

Die territoriale Versorgung umfasst alle auf dem Landesgebiet engmaschig verbreiteten gesundheitlichen und sozio-sanitären 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 Versorgungsstufe 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 Maßnahmen 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.

Neben dem Gesundheitssprengel gibt es auch den Sozialsprengel. Beide haben das gleiche Einzugsgebiet und verfügen über einen einheitlichen Sitz in dem die Dienste des Sozial- und Gesundheitsdienstes untergebracht sind. Die Träger der Sozialdienste sind die Bezirksgemeinschaften und in Bozen der Betrieb für Sozialdienste Bozen. In allen Sozialsprengeln werden zumindest die sozialpädagogische Grundbetreuung, die finanzielle Sozialhilfe und der Hauspflegedienst angeboten. In den größeren Sprengeln wurden zusätzlich zu den Sprengelsitzen die so genannten Sprengelstützpunkte errichtet.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1988 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: rund 134 Millionen Euro

Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1988 bis heute ungefähr 134 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von rund 145 Millionen Euro aus.

Diese Summe enthält alle seit 1988 getätigten Investitionen sowie verschiedene Übergangslösungen und Provisorien. Ca. 1/3 der getätigten Investitionen in den Sprengel- und Stützpunktsitzen betreffen den Anteil des Sozialsprengels.

Im Jahr 2013 wurden die Arbeiten des III. Bauloses am Sitz des Sprengels Überetsch abgeschlossen und der Betrieb aufgenommen. Die Arbeiten zur Sanierung des Sprengels Unterland wurden weitergeführt und die Arbeiten zur Sanierung des Sprengels Tauferer Ahrntal sowie des III. Bauloses am Sprengel Brixen-Umgebung wurden begonnen.

Es wurde nicht nur die Planung von neuen Sprengelsitzen (Wipptal, Bozen/Oberau-Haslach) weitergeführt, sondern auch die Planung von Ausbau- oder Sanierungsarbeiten in bestehenden Sprengelsitzen (Klausen-Umgebung usw.).

Die Leistungen, die in den Sprengeln erbracht werden, 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: 433.493
- Betreuungsberechtigte Patienten der Kinderärzte freier Wahl: 62.262
- Allgemeinmediziner: 272 (Stand zum 31. Dezember 2013)
- Kinderärzte freier Wahl: 61 (Stand zum 31. Dezember 2013)

Im Jahr 2013 hatten 495.755 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 433.493 von den Allgemeinmedizinern betreut, 62.262 von den Kinderärzten freier Wahl. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 73.368, 81,1% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.13 waren insgesamt 333 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 272 Allgemeinmediziner und 61 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich be-

trug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.594 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.021. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2011*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.143 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 870 Betreuungsberechtigte pro Kinderärzte freier Wahl). 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.

Zum 31. Dezember 2013 überschritten 32,4% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 29,5% der Kinderärzte überschritten.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2013 ca. 113.500 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, das Entfernen eines Zeruminalpfropfs und die Wundversorgungen). Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 49.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, Impfungen und Rachenabstriche).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2011*

4.1.2. Haus- und Krankenpflege

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): 2.236
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): 731
- Krankenpflegeleistungen: 1.287.060

Im Jahr 2013 wurden in der PHP 2.236 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist höher als im Jahre 2012, jedoch niedriger als in den Jahren 2010 und 2011 (vergleichsweise 2.190 im Jahr 2012, 2.489 im Jahr 2010, 2.271 im Jahr 2011). Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (58,1% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 14,1 Patienten.

84,3% der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 52,73 pro 10.000 Einwohner.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4 (24,3%), bei degenerativen Knochen- und Gelenkserkrankungen (14,2%), bei seniler Demenz/Alzheimer (13,8%) und bei Schlaganfällen mit Paresen (10%) angewandt.

Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2013 in der IHP 731 Patienten versorgt. Dieser Wert ist höher als jene in den Jahren 2010 und 2011: 2010 waren es 705 und 2011 waren es 638. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Wert etwas niedriger (742 im Jahr 2012).

