (Antiepileptika und Antidepressiva).

* *Quelle: Nationaler Bericht über die Arzneimittelanwendung in Italien - Jahr 2009 AIFA*

Die Krankenhausversorgung gewährleistet die Behandlung von pathologischen Zuständen, die Notfall- oder dringlicher Diagnose- und Therapiemaßnahmen bedürfen, von akuten Krankheiten, die nicht ambulant oder zu Hause behandelt werden können, sowie von langzeitigen Krankheitszuständen, die eine Diagnose und Therapiebehandlung verlangen, welche nicht außerhalb des Krankenhausbereichs erbracht werden kann.

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung“ gehören:

- Erste Hilfe
- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken
- Chirurgische Tagesklinik
- Tagesklinik
- Postakute Rehabilitation und Langzeitpflege.

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser sind: Krankenhaus Bozen, Krankenhaus Meran, Krankenhaus Schlanders, Krankenhaus Brixen, Krankenhaus Sterzing, Krankenhaus Bruneck, Krankenhaus Innichen.

Die auf Landesebene geführten Privatkliniken sind die „Marienklinik“, die Privatklinik „L. Bonvicini“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege), die Privatklinik „Villa Melitta“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege), die Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin) und die Privatklinik „Martinsbrunn“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege und für Palliativmedizin).

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: 269.824
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten pro 1.000 Einwohner: 536,8
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: 32.186, gleich 11,9%

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes verfügen über einen Erste-Hilfe-Dienst. Im Laufe des Jahres 2009 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser 269.824 Zugänge. Die Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner betrug in

Südtirol für das Jahr 2009 536,8 und liegt über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt. In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: Von 17,6% des Krankenhauses Bozen zu 4,7% von Bruneck. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die verschiedenen Aufenthalts- und Dienstorganisationsverfahren und zum Teil auf die diversen Datenerfassungsmodalitäten der Gesamtzugänge und Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.
Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf das im Dezember 2009 herausgegebene Statistische Jahrbuch des NGD für 2007 „Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2007" verwiesen.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1195_allegato.pdf

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: 1.937, gleich 3,9 pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von 3,5 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Betten für Tagesklinik-Betrieb: 206
- Aufenthalte von Akutkranken: 98.889 insgesamt, davon 71.531 ordentliche Aufenthalte und 27.358 Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: 193,5 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (140,1 ordentliche Aufenthalte und 53,4 Tagesklink-Aufenthalte)
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: 2.239 Aufenthalte von Akutkranken

Im Jahr 2009 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.937 Betten für Akutkranke (91,4% in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,9 Betten pro 1.000 Einwohner nach und überschritten somit den nationalen Standard von 3,5 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.
Für den Tagesklinik-Betrieb standen 206 Betten zur Verfügung. In den Krankenanstalten waren außerdem 84 Säuglingskrippen vorhanden, 10 davon in den Privatkliniken (Tabelle 5.2.1).
Im Jahr 2009 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 98.889, 71.531 (72,3%) davon waren ordentliche Aufenthalte, 27.358 (27,7%) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener" eingeordnet werden können.

Der Verlauf der Aufenthalte ist konstant rückläufig: Während es im Jahr 2007 104.736 Aufenthalte waren, betrug die Anzahl im Jahr 2009 nur mehr 98.889, was einer Verminderung im letzten Fünfjahreszeitraum von 4,2% (im Jahre 2005 waren es 103.214 Aufenthalte) entspricht (Tabelle 5.2.6).

94,4% der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern. Gegenüber 1996 hat sich der Anteil der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern erhöht und in den letzten Jahren auf 95% stabilisiert.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2009 (einschließlich Aufenthalte im Ausland) auf 193,5 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (140,1 ordentliche Aufenthalte und 53,4 Tagesklinik-Aufenthalte). Gegenüber 2008 nahm die Hospitalisierungsrate der Einwohner um 9,6% ab (um 10,0% für die ordentlichen Aufenthalte und + 0,4% für die Tagesklinik-Aufenthalte); insgesamt bleibt die Hospitalisierungsrate der Einwohner jedoch sehr hoch und liegt weiterhin über dem nationalen Zielwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.2.9).

Betrachtet man ausschließlich die in Italien und in Österreich getätigten Aufenthalte (die diesbezüglichen Daten sind nach Alter und Geschlecht verfügbar) und berechnet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, bestätigt sich für Südtirol eine hohe Hospitalisierung (Provinz Bozen 200,7; Italien 180,5).

Dabei verzeichnet insbesondere der Gesundheitsbezirk Bruneck die höchste Inanspruchnahme (222,1) (Tabelle 5.2.10).

Die spezifischen Raten nach Alter fallen in Südtirol im gesamtstaatlichen Vergleich mit den Daten von 2008 höher für die Altersklassen der Senioren über 65 Jahren aus (Tabelle 5.2.11).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf den Bericht über die Hospitalisierung des Jahres 2008 des Gesundheitsministeriums, Tabellen 5.3, 5.5, 5.6, 5.7 und 5.8 verwiesen, abrufbar auf der Internet-Seite:
http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/archivioDocumentiRicoveriOspedalieri.jsp?lingua=italiano&menu=documenti&id=1253

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d. h. die Differenz zwischen der Menge der im Landesgebiet produzierten Aufenthalte von Akutkranken und der Anzahl der Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz ist 2009, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 2.239.

Auch 2009 werden höhere aktive Mobilitätswerte (Attraktionsindex gleich 9,6%) als passive Mobilitätswerte verzeichnet (Fluchtindex 7,5%), was die Attraktionsfähigkeit einiger öffentlicher Krankenhäuser auf außerhalb des Landes ansässige Patienten bestätigt (Tabelle 5.2.12).

Zehn Indikatoren der Effizienz, Qualität und Angemessenheit wurden ausgewählt, um einige wichtige Phänomene im Bereich der öffentlichen Krankenhausproduktion von ordentlichen

Aufenthalten von Akutkranken in Südtirol da zulegen, für die der NGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstrends vorschreibt.

Die Tabelle 5.3.13 stellt die Ergebnisse dieser Indikatoren für die sieben Landeskrankenhäuser dar. eine relativ niedrige Bettenauslastungsrate verzeichnet das Krankenhaus Sterzing (69,6%). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit variiert zwischen 6,4 Tagen im Krankenhaus Schlanders und 4,9 Tagen in den Krankenhäusern Sterzing und Innichen. Der Prozentsatz der Kaiserschnitte an allen Geburten liegt besonders hoch im Krankenhaus Sterzing (26,9%) und im Krankenhaus Innichen (24,8%). Hohe Prozentsätze der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte kennzeichnen die Krankenhäuser Bruneck (8,7%) und Innichen (7,2%).

Ein hoher Prozentsatz der Aufenthalte über der Landeszulässigkeitsschwelle für die DRGs mit hohem Unangemessenheitsrisiko ist hingegen für die Krankenhäuser Schlanders (7,1%), Brixen (6,2%) und Meran (5,5%) zu beobachten.

Schließlich ergibt der Attraktionsindex - ein weiterer, zur Bewertung der öffentlichen Krankenhäuser beitragender Indikator - hohe Werte für das Krankenhaus Innichen (26,2%).

5.2.1. Ordentliche Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 71.531 insgesamt; 68.005 in den öffentlichen Krankenhäusern; 3.526 in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 485.673 insgesamt; 457.665 in den öffentlichen Krankenhäusern; 28.008 in den Privatkliniken
- Bettenauslastungsrate: 75,7% insgesamt; 78,3% in den öffentlichen Krankenhäusern; 49,0% in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 6,8 insgesamt; 6,7 in den öffentlichen Krankenhäusern; 7,9 in den Privatkliniken
- Turnover-Intervall: 2,1 insgesamt; 1,8 in den öffentlichen Krankenhäusern; 8,1 in den Privatkliniken
- Rotationsindex: 41,7 insgesamt; 43,6 in den öffentlichen Krankenhäusern; 23,0 in den Privatkliniken
- Durchschnittliche äquivalente Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: 5,6
- Durchschnittliches Gewicht pro Aufenthalt in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,19
- Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,06
- Performance-Vergleichsindex: 0,83
- Eintagsaufenthalte: 7.602 insgesamt; 7.207 in den öffentlichen Krankenhäusern; 395 in den Privatkliniken

Auch für das Jahr 2009 ist - wie in den Vorjahren - ein leichter Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Krankenhäusern zu verzeichnen; eine geringe Abnahme lässt sich auch für die Privatkliniken beobachten.