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 17,24 pro 10.000 Einwohner. 55,9% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2013 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 2,8 Einsätze im Monat geleistet. 66,3% der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2013 versorgten Patienten, litten in 43,8% der Fälle an Tumorerkrankungen, in 12,6% der Fälle an einer schweren Herzinsuffizienz NYHA 3-4, in 9,2% der Fälle an einem Schlaganfall mit Paresen und in 6,8% der Fälle an einer senilen Demenz/Alzheimer.

Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der programmierten oder integrieren Hauspflege 18 Kinder.

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage <http://www.istat.it/sanita/Health/> verwiesen.

Im Jahr 2013 wurden auf Landesebene 1.287.060 Krankenpflegeleistungen erbracht.

Im Jahr 2013 bestand die häufigste Tätigkeit in der venösen Blutabnahme mit 202.921 erbrachten Leistungen gefolgt von der Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins mit 143.304 Maßnahmen.

Gleich darauf folgen die Messung von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme mit 141.416 erbrachten Leistungen. Auch beim Vorbereiten und/oder Verabreichen von Medikamenten spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (118.305 Maßnahmen).

4.1.3. Die Versorgung von Mutter und Kind

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: 237.695
- Leistungen der Hebamme: 24.149
- Leistungen der Kinderärzte in den Beratungsstellen: ca. 3.300
- Leistungen der Gynäkologen in den Beratungsstellen: ca. 11.400

Im Laufe des Jahres 2013 haben die Sanitätsassistenten in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit insgesamt 237.695 Leistungen erbracht (49% davon allein im Gesundheitsbezirk Meran).

Die häufigsten Leistungen, die erbracht wurden waren das Messen von Vitalzeichen und/oder die Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme des Neugeborenen und Kleinkindes (19,8%), die Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins (18,8%), die Beratung von Mutter und Kind (18,3%) und andere Leistungen (NAS) (7%).

In 7 Gesundheitssprengeln ist ein Kinderarzt in der pädiatrischen Beratungsstelle anwesend. Im Laufe des Jahres 2013 haben die Kinderärzte in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit ca. 3.300 Leistungen erbracht.

Die Leistungen der Hebammen, die in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbracht wurden, beliefen sich im Jahr 2013 auf insgesamt 24.149. In den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden vorwiegend folgende Leistungen erbracht: Beratung von Mutter und Kind (22,6%), Visiten der Hebamme (13,5%) und Messen von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme (12,4%).

Im Jahr 2013 haben die Gynäkologen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie insgesamt ca. 11.400 Leistungen erbracht.

In Sprengeln in denen keine Gynäkologen, Kinderärzte oder Hebammen arbeiten, können sich die Bürger an die jeweiligen Krankenhäuser wenden.

4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen pro Kopf: 14,9 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 2013 wurden 14,9 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1 Erbrachte Leistungen

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: 7.775.625
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: 111.999.094,03 Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: 21.249.840,26 Euro

2013 wurden in den Landeseinrichtungen 7.775.625 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,2% davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2012 nahm die Anzahl der Leistungen leicht zu (+0,2%).

Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 111.999.094,03 Euro, während die Ticketbeteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 21.249.840,26 Euro ausmachen (97,4% wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).

58,7% der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,8% an zu 50% ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 1,9% an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 34,6% der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.

Aus der Analyse nach Geschlecht und Altersklasse ergibt sich, dass 56,1% 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 70 – 74 Jahren am meisten Leistungen benötigen (10,1%), 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: 60,2% Laboruntersuchungen, 6,1% Bilddiagnostik, 7,4% Rehabilitation und 26,3% sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 22,3%, Bilddiagnostik 19,5%, Rehabilitation 8,6% und sonstige klinische Leistungen 49,6%.

Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 14,8% 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 (68,0%), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (18,4%).

Im Jahr 2013 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 5.169.834,60 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, am-

bulanten fachärztlichen Leistungen 5.729.409,90 Euro betrug.

4.2.2 Fachärztliche Mobilität

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: 266.433 zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und 123.314 zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: 118.711 in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und 75.179 in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: + 195.857 Leistungen
- Verhältnis zwischen den in Südtirol erbrachten Leistungen und von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen: 102,6%

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).