Im Jahr 2009 wurden 71.531 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 485.673 Aufenthaltstage umfassten. 95,1% der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 94,2% aller Aufenthaltstage in Anspruch. 39,6% aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt (Tabelle 5.2.14).

37,4% der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30-64 Jahren, 26,4% der Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 5.2.15).

Insgesamt waren die Betten zu 75,7% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 41,7 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,1 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb in den letzten fünf Jahren nahezu konstant (für das Jahr 2009 beträgt der Wert 6,7) und entspricht somit in etwa den gesamtstaatlichen Vergleichswerten des Jahres 2008 (6,8 Tage) (Tabelle 5.2.16).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,19), der dem nationalen Standard entspricht (durchschnittliches Gewicht der ordentlichen Aufenthalte im Jahr 2008 von 1,12). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes 2009 einen Wert von 1,06 an, mit niedrigeren Werten für die Krankenhäuser Bruneck (0,91), Schlanders (0,98) und Innichen (0,99). Insgesamt weisen die öffentlichen Landeskrankenanstalten im gesamtstaatlichen Vergleich eine höhere Performance auf. Schlanders verzeichnet unter den öffentlichen Krankenhäusern eine niedrige Effizienz (Performance-Vergleichsindex von 0,94) (Tabelle 5.2.17).

Die Gesamtzahl der ordentlichen Eintagsaufenthalte beträgt 7.602 (5.400 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 10,6% an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht (Tabelle 5.2.20).

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurden 65,8% der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten medizinische DRGs zugewiesen. Besonders hohe Anteile vermerken die Krankenhäuser Schlanders (74,2%) und Bruneck (69,5%) (Tabelle 5.2.19).

18 DRGs decken rund 30,0% der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Hauptursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose" (5,3% aller Aufenthalte) und die DRG 243 „Medizinische Rückenbeschwerden" (2,3% aller Aufenthalte) dar. Unter den häufigen DRGs rangieren auch die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder

Reimplantation der unteren Extremitäten" (2,3%), die DRG 127 „Herzinsuffizienz und Schock" (2,2%) und die DRG 430 „Psychose" (1,9%) (Tabelle 5.2.21).

5.2.2. Tagesklinik-Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 27.358 insgesamt; 25.341 in den öffentlichen Krankenhäusern; 2.017 in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 56.017 insgesamt; 53.998 in den öffentlichen Krankenhäusern; 2.019 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit medizinischer DRG: 9.626 insgesamt; 9.506 in den öffentlichen Krankenhäusern; 120 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: 17.732 insgesamt; 15.835 in den öffentlichen Krankenhäusern; 1.897 in den Privatkliniken

In Bezug auf den Tagesklinik-Betrieb der öffentlichen Landeskrankenanstalten verzeichnet sich insgesamt gegenüber 2008 ein leichter Anstieg, wobei die Krankenhäuser Bozen, Brixen, Schlanders und Innichen einen leichten Rückgang melden.

Im Jahr 2009 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 27.358, 92,6% davon betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (192 öffentliche vs. 14 private). Durchschnittlich kamen auf jeden Tagesklinik-Aufenthalt 3,8 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten (Tabelle 5.2.22).

Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 44,9% ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 36,1% waren sie über 64 Jahre alt (Tabelle 5.2.23).

Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art: 17.732 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 64,8% der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Unter 50% liegt die chirurgische Tagesklinik-Tätigkeit für das Krankenhaus Bozen, über 75% hingegen für die Krankenhäuser Bruneck, Schlanders und Innichen (Tabelle 5.2.24).

Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellten die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie" mit 23,9% der Aufenthalte, gefolgt von der DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose" mit 8,1% der Aufenthalte und der DRG 119 „Venenligatur und Venenstripping" mit 7,1% der Aufenthalte (Tabelle 5.2.26).

Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden" (DRG 410) in 12,8% der Fälle zurückzuführen (Tabelle 5.2.25).