Auch im Jahr 2013 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 147.722 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 1.091.304,32 Euro positiv. 29,9% der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 29,7% an die Bürger Venetiens.

In Bezug auf die passive Mobilität wenden sich die Südtiroler Patienten insbesondere an Einrichtungen der Autonomen Provinz Trient (34,1%), Venetiens (23,3%) und, in geringerem Maße, der Lombardei (13,3%) und Emilia Romagna (9,2%).

97,4% der von Ansässigen angeforderten Leistungen wurden von Landeseinrichtungen erbracht, 1,6% von anderen italienischen Einrichtungen und 1,0% von österreichischen Einrichtungen.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität (der auch die Mobilität in Österreich umfasst) ist für das Jahr 2013 positiv mit + 195.857 Leistungen (für nicht ansässige Patienten erbrachte Leistungen = 389.747; für Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachte Leistungen = 193.890).

Gegenüber 2012 sind die erbrachten Leistungen für nicht ansässige Patienten gesunken (-15.000 ca.), aber sind für Südtiroler außerhalb der Provinz gestiegen (+19.000 ca.).

Das Verhältnis zwischen den in Südtirol insgesamt erbrachten Leistungen und den von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen beträgt 102,6. Für 2.593 Südtiroler Patienten wurden 75.179 fachärztliche Leistungen in österreichischen Ein-

richtungen im Jahr 2013 erbracht, was einer durchschnittlichen Anzahl von Leistungen pro Kopf von 29,0 entspricht (+11% gegenüber 2012).

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: 2.298
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: 379

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 (654 Aufenthalte), Krankheiten der Atemwege (54 Aufenthalte), onkologischen Krankheiten (100), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (1.398) und des Nervensystems (92).

2013 standen 110 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 4 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 2.298 Aufenthalte in Anspruch genommen (- 1,2% gegenüber 2012 - Tabelle 4.3.1).

49,4% der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 41,4% kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen jeweils einen Anteil von 6,6% und 2,6% aufweisen (Tabelle 4.3.2).

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 2013 wurden insgesamt 379 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: 62.215 (Tagesdurchschnitt von rund 170 Einsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 50.090 (80,5%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 9.594 (15,4%)
- Einsätze des Hubschrauberrettungsdienstes des Weißen Kreuzes: 1.861 (3,0%)
- Einsätze des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites: 670 (1,1%)
- Geplante Krankentransporte: 98.371 (Tagesdurchschnitt von rund 270 Transporteinsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 91.729 (93,2%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 6.562 (6,7%)

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2013 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 10 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 31 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 102 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 33 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1 und Pelikan 2) 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 2013 wurden 62.215 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 170 Einsätzen entspricht. In 80,5% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 15,4% jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,0% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,1%.

Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2013 ca. 1 Million 600 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 27 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.531 Einsätze für insgesamt 1.470 Flugstunden durch (rund 35 Flugminuten pro Einsatz).

Nicht dringende Krankentransporte

2013 tätigte der Krankentransportdienst 98.371 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 270 Transporteinsätzen pro Tag.

In 93,2% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 6,7% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2013 rund 4 Kilometer bei durchschnittlich 41 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Außerdem wurden 80 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 111 Flugstunden getätigt.

4.5 PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken ausgestellte Rezepte: 3.111.958
- 2,4% mehr Rezepte gegenüber 2012
- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: 6.055.274
- Bruttoausgaben insgesamt: 60,5 Millionen Euro
- Zugunsten der Gesundheitsdienste für die Anwendung zu Hause abgegebene Medikamentenpackungen: zirka 331.600

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 2013 betrug das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken der Autonomen Provinz Bozen verteilt wurden, über 3,1 Millionen Rezepte, für ca. 6,0 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen was einer leichten Zunahme entspricht (es wird eine Zunahme von 2,4% bzw. 2,2% gegenüber dem Vorjahr verzeichnet). Die Bruttoausgaben betrugen 60,5 Millionen Euro, was einer Abnahme von 1,8% entspricht.