5.2.3. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der Kaiserschnitte: 23,8%
- Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen: 41,5%
- Hospitalisierungsrate wegen nicht kontrolliertem Diabetes, Alter >=18: 40,0 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Asthma bei Erwachsenen, Alter 18-64: 10,2 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Herzinsuffizienz, Alter >=65 Jahre: 1.326,9 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik, Männer, Alter >49 Jahre: 483,1 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie: 136,6 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie, Frauen, Alter >45 Jahre: 400,8 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie: 109,4 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie, Alter >=65 Jahre: 530,3 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenksersatz, Alter >=65 Jahre: 915,6 pro 100.000 Einwohner
- Anteil der Tagesklinik-Aufenthalte wegen Eingriffen am Kristallin an allen Eingriffen am Kristallin: 96,1%
- Anteil der Tagesklinik-Aufenthalte wegen Venenstripping an allen Eingriffen wegen Venenstripping: 94,8%
- Den DRGs mit hohem Unangemessenheitsrisiko zugewiesene ordentliche Aufenthalte: 4.533, gleich 28,6% aller den DRGs mit hohem Unangemessenheitsrisiko zugewiesenen Aufenthalten

In der Folge werden die von einigen „Indikatoren der Qualität und Angemessenheit" für Südtirol angenommenen Werte besonderen Interesses dargelegt, die aus den Krankenhausentlassungsbögen berechnet werden.

Die Tabelle 5.2.27 stellt die Kurzaufenthalte nach DRG, Art des Aufenthalts und Art der Entlassung vor. Die Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen beliefen sich im Jahr 2009 auf 20.167

und sind gegenüber 2008 (mit 20.863) rückläufig, wenngleich ihr Anteil an allen ordentlichen Aufenthalten stabil um die 28% bleibt. In 93,6% der Kurzaufenthalte wurde der Patient nach Hause entlassen; 57,7% der Aufenthalte wurden als dringlich klassifiziert.

Von den 11.152 Kurzaufenthalten in den öffentlichen Krankenanstalten mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause fanden 4.870 (43,7%) im Krankenhaus Bozen statt (Tabelle 5.2.28).

Die Tabelle 5.2.29 zeigt einige „Schutz-Indikatoren" für vertiefte Qualitätsbewertungen auf.

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans 2002-2004 ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20%. Für Südtirol verzeichnet sich im Jahr 2009 ein im Vergleich zu den Vorjahren stabiler Wert (23,8%).

Nahezu stabil verläuft auch der Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen (41,5%).

Die Hospitalisierungsrate der Südtiroler Wohnbevölkerung wegen nicht kontrolliertem Diabetes betrug im Jahr 2009 40,0 pro 100.000 Einwohner im Alter über 18 Jahren, womit der Wert über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 29,1 des Jahres 2008 liegt.

Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte von Südtirolern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren wegen Asthma belief sich 2009 auf 10,2 pro 100.000 Einwohner, also leicht unter dem gesamtstaatlichen Mittelwert von 13,4.

Die Hospitalisierungsrate der Südtiroler Wohnbevölkerung wegen Herzinsuffizienz mit 334,5 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner im Alter über 18 Jahren ist für das Jahr 2009 niedriger als der gesamtstaatliche Durchschnitt des Jahres 2008 von 340,3. Für die Senioren über 64 Jahren verzeichnet sich hingegen ein höherer Wert im Vergleich zum nationalen Durchschnitt 2008 (1.326,9 vs. 1.260,1).

Die Südtiroler Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik betrug 483,1 pro 100.000 Männer im Alter über 49 Jahren und spricht also für eine höhere Inanspruchnahme dieser Technik im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt von 312,5.

Die Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie ist mit 136,6 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009 gegenüber 2008 rückläufig, liegt jedoch immer noch weit über dem nationalen Wert von 80,74.

Die Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie bei Frauen über 45 Jahren liegt mit 400,8 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner und bleibt über dem nationalen Vergleichswert des Jahres 2008 von 317,1.

Die Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie entsprach 2009 109,4 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner und liegt weit über dem nationalen Vergleichswert von 71,5.

Die Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie in der Bevölkerung über 64 Jahren belief sich auf 530,3 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner im Alter über 64 Jahren; dieser Indikator ist gegenüber den Werten des Jahres 2006 von 638,7 für die Provinz und von 578,8 für Italien

rückläufig.
Die Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenksersatz in der Bevölkerung ab 64 Jahren von 915,6 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner ist im Jahr 2009 in Südtirol sehr hoch im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt von 553,16.
Für die Vergleiche mit den anderen Regionen Italiens wird auf den Bericht über die Aufenthalte des Gesundheitsministeriums, Tabellen 4.1, 4.2, 4.3 und 5.13 verwiesen, der unter folgender Internet-Adresse abrufbar ist: http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ .
Zur Vervollständigung der Analyse der organisatorischen Angemessenheit werden einige Daten zu den DRGs angeführt, die mögliche Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko darstellen.
Laut Ministerialverordnung (DPMR vom 29.11.01) wird die eventuelle organisatorische Unangemessenheit bei der Behandlung der klinischen Fälle durch die Festlegung von „Risikobereichen", bestehend aus einer Liste von DRG, bemessen, für welche die Inanspruchnahme eines Aufenthalts als „potenziell unangemessen" gilt.

Insgesamt beliefen sich im Jahr 2009 die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte, die unter die DRGs der „Risikobereiche" fallen, auf 15.842 und machten 23,3% der öffentlichen Aufenthalte aus. 28,6% davon wurden im Tagesklinik-Betrieb behandelt.
In den öffentlichen Landeskrankenhäusern ist der Gesamtanteil der Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle in den letzten Jahren konstant rückläufig und liegt für das Jahr 2009 bei 11,9% (Tabelle 5.2.37).

Der Tarifwert der ordentlichen Aufenthalte entspricht 9.889.516,91 Euro (Tabelle 5.2.38).
Zu den DRGs, die einen Prozentsatz der ordentlichen Aufenthalte über der Landesschwelle aufweisen, gehören: DRG 19 „Krankheiten der peripheren und Schädelnerven ohne Komplikationen", DRG 134 „Hypertonie", DRG 183 „Ösophagitis, Gastroenteritis und Verdauungsbeschwerden, Alter >17 ohne Komplikationen", DRG 283 „Leichte Hauterkrankungen, mit Komplik.“, DRG 294 „Diabetes Alter >35 (außer dringende Fälle)“, DRG 324 „Harnsteine, ohne Komplik.“ und DRG 326 „Merkmale und Symptome betreffend Niere und Harnwege, Alter > 17, ohne Komplik.“, (Tabelle 5.2.39).

5.2.4. Krankenhausmobilität

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: 9.458
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: 4.099
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 2.491
- Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 9,6%
- Fluchtindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 7,5%

Im Laufe des Jahres produzierten die Landeskrankenanstalten 98.889 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 9.458 für außerhalb der Provinz Ansässige.

Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 96.650 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, 89.431 in Landeskrankenanstalten, 4.099 in Einrichtungen im übrigen Italien, 2.491 in Österreich und 701 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2007).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,6% für die überregionale aktive Mobilität.

Der Fluchtindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken entsprach 7,5% für die überregionale passive Mobilität (davon 4,2% in Richtung übriges Italien, 2,6% nach Österreich und 0,7% in andere Staaten). Auf Landesebene war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2009 positiv und betrug 2.239 Aufenthalte.

2009 nahmen die Südtiroler 4.099 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte für Akutkranke in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes in Anspruch, weniger als im Vorjahr mit 4.208 Aufenthalten. Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 3.048 bei insgesamt 20.806 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,8 Tagen. Die Tagesklinik-Aufenthalte beliefen sich auf 1.051 bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 2 Tagen (Tabelle 5.2.40).

In Bezug auf die Beträge der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in Einrichtungen im übrigen Italien wird festgehalten, dass sich die Analyse auf die von den einzelnen Regionen und Provinzen bereitgestellten Daten bezieht. Somit können die vom Land im Zuge der Kompensation und Mobilität anerkannten Beträge von den obgenannten Daten abweichen. Im Jahr 2009 machte der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in anderen italienischen Regionen 16,98 Millionen Euro aus (Tabelle 5.2.40).

Venetien und die Autonome Provinz Trient sind die häufigsten Anlaufstellen für die Aufenthalte

in anderen italienischen Regionen/Provinzen mit 34,2% bzw. 27,4% (Tabelle 5.2.41).