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2013 wurden zirka 331.600 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 32,4 Millionen Euro.

4.5.1. Territorialer Medikamentenverbrauch

Indikatoren im Überblick

- Rezepte pro Kopf: 6,2
- An Frauen ausgestellte Rezepte: 55,5%
- Im Gesundheitssprengel Lana abgegebene Packungen: über 283.000
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: 692 DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das Herz-Kreislaufsystem
- Senioren, die Medikamente einnehmen: 9 von 10
- Patienten, die Statine einnehmen: über 38.000

Im Jahr 2013 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte zirka 3,1 Millionen, was einer Zunahme von 2,4% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Pro Kopf (einschließlich der Rezepte für die Südtiroler Wohnbevölkerung auf dem gesamten Staatsgebiet) wurden durchschnittlich 6,2 Rezepte und 12,0 Medikamentenpackungen pro Einwohner ausgestellt bzw. abgegeben.

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,6 Rezepte pro Kopf für die Männer und 6,7 für die Frauen; 655 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (11,0 Packungen pro Kopf) gegenüber 727 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,9 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen: Von 4,4 Rezepten pro Kopf in den Sprengeln Gröden bis maximal 7,4 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, Meran und Brixen, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten, 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 55,7% (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2013 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 Herz-Kreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (47,5%) dar, gefolgt von jenen für den

Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (11,4%).

Im Sprengel Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Herz-Kreislauf-System, Blut und blutbildende Organe, usw.) landesweit der höchste Konsum in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag verzeichnet; z. B. ist bei den antimikrobiellen Pharmaka für systemische Anwendung die durchschnittliche Dosierung in der im Sprengel ansässigen Bevölkerung doppelt so hoch als der Landesdurchschnitt (26,8 DDD/1.000 EW gegenüber 12,2 DDD/1.000 EW). 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 21,8% (1 Patient von 5) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist. In den letzten Jahren konnte ein geringfügig rückläufiger Trend beobachtet werden.

4.5.2. Territoriale Ausgaben für Medikamente

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: 60,5 Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: 120 Euro
- Mindest-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner des Grödentals: 81 Euro
- Höchst-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner von Bozen: 147 Euro
- Pro-Kopf-Ausgaben der Südtiroler Männer: über 36% für Medikamente des Herzkreislaufsystems
- Der Wirkstoff Rosuvastatin weist in Südtirol weiterhin die höchsten Ausgaben auf: zirka 1,7 Millionen Euro

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2013 über die territorialen Apotheken abgegebenen und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente sind im Vergleich zum Vorjahr mit ca. 60,5 Millionen Euro (-1,8%) (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, beträgt die Abnahme im Vergleich zu 2012 -2,2%) gesunken. Dieser Rückgang* wird von der Herabsetzung der Preise, dem Abzug bei den Apotheken, den Generika (progressives Verfallen der Patente) und einer vermehrten Verteilung der direkt vom Sanitätsbetrieb erworbenen Medikamente hervorgerufen.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 120 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 81 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesund-

heitssprengel Gröden bis 147 € im Sprengel Bozen).

In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Rosuvastatin (gehört zur Familie der Statine zur Behandlung der Hypercholesterinämie) aufgrund der hohen Ausgaben wie bereits im Vorjahr an erster Stelle (zirka 1,7 Millionen Euro, gleich 2,9% der gesamten Bruttoausgaben auf dem Landesgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen, welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehören fast die Hälfte zu den Medikamenten für das Herzkreislaufsystem, gefolgt von Medikamenten für das zentrale Nervensystem (Antidepressiva) und jenen der Atemwegen (Anti - asthmatisch).

4.5.3. Direktabgabe der Arzneimittel

Indikatoren im Überblick

- In 6,7% der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Medikamente, die der Gruppe „Magen-Darm-Trakt/Stoffwechsel“ angehören, werden am häufigsten direkt von den Krankenhäusern verteilt
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka 32,4 Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka 2,4 Millionen Euro

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Alle Arzneimittel, mit Ausnahme jener für den exklusiven Krankenhausgebrauch, werden von den territorialen Apotheken verteilt (verkauft); die Arzneimittel des Krankenhaus-Territorium-Handbuchs können von den Sanitätsbetrieben angekauft werden und direkt an die sanitären öffentlichen Einrichtungen oder eventuell an die Apotheken verteilt werden, wobei ein Entgelt für diesen Dienst vereinbart wird (Arzneimittelabgabe über Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Auch die Verteilung der Arzneimittel an die Wohnsitz-Strukturen, wie z. B. Altersheime, Gefängnis..., wird zur Direktabgabe gezählt.

Im Jahr 2013 haben 6,7% der Bevölkerung, was zirka 34.000 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene zur Behandlung des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsel an erster Stelle, gefolgt von den Arzneimitteln fürs Blut und die blutbildenden Organe.

Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten ist ein immunsuppressives Medikament (Adalimumab), bei welchem sich die Ankaufskosten auf 2,1 Millionen Euro belaufen und ist somit für 6,0% der Gesamtkosten verantwortlich. Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentli-

chen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste, Altersheime,...) verteilt werden, belaufen sich auf 34,8 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,1 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 135.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt.

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Einrichtungen, die für Palliativbehandlungen vorbehalten sind, sollten einem Betreuungsnetzwerk angehören, das sich durch multidisziplinäre Teamarbeit auszeichnet und sich auf die Hauspflege der Patienten und ihrer Familien konzentriert. Falls diese Form von Betreuung nicht mehr durchführbar ist, wird der Patienten in Hospice-Einrichtungen aufgenommen, wo die technologische Ausstattung gering, aber der Standard der Betreuung sehr hoch ist.

Das Gesetz 38/2010 sieht die Einführung zweier Betreuungsmethoden vor, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden: Palliativbehandlungs- und Schmerztherapieleistungen. Weiters sieht das Gesundheitsministerium die Einführung einer spezifischen Erhebung der geleisteten Tätigkeiten anhand eines dafür geeigneten Überwachungssystems vor.

Die nationalen Leitlinien für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen (Ministerialdekret vom 6. Juni 2012) wurden von der Autonomen Provinz Bozen mit Beschluss Nr. 688/2013 wahrgenommen.

4.6.1. Die Hospice-Einrichtungen in der Provinz Bozen

Indikatoren im Überblick

- Gesamte Bettenanzahl in den Hospice-Einrichtungen: 24
- Betten pro 100 Tumorverstorbene: 1,7
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit ≤ 3 Tage: 95,8%
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebensstage: 16,3%

Zwei Landeseinrichtungen leisten Betreuung im Hospice-Bereich: Hospice- und Palliativbetreuung im Krankenhaus Bozen und in der Privatklinik Martinsbrunn.

Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäres und ein Bett für Tageshospice vorgesehen. Weiters stellt die Privatklinik Martinsbrunn weitere 12 Betten zur Verfügung.

Anhand des Verhältnisses zwischen der Bettenanzahl für Hospice-Betreuung und der Tumorverstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativbehandlung gerecht zu werden, beurteilt. In der Provinz Bozen zählt man 1,7 Betten pro 100 Tumorverstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,3. Die Wartezeit beträgt somit ein Tag, was einem sofortigen Zugang zur Betreuung entspricht. In 97% der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei

Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospice-Einrichtung. Eine von sechs Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten.

4.6.2. Hospice-Tätigkeiten

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: 565
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: 7.036
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: 14,6 Tage
- % der onkologischen Zugänge im Vergleich zu den Gesamtzugängen: 94,7%

Im Jahr 2013 wurden 565 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 115 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten Betreuungstage waren 7.036 (451 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 14,6 Tagen.

Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (94,7%) und die Schmerzkontrolle aufgrund von Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (49,6%). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (14,5%) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (9,0%).

In 49,3% der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal und in 43,0% der Fälle die inadequate Unterkunft.

Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (55,6%), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (14,9%), der Kontrolle der Magendarmsymptome (10,3%) und der Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (6,7%).