Die Hauptursache der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien besteht in den „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (22,5%) und in den „Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems" (16,2%) (Tabelle 5.2.42).

3,3% der Patienten wurden mit der DRG 538 „Lokale Exzission und Entfernung von internem Osteosynthesematerial, ausgenommen Hüfte und Femur, ohne Komplik." entlassen, 3,3% mit der DRG 105 „Eingriffe an den Herzklappen" und 2,9% mit der DRG 503 „eingriffe am Knie ohne Hauptdiagnose Infektion " (Tabelle 5.2.43).

Im Laufe des Jahres 2009 wurden insgesamt 2.491 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einem Rückgang von 128 Aufenthalten gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 17.507 ordentliche Aufenthaltstage in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die lymphatische Leukämie mit 4,8% der Aufenthalte, das Schilddrüsenkarzinom mit 4,2% und die Bösartige Neubildung des Gehirns, mit einem Aufenthaltsanteil von 4,1% (Tabelle 5.2.45).

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2009 2.433 (97,7%) Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen (2.119 ordentliche und 314 tagesklinische Aufenthalte); die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (18,0%), die Orthopädie und Traumatologie (7,9%), die Geburtshilfe und Gynäkologie (6,2%), Chirurgie 1 (5,6%), die Neurologie (5,6%), die Nuklearmedizin (5,6%) und die Plastische Chirurgie (5,4%) (Tabelle 5.2.46).

5.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Betten für die post-akute Versorgung: 365, gleich 0,74 pro 1.000 Einwohner
- Post-akute Aufenthalte: 5.016

In diesem Teil wird die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäusern des Landes in Bezug auf die post-akuten Aufenthalte (in Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neuro-Rehabilitation und Langzeitpflege) beschrieben. Für die post-akute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 365 Betten zur Verfügung, die im Jahr 2009 wie folgt aufgeteilt waren: 130 in öffentlichen Krankenhäusern (35,6%) und 235 in Privatkliniken (64,4%), davon 12 in der Palliativstation (Abteilungskodex 60.02) (Tabelle 5.3.1)*. Der leichte Anstieg der Betten, gegenüber 2008 (+0,6%), ist auf die Anzahl der Aufenthalte,

insgesamt 5.016 (+1% als in 2008), zurückzuführen, womit die erhöhte Behandlungsnachfrage zufriedengestellt werden kann.

5.3.1. Physische und neurologische Rehabilitation

Indikatoren im Überblick

- Betten für die physische Rehabilitation: 169, gleich 0,34 pro 1.000 Einwohner
- Betten für die Neuro-Rehabilitation: 4, gleich 0,01 pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation: 2.742
- Aufenthalte aufgrund Neuro-Rehabilitation: 33
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: 225 (208 physische Rehabilitations- und 17 Neuro-Rehabilitationsaufenthalte)
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 59

Im Jahr 2009 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.742 Aufenthalte (2.569 ordentliche Aufenthalte und 173 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 33 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet .

69,0% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 31,0% in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 24 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von fast 7% an allen Aufenthalten (Tabellen 5.3.2 und 5.3.3).

Über 60% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" zugewiesen, weniger als 34% der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 84% auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems".

87,2% der Aufenthalte wurden als post-akute Aufenthalte eingestuft, 12,2% als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,6% als Bewertungsaufenthalte (Tabelle 5.3.4).

62,1% der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 33,6% jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 4,3% die anderen Schädigungen (Tabelle 5.3.5).

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Aufnahme betrug 74,8 Punkte. Unter dem

Durchschnitt lagen die Krankenhäuser Bruneck (61,2 Punkte) und die Privatkliniken Villa Melitta (69,8 Punkte) und Bonvicini (64,0 Punkte). Die durchschnittlich höchste Punktezahl verzeichnete hingegen das Krankenhaus Sterzing (94,2 Punkte), gefolgt von der Privatklinik Martinsbrunn (88,5 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Entlassung betrug 94,3; das Krankenhaus Bozen verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs (Tabelle 5.3.6).

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 33, 25 davon betrafen das Krankenhaus Bozen und 8 das Krankenhaus Brixen bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 38,0 Tagen (Tabelle 5.3.10).

Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (28,8 Punkte) und bei der Entlassung (47,2 Punkte) lagen deutlich unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 18,3, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,8 Punkte (Tabelle 5.3.11).

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 208, 27 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 20,5 Tage (Tabellen 5.3.12 und 5.3.13).

Einen beträchtlichen Zuwachs verzeichneten die Aufenthalte mit MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" mit 38%; auch die Aufenthalte mit MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" (25%) sind gestiegen. Der Anteil der Aufenthalte mit MDC 5 „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“ mit 19%, ist hingegen gesunken. Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 17, 14 davon waren ordentliche Aufenthalte, 3 waren Tagesklinik-Aufenthalte (Tabelle 5.3.14).

Im Jahr 2009 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 59 und ist gegenüber 2007 um 19% rückläufig; die Aufenthaltsrate belief sich auf 0,12 pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.3.15).

5.3.2. Langzeitpflege

Indikatoren im Überblick

- Betten für die Langzeitpflege: 192, gleich 0,39 pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: 2.014
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: 15

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 2.014 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 24,1 Tage (Tabelle 5.3.16). Dazu kommen 15 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes (rückläufig gegenüber 2008). Außerdem wurden 55 Aufenthalte von stabilisierten Langzeitkranken in der Marienklinik und in der Privatklinik Bonvicini (Abteilungskodex 60.01) sowie 172 Aufenthalte aufgrund von palliativen Behandlungen in der Privatklinik Martinsbrunn (Abteilungskodex 60.02) produziert. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (29,6%) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (20,6%) (Tabelle 5.3.17).

6 AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen: 1.156,081 mio Euro
- Öffentliche Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen: 82,684 mio. Euro
- Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen: 1.238,765 mio. Euro
- Öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: 2.460,80 Euro
- Anteil der Kosten für das Personal des Sanitätsbetriebs: 48,8%
- Anteil der Kosten für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 12,1%
- Anteil der Kosten für die Gesundheitsdienste des Sanitätsbetriebs: 22,4%
- Anteil der Kosten für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 7,2%
- Saldo der überregionalen Mobilität: 5,184 mio. Euro

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (die direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben plus die vom Sanitätsbetrieb aufgewendeten Führungs- und Investitionskosten) beliefen sich im Jahr 2009 insgesamt auf 1.238,765 Millionen Euro, was 2.460,80 Euro pro Kopf entspricht.

93,3% der Gesamtausgaben des Jahres 2009 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 6,7% betrafen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2009 auf 1.156,081 Millionen Euro beziffern, was 2.296,55 Euro pro Kopf ausmacht. 95,9% davon werden direkt vom Sanitätsbetrieb getragen. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (48,8%) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (22,4%) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (12,1%), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (7,2%) und sonstige Kosten (9,4%).

Die insgesamt vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Investitionskosten für das Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2009 auf rund 82,684 Millionen Euro.

Die überregionale Mobilität der Aufenthalte für das Jahr 2009 verzeichnete einen positiven Saldo von 2,8 Millionen Euro, mit einer Verminderung gegenüber 2008 von rund 34%. Die Anzahl der von den Landeseinrichtungen für im übrigen Italien ansässige Patienten produzierten Aufenthalte belief sich auf 7.219, was einem Tarifwert von 21,0 Millionen Euro entspricht; die Anzahl der von den Einrichtungen im restlichen Italien zugunsten von Südtiroler

Patienten produzierten Aufenthalte war 4.345, gleich 18,1 Millionen Euro.

Auf überregionaler Ebene wurde 2009 auch für die ambulanten fachärztlichen Leistungen ein positiver Saldo von rund 1,2 Millionen Euro verzeichnet.

Berücksichtigt man die gesamte überregionale Mobilität (Krankenhausaufenthalte und andere Versorgungsformen wie fachärztliche und pharmazeutische Versorgung etc.), ergibt sich eine Verminderung der überregionalen aktiven Mobilität gegenüber 2008 von rund 4,3%, dazu ein Anstieg der passiven Mobilität verglichen mit dem Vorjahr von etwa 4,1%.

Der Saldo der gesamten überregionalen Mobilität beläuft sich auf einen Leistungsgegenwert von 5,2 Millionen Euro